



CRRESCE

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Crack, álcool e outras drogas: **ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA A FORMAÇÃO PERMANENTE**

Elizeu Batista Borloti - Rafael R. De Q. Balbi Neto - Alex Roberto Machado - Aparecida Da Penha Andrade





CRRESCE

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES





CRRESCE

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Crack, álcool e outras drogas:
**ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA
A FORMAÇÃO PERMANENTE**



Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

C883 Crack, álcool e outras drogas [recurso eletrônico] : Estratégias de Intervenção para a Formação Permanente / Centro Regional de Referência em Crack e outras Drogas de Serra e Cariacica – ES ; organizadores, Elizeu Batista Borloti, Rafael R. de Q. Balbi Neto, Alex Roberto Machado, Aparecida da Penha Andrade. - Dados eletrônicos. - Vitória, ES : GM, 2015.
280 p. : il.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-8087-146-3

Também publicado em formato impresso.

Modo de acesso: <<http://www.crresces.com.br/>>

1. Drogas. 2. Crack (Droga). 3. Alcoolismo. I. Centro Regional de Referência em Crack e Outras Drogas de Serra e Cariacica – ES. II. Borloti, Elizeu Batista. III. Balbi Neto, Rafael R. de Q., 1982-. IV. Machado, Alex Roberto, 1982-. V. Andrade, Aparecida da Penha, 1977-.

CDU: 615.099

FINANCIAMENTO
GOVERNO FEDERAL

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO CHEFE DO GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA E PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS
José Eduardo Cardozo

SECRETÁRIO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS
Vitore André Zílio Maximiano

REALIZAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES)

REITOR
Reinaldo Centoducatte

VICE-REITORA
Ethel Leonor Noia Maciel

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
Renato Rodrigues Neto

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO DESENVOLVIMENTO
Rosana Suemi Tokumaru

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Edinete Maria Rosa

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL
Ana Targina Rodrigues Ferraz

COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL
Luciana Vieira Caliman

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO

Elizeu Batista Borloti

ORGANIZAÇÃO E REVISÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA

Elizeu Batista Borloti

Rafael R. de Q. Balbi Neto

Alex Roberto Machado

Aparecida da Penha Andrade

INSERÇÃO DE ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS NO MODELO DE ENSINO A DISTÂNCIA.

Marcia Pereira de Oliveira

PROFESSORES E AUTORES

Aparecida da Penha Andrade

Alex Roberto Machado

Bernardete Cesar

Edineia Figueira dos Anjos Oliveira

Elizeu Batista Borloti

Janine Andrade Moscon

Núria Nascimento Kadio

Rafael R. de Q. Balbi Neto

COORDENAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO

Rafael Rubens de Queiroz Balbi Neto

DESIGN GRÁFICO

Maikon Linhaus Reis

COORDENAÇÃO DE APOIO DIDÁTICO

Marcia Pereira de Oliveira

PORTAL DE APOIO DIDÁTICO DO CURSO

Maikon Linhaus Reis

Rafael Rubens de Queiroz Balbi Neto

CONSELHO GESTOR

Presidente do conselho gestor

Elizeu Batista Borloti

Conselheiras Gestoras de Serra

Marília Nunes Pelluzzo Corrêa

Roseméria Reblim Bacelar

Sabrina de Aquino Souza

Suplentes

Betsaida Moulim Malheiros

Gisele Azevedo Gava

Laudinéia Gonçalves de Oliveira

Conselheiras Gestoras de Cariacica

Franciely Costa Guarnier

Alcelina Maria Uliana Zucoloto

Leila Origuella Gastigioni

Suplentes

Diana da Paz Simões Cavalcante

Edna Luiza Furtado

Penha Cristina Souza Nascimento

PARCERIA

PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA

Prefeito Audifax Barcelos

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA

Prefeito Geraldo Luzia de Oliveira Júnior

APRESENTAÇÃO

A política nacional sobre drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça (MJ), tem o cuidado dos usuários e dos familiares de usuários de drogas como um dos seus principais eixos. A capacitação do serviço público para um cuidado integral e intersetorial tem sido um grande desafio. Os Centros Regionais de Referência (CRRs) em crack e outras drogas foram criados para serem espaços de formação permanente para que esse cuidado se efetive nos serviços públicos com base na ciência e nas diretrizes dessa política nacional.

O CRRESCES (Centro Regional de Referência em crack e outras drogas de Serra e de Cariacica/ES), instituído na Universidade Federal do Espírito Santo, é um dos muitos CRRs do Brasil. A formação permanente no CRRESCES é planejada em ênfases, considerando a diversidade de seu público-alvo: (a) Atenção Primária à Saúde; (b) Sistema Único de Assistência Social; (c) Urgência, Emergência e Hospital Geral; e (d) Sistema Judiciário.

Este volume compõe uma coletânea de três volumes do material didático da formação permanente no CRRESCES. Diferente dos demais, que reúnem o projeto político pedagógico do CRRESCES, conteúdo do núcleo comum dessa formação (volume 1) e o conteúdo referente aos conceitos de suas ênfases (volume 2), este volume reúne o conteúdo pragmático de todas as ênfases dessa formação.

Nessa concepção, com estratégias de educação a distância que auxiliam sua aprendizagem, este livro reúne o básico da prática que deve constar nos núcleos das ênfases da formação permanente em crack e outras drogas. O leitor encontra aqui instrumentos, questionamentos e/ou considerações referentes às principais estratégias de intervenção em prevenção e/ou assistência em dependência química: intervenções motivacionais (capítulo 1, de autoria de Elizeu Borloti, Alex Roberto Machado, Rafael R. de Q. Balbi Neto), reabilitação psicossocial (capítulo 2, de autoria de Aparecida da Penha Andrade, Alex Roberto Machado), internação e alta (capítulo 3, de autoria de Janine Andrade Moscon), análise de fatores de risco e proteção (capítulo 4, de autoria de Elizeu Borloti), atenção integral no hospital geral (capítulo 5, de autoria de Janine Andrade Moscon), prevenção de recaídas (capítulo 6, de autoria de Elizeu Borloti, Bernardete Cesar), gerenciamento de caso (capítulo 7, de autoria de Rafael R. de Q. Balbi Neto, Núria Nascimento Kadio) e intervenção na família (capítulo 8, de autoria de Edineia Figueira dos Anjos Oliveira).

Os capítulos foram construídos visando à aplicação direta das estratégias de intervenção nos serviços de assistência, que devem funcionar de modo intersetorial na garantia da atenção integral aos usuários e aos familiares de usuários de drogas. Esperamos que a leitura dos capítulos seguintes possa ajudar o leitor a concretizar, na sua atuação técnico-política no cotidiano dos serviços públicos de assistência, a intenção de seus autores. Todos os autores têm uma história pessoal que lhes permite falar com propriedade desse cotidiano desafiador.

Os Organizadores.

PREFÁCIO

O livro “Crack, álcool e outras drogas: Estratégias de Intervenção para a Formação Permanente” é terceiro volume da coleção de livros didáticos do CRRESCES (Centro Regional de Referência em crack e outras drogas de Serra e de Cariacica - ES). Este livro foi organizado por mim juntamente com Elizeu Batista Borloti, Alex Roberto Machado e Aparecida da Penha Andrade.

O capítulo 1, intitulado de “Intervenções Motivacionais na Dependência Química”, de autoria de Elizeu Borloti, Alex Roberto Machado e eu, foi produzido para sustentar a formação de agentes comunitários de saúde nos cursos do CRRESCES. O capítulo fundamenta e explica como motivar pacientes usuários de SPA a se engajarem no tratamento da Dependência Química. Apesar de ter sido produzido para um público de escolaridade de nível médio, o capítulo traz importantes contribuições para o treinamento e instrumentação de profissionais de saúde de nível superior que atuam diretamente com o usuário de drogas em qualquer tipo de serviço.

O capítulo 2, “Reabilitação Aplicada à Dependência Química”, de autoria de Aparecida da Penha Andrade e Alex Roberto Machado, foi construído para auxiliar profissionais de nível superior de diferentes instituições que trabalham diretamente com usuários de drogas. O capítulo traz de forma pragmática e direta estratégias de reabilitação para a reinserção social de usuários de drogas.

O terceiro capítulo, “Internação e alta em dependência química”, de autoria de Janine Andrade Moscon, fundamentou a formação de profissionais que atuavam em serviços de internação ou acolhimento 24h. Este capítulo traz inicialmente uma discussão sobre as vantagens e as desvantagens da internação compulsória como política pública. Vejo esta parte do texto como de grande relevância para todos os profissionais que de alguma forma lidam (direta ou indiretamente) com usuários de drogas. Isto fez com que eu incluísse em grande parte das minhas aulas de Dependência Química alguma discussão sobre internação compulsória. O restante do texto é de grande importância para profissionais que trabalham em serviços de internação (ou de acolhimento 24h), ou para profissionais que encaminham para esse tipo de serviço, pois trata dos critérios de inserção e alta dos usuários e o que esse tipo de serviço pode oferecer a eles.

O capítulo “Análise de Fatores de Risco e de Proteção para o Uso de Drogas” é o quarto deste livro, tem a autoria de Elizeu Borloti, e foi produzido para ajudar profissionais que lidam diretamente com usuários de drogas. A análise de fatores de risco e de proteção para o uso de drogas é uma etapa fundamental para realizar manejo de contingência e prevenção a recaída, ambas estratégias essenciais para o tratamento. O manejo de contingência por si só é reconhecido como tratamento psicológico baseado em evidência pela Society of Clinical Psychology dos Estados Unidos.

O capítulo 5, “Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas no Hospital Geral”, produzido por Janine Andrade Moscon, está voltado para ajudar profissionais que atuam em hospitais gerais ou unidades de pronto atendimento. Inicialmente trata da legislação

do Serviço Hospitalar de Referência em álcool e outras drogas (SHRad), em seguida fala da estrutura, do funcionamento, das especificidades, e da equipe mínima do SHR ad. Por fim trata as articulações que o SHRad pode fazer na Rede de Atenção Psicossocial para usuário de álcool e outras drogas.

O capítulo “Estratégias de Prevenção de Recaída no Uso de Drogas”, sexto deste livro, é de autoria de Elizeu Borloti e Bernardete Cesar. O capítulo está voltado para ajudar profissionais que lidam diretamente com o tratamento de usuários de drogas. A Prevenção de Recaída é de grande relevância para o tratamento do Transtorno por Uso de Substância, uma vez que há uma frequência elevada de recaída neste tipo de transtorno.

O capítulo 7, “Gerenciamento de Caso em Dependência Química”, de minha autoria com Núria Nascimento Kadio, foi produzido para ajudar profissionais de saúde que atendem usuários de drogas e necessitam fazer gerenciamento de caso a fim de melhorar a integração entre os diversos serviços e métodos destinados a ele. O Gerenciamento de Caso auxilia a continuidade do tratamento e uma melhor utilização dos recursos comunitários. O capítulo traz estratégias de avaliação e intervenção no Gerenciamento de Caso.

O último capítulo, “Intervenção na Família do Usuário de Drogas”, de autoria de Edineia Figueira dos Anjos Oliveira, ajuda profissionais que lidam diretamente com os familiares de usuários de drogas. O capítulo trata da estrutura familiar (sistema e subsistemas), da comunicação, dos papéis dos membros da família, das regras familiares, das relações interpessoais e da coesão da família. Além disso fala dos impactos da dependência química na família, em especial nas famílias de baixa renda, e ensina a construção de genogramas e ecomapas familiares.

Considero que este terceiro livro do CRRESCES é a “cereja do bolo” de um processo de trabalho grandioso. Sem desprezar os volumes anteriores, que trazem a fundamentação para o trabalho, este livro está voltado para a aplicação direta de estratégias de intervenção em serviços diversos de atenção ao usuário de drogas e seus familiares. Acredito que o estudo dos capítulos vai ajudar significativamente profissionais a concretizar uma atuação técnica aprimorada, dentro de uma consciência política do tema aqui tratado.

Rafael R. de Q. Bali Neto

Coordenador de Material Didático do CRRESCES

Coordenador de Curso do CRRESCES

Professor do CRRESCES

SUMÁRIO

Capítulo 1: Intervenções Motivacionais na Dependência Química	15
Elizeu Borloti / Alexandre Roberto Machado / Rafael R. de Q. Balbi Neto	
Capítulo 2: Reabilitação Aplicada à Dependência Química	61
Aparecida da Penha Andrade / Alex Roberto Machado	
Capítulo 3: Internação em Dependência Química	81
Janine Andrade Moscon	
Capítulo 4: Análise de Fatores de Risco e de Proteção Para o Uso de Drogas	99
Elizeu Borloti	
Capítulo 5: Atenção Integral ao Usuário de Alcool e Outras Drogas no Hospital Geral	127
Janine Andrade Moscon	
Capítulo 6: Estratégias de Prevenção de Recaída no Uso de Drogas	141
Elizeu Borloti / Bernardete Cesar	
Capítulo 7: Gerenciamento de Caso em Dependência Química	257
Rafael R. de Q. Balbi Neto / Núria Nascimento Kadio	
Capítulo 8: Intervenção na Família do Usuário de Drogas	257
Edineia Figueira dos Anjos Oliveira	



CRRESCEs

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Capítulo 1

INTERVENÇÕES MOTIVACIONAIS NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Elizeu Borloti - Alex Roberto Machado - Rafael R. de Q. Balbi Neto



INTERVENÇÕES MOTIVACIONAIS NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Elizeu Borloti¹

Alex Roberto Machado²

Rafael R. de Q. Balbi Neto³

Programa de Pós-Graduação em Psicologia PPGP/UFES

Caro(a) leitor(a).

Você sabe que não é fácil trabalhar com promoção social ou de saúde, prevenção de agravos à saúde e de comportamentos antissociais e adesão à programas sociais ou de saúde. O desafio de motivar as pessoas a mudar de comportamento parece ser maior quando o comportamento a ser mudado é o uso arriscado de drogas.

Atuando como servidor do Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Segurança Pública, de Justiça ou no Ministério Público quase sempre – direta ou indiretamente – você tem a mudança de comportamento como meta, não só a mudança do comportamento das pessoas que fazem uso arriscado de drogas, mas o de todas aquelas que precisam ou devem se beneficiar dos objetivos das políticas públicas. E também pode ser chamado a atender membros de famílias que precisam e querem que você os ajude a motivar a mudança do comportamento, o deles próprios ou o de outros.

Para ajudá-lo(a) nesta meta, este capítulo tem o objetivo de apresentar a você o passo a passo para executar as intervenções motivacionais para mudança do uso arriscado de drogas. Ao final do capítulo você terá conhecimento para analisar a motivação para o uso arriscado de drogas e dominará as ferramentas para avaliar e intervir nessa motivação.

Você aprenderá por que pessoas usam drogas e por que, para muitas, é difícil parar de usar; aprenderá a identificar estágios da motivação para usar drogas e, a partir desses estágios, a executar estratégias de intervenção na motivação para parar de usar ou reduzir a frequência de uso ou os danos do uso.

Este capítulo é uma fusão aprimorada de três manuais escritos originalmente pelos dois primeiros autores para a capacitação de servidores públicos do Sistema Único de Saúde [1, 2, 3]. O treinamento das habilidades motivacionais foi um projeto de intervenção redigido como a monografia da especialização em dependência química do primeiro autor [37]. Ele foi adaptado para ser útil ao seu trabalho no seu território, no ponto da rede de assistência social ou de saúde, ou nos locais de serviços do Poder Judiciário, do Ministério Público ou da Segurança Pública em que você se situa, permitindo-o(a),

1. Psicólogo, Doutor em Psicologia, Especialista em Dependência Química e em Terapia Comportamental e Cognitiva, Professor da UFES/PPGP, Coordenador Geral e Professor do CRRESCES.

2. Psicólogo, Mestre e Doutorando em Psicologia (UFES/PPGP), Psicólogo do CAPS II Linhares, professor da Faculdade Pitágoras de Linhares, Coordenador de Curso e Professor do CRRESCES.

3. Psicólogo, Especialista em Psicologia Clínica, Mestre em Psicologia, Doutorando em Psicologia (UFES/PPGP), Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Vila Velha-ES), Professor de Psicologia na IESFAVI, Coordenador de Material Didático e Professor do CRRESCES.

dentre outras coisas: 1) saber se um determinado ambiente pode favorecer ou não o uso de drogas e 2) se mudanças nesse ambiente podem favorecer mudanças nesse uso. Antes de qualquer coisa, para que você possa motivar um usuário a mudar o comportamento de usar drogas você precisará conhecer o contexto de uso e a função da droga na vida dele, ou seja, o quando o uso ocorre e o que o uso produz [3]. Na sua experiência no seu serviço você já deve ter percebido o quanto a maneira como você conversa com o usuário influencia a motivação para que ele mesmo mude o comportamento que produz agravos na saúde dele [4] ou o mantém em vulnerabilidade social. Você pode até ter desenvolvido uma ou mais das estratégias da intervenção motivacional nessa experiência, seja de forma intuitiva, seja por ensaio e erro. Entretanto, elas foram sistematizadas pela ciência psicológica e podem ser aprendidas ou aprimoradas em treinamento. Além de treinamento específico, é preciso muita prática em serviço para se ter cada vez mais o domínio das ferramentas motivacionais aqui ensinadas [4, 5].

Esperamos que você aplique as ferramentas aqui descritas nas suas interações com usuários e familiares do seu território, em especial no Sistema Único de Saúde ou no Sistema Único de Assistência Social. Todavia, sua utilidade é evidente também nas práticas do Poder Judiciário e do Ministério Público, e nas abordagens da Segurança Pública, na defesa da ordem jurídica e democrática e dos interesses sociais e individuais. Certamente elas tornarão seu trabalho muito mais eficiente.

Boa leitura!

Durante a formação, os profissionais do Sistema de Saúde costumam receber um intenso treinamento para “consertar” o que parece estar errado com as pessoas [4, p. 23]. Servidores públicos da Assistência Social, da Segurança Pública, da Justiça e do Ministério Público também vivenciam esse treinamento. Enfim, parece ser natural querer “consertar” o comportamento “inadequado” da população, incluindo o uso arriscado de droga ou o comportamento relacionado a esse uso [4, 5].

Tentar “consertar” o usuário de drogas quase sempre não funciona, mas parece ser difícil ir contra esse impulso. Ao agir “para o próprio bem” do usuário, profissionais e familiares tentam coagi-lo ou forçá-lo a mudar e ele não muda. A frustração assim gerada (em resistências, oposições, conflitos, reincidências, recidivas ou recaídas) é evidente quando se insiste em querer que ele passe a não querer a droga. Para evitar o impulso de “consertar” o usuário e aumentar a chance dessa mudança ocorrer você pode experimentar **intervenções motivacionais**.

As intervenções motivacionais são estratégias para mudar a motivação do usuário para a mudança do comportamento relacionado à droga (mas elas podem ser úteis para que possamos intervir na motivação em relação a outros comportamentos, do usuário e nosso próprio). Em síntese, elas são parte de uma *sabedoria em escutar e aceitar o usuário* para motivá-lo a mudar [1, 4, 5]. Para isto, num primeiro momento é preciso entender por que uma pessoa usa droga.

SEÇÃO 1

Motivação: os porquês do uso de drogas

Para responder, em termos gerais, por que um usuário qualquer usa drogas, você precisa saber que o usar drogas depende: 1) da história da espécie humana; 2) da história de vida desse usuário; e 3) da história da cultura desse usuário [6].

A primeira história explica a parte “biológica” do uso de drogas, os **aspectos fisiológicos** do comportamento de usar drogas (e.g., o Sistema de Recompensa Cerebral, descrito no capítulo “Conceitos em Dependência Química”, no volume 1). A segunda história explica os aspectos “psicológicos” do uso de drogas, ou a **função do uso da droga** na vida de cada usuário em particular (e.g., servir de “ferramenta” para lidar com a depressão). A terceira história explica os aspectos “sociais” da droga ou os **efeitos do uso sobre um grupo de pessoas** (e.g., o uso recreativo/religioso/medicinal da droga, o tráfico de drogas, etc). Por ter origem ou gerar consequências a partir destas histórias, o uso de drogas é compreendido como um **fenômeno biopsicossocial**.

Para responder o porquê de um usuário em particular usar droga (e.g., o jovem João da Silva), você deve considerar que consequências biopsicossociais fortalecem o uso de drogas dependendo da história de aprendizagem desse usuário com operações motivacionais (OM's) de privação ou de aversão envolvendo essas consequências biopsicossociais no momento do aqui-e-agora no qual ele vive. Assim, **história de aprendizagem (por reforçamento e pareamento reflexo), operações motivacionais (OM's) e momento atual envolvendo drogas e seus contextos de uso são os porquês do uso de drogas** [7, 8, 9, 10]. **História de aprendizagem** (ou história de condicionamento do uso [8, 9]) define as condições envolvendo drogas que foram vivenciadas pelo usuário ao longo da vida dele. Elas afetam seu comportamento de uso atual por se relacionar a uma ou mais consequências (e.g., “Quando tenso, se fumo, consigo relaxar” ou “Se faço uso de crack, sinto prazer e bem estar”). Tais condições podem ser descritas pelo próprio usuário que

as vivenciou ou ser instruídas por outros que as vivenciaram, tornando-se regras que podem controlar o comportamento de usar a droga (*“Quando estiver tenso, se você fumar um baseado, você relaxará”*).

A história de condicionamento envolve o condicionamento operante, por meio do qual o indivíduo aprende a partir das consequências imediatas do uso da droga, e o condicionamento respondente, por meio do qual os efeitos negativos da droga são produzidos (eliciados) diante de estímulos pareados aos que estiveram presentes quando o uso da droga foi feito anteriormente. A aprendizagem por condicionamento respondente (ou por pareamento de estímulos) ocorre em diversos casos, e não apenas no uso de drogas, como, por exemplo, na salivação diante da visão da comida e na sensação de medo diante de um lugar alto [11].

Quando analisamos a relação entre estímulos simples do ambiente e comportamentos "automáticos" (reflexos ou respondentes) não aprendidos, estamos lidando com algo comum a todas as pessoas. A reação comportamental que todos nós temos diante de estímulos específicos é algo inato: esses comportamentos reflexos não sofrem modificação, pois não dependem da história de vida. Por outro lado, o processo de aprendizagem por pareamento de estímulos pode ocorrer de forma diferente com cada pessoa, já que estímulos e comportamentos reflexos são pareados diferentemente para cada indivíduo, dependendo das situações que vivenciaram e vivenciam. Por exemplo, uma pessoa que nunca tenha provado limão não tem nenhum comportamento reflexo diante da visão do limão ou do cheiro de limão. Quando esta mesma pessoa recebe gotas de limão na boca, muito provavelmente, salivará. A produção de saliva é uma resposta produzida automaticamente (reflexo) diante do estímulo gotas de limão na boca [11].

Figura 1 – Modelo do comportamento reflexo sem pareamento de estímulo



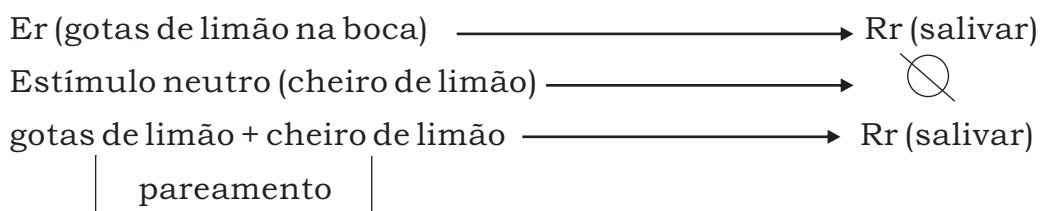
Nosso organismo foi programado geneticamente para responder de forma semelhante a uma série de outros estímulos, ou seja, produzindo comportamentos reflexos (automaticamente) [11]: barulho (alto e repentino) elicia taquicardia e palidez; obstrução da garganta elicia tosse; luz nos olhos elicia contração da pupila; alimento estragado no estômago elicia vômito; calor elicia produção de suor, e outros [11]. No caso da dependência química, o uso de SPA também elicia comportamentos reflexos, por exemplo, o uso de cocaína elicia inicialmente sensação de prazer, bem estar e euforia e, posteriormente, disforia, depressão e irritabilidade [11].

Os comportamentos reflexos que, inicialmente, são eliciados apenas por estímulos específicos, podem também ser eliciados por estímulos que não os eliciava anteriormente. Isto é possível desde que a pessoa passe por um processo de aprendizagem por pareamento de estímulos. No caso das gotas de limão, a visão do limão ou do cheiro do limão (que inicialmente eram estímulos neutros) passam a produzir salivação. Isto ocorreu devido a um processo de pareamento entre o estímulo visual limão (ou olfativo, o cheiro de limão) e a presença das gotas de limão na boca.

Ou seja, um estímulo que era neutro (visão ou cheiro do limão) foi pareado a estímulos reflexos inatos: presença de gotas de limão na boca [11].

Os estímulos que eram neutros passam a adquirir uma função produtora (eliciadora) de comportamento. No caso da dependência química, estímulos que normalmente não produzem comportamento, como a visão de uma pedra branca de crack ou de um isqueiro, passam a produzir sintomas adversos (depois de um processo de pareamento de estímulos). A pessoa que desenvolve dependência de crack normalmente desenvolve este tipo pareamento: diante da visão da pedra de crack, ou mesmo do cachimbo, ela tem respostas “automáticas” tais como sensação de disforia, depressão e irritabilidade [11].

Figura 2 – Modelo de pareamento de estímulos de reposta condicionada



Estímulo condicionado (cheiro de limão) —————> resposta condicionada (salivar)

Dessa forma, há a possibilidade de ocorrer o pareamento de estímulos reflexos com estímulos neutros muito diversos: locais onde se fazia uso (a boca de fumo, áreas públicas, a própria casa ou quarto), pessoas que estavam juntas quando se fazia uso (amigos, traficantes, familiares), comportamentos anteriores ao uso (ingestão de bebida alcoólica, receber dinheiro, discutir com um familiar, etc), objetos (cachimbo, papalotes, etc), dentre outros contextos de estímulos. Diante de tantas possibilidades de pareamento, a probabilidade de ocorrer sintomas adversos é alta. Esses sintomas adversos são derivados de Operações Motivacionais (OM's) de privação da droga e evocam a busca de SPA a fim de favorecer a sua redução e o aumento de sensações de prazer e bem estar [11].

Operações Motivacionais (OM's) são meios de alterar ou eventos que alteram o valor atrativo ou repulsivo das consequências do usar drogas e, portanto, fortalecem ou enfraquecem o comportamento que, na história de aprendizagem do uso de drogas, produziram tais consequências [10, 11]. Exemplo bem simples: tempo sem comer altera o valor atrativo ou repulsivo da comida. Em termos mais conhecidos, OM's explicam o “querer”, o “dever” ou o “ter que” usar drogas (isto vale para qualquer comportamento [por exemplo, “querer”, “dever” ou “ter que” trabalhar, casar, engravidar etc]). Não importa qual seja o tipo de consequência, a *relação uso-ambiente*

pode ser descrita ou instruída e essa descrição ou instrução (como regra) pode ter função de OM: “*se eu fizer isto, acontece aquilo*”. No caso do uso de drogas, esta relação explica a “influência” que as experiências do usuário com outras pessoas podem ter sobre o comportamento relacionado às drogas.

Os estímulos do **momento atual** vivenciado por um usuário de droga exercem controle sobre o uso devido a essa história com as condições relacionadas à droga [9]. Por isto, diz-se que o uso de drogas ocorre sempre sob controle de estímulo: o usar droga produziu consequências na presença de estímulos específicos que, por isto, passam a sinalizar a relação entre o uso e essas consequências. Assim, quaisquer estímulos do aqui-e-agora (pessoas, locais, atividades, horários, sentimentos, alimentos, bebidas etc.) podem fazer parte do contexto envolvido na motivação (como “gatilhos”) para o uso de drogas (um exemplo bem conhecido envolve café e fumar). Veja em outro capítulo deste volume 3 – “Estratégias de Prevenção de Recaída no Uso de Drogas” – uma aplicação direta deste conhecimento.



Agora é seu momento de rever o que aprendeu:

1. Quais são as principais histórias a serem consideradas na análise da motivação para o uso de drogas?
2. Baseado no que você leu, sente-se mais preparado(a) para responder a uma mãe que lhe perguntar “Por que meu filho usa droga?”?

Certifique-se de ter compreendido a seção anterior, pois a próxima complementarão seu conhecimento explicando por que o uso de drogas pode se manter fortalecido.

SEÇÃO 2

Fatores de consolidação do uso regular de drogas

Nossas ações voluntárias produzem consequências e prazer [12, 14]. Algumas dessas ações (e.g., comer e fazer sexo) garantem nossa sobrevivência e, por isso, produzem mais prazer e, conseqüentemente, se repetem mais. Na evolução da nossa espécie, o prazer é um efeito natural da ativação do Sistema de Recompensa Cerebral em nosso Sistema Nervoso Central [13]. As drogas são um modo artificial e anormal de ativar esse Sistema [14].

Além desse fator filogenético, é preciso saber que o uso de drogas se consolida por outros fatores ontogenéticos e culturais, antecedentes e consequentes ao comportamento de usar a droga, que podem mantê-lo num padrão de uso arriscado. Os tipos de estímulos que atuam em conjunto na consolidação do uso de drogas podem ser antecedentes ou consequentes ao uso [15].

Estímulos antecedentes (sentimentos, pensamentos, objetos/coisas, pessoas ou situações/acontecimentos: o bar, o domingo, a praia, o melhor amigo, a tristeza, o aborrecimento, a esposa, a demissão do emprego etc) que estiveram presentes durante o uso passam a controlar a vontade de usar; e/ou sinalizam a ocasião em que o uso será seguido pela consequência esperada pelo usuário. Por exemplo, um sentimento de tristeza pode sinalizar ao usuário que o uso da droga pode eliminar este sentimento incômodo; a presença de um amigo pode sinalizar que o uso de droga pode manter a amizade; as brigas com a esposa podem sinalizar que o uso da droga pode fazer cessar as brigas conjugais.

Estímulos consequentes são de três tipos. Os do tipo “psicológico” são as consequências particulares, atrativas ou repulsivas, produzidas pelo uso da droga, das quais o usuário pode, respectivamente, querer se aproximar ou se afastar. Por exemplo, o usar droga reduz a ansiedade, a depressão, a timidez ou o peso corporal e, por fazer cessar essas consequências desagradáveis, é fortalecido; o usar droga aumenta a chance de obter um(a) parceiro(a) sexual, mais poder no grupo, etc e, por isto, é fortalecido. Os do tipo “social” são ações, crenças e atitudes dos outros, de aceitação, facilitação ou incentivo do uso da droga (exemplos: festas em família, propagandas na televisão etc)⁴. Os do tipo “psicofarmacológico” são os efeitos que a droga produz no Sistema de Recompensa Cerebral devidos às OM's e às neuroadaptações decorrentes (exemplos: prazer ou alívio da “fissura”).

SEÇÃO 3

Ambivalência: conceito e determinação

Seja qual for o Sistema de governo no qual você atua (Saúde, Assistência, Justiça, Segurança Pública) já deve ter percebido que as pessoas, ao mesmo tempo, parecem querer e não querer mudar de comportamento. Você próprio pode já ter sentido esta ambivalência quando precisou ou quis mudar a si mesmo(a). Com os usuários de drogas quase sempre há uma ambivalência evidente em relação a mudar o comportamento de uso arriscado da droga [4, 5].

4. Essas outras pessoas também podem ser modelos para a imitação do uso de drogas ou ouvintes que concordam com regras que negam ou minimizam as consequências prejudiciais da droga.

A **ambivalência** é natural e esperada e **define sentimentos misturados ou o sentir-se de duas formas em relação a qualquer mudança** [1, 5, 16, 17]. Em especial no uso arriscado de drogas, ela precisa ser resolvida, pois quanto mais consciente dos riscos, mais o usuário se sente ambivalente ou “dividido” em relação a mudar ou não mudar de comportamento [17].

Há três **explicações para a ambivalência** [17] do usuário de drogas: **1) ele viveu emoções positivas e solucionou problemas com muita frequência com o uso de drogas; 2) ele ainda não desenvolveu a capacidade de produzir essas emoções positivas e solucionar esses problemas sem usar a droga; e/ou 3) ele “pode estar se sentindo sem força ou sem esperança para romper o ciclo poderoso do comportamento adictivo”** [17: p. 27].

Antes de prosseguir a leitura, reflita o que você entendeu sobre o conceito de ambivalência.

Você interage com usuários de drogas no seu serviço na Saúde, Assistência Social, Justiça ou Segurança Pública. Pense num caso de um usuário de drogas que sente ambivalência. Você consegue explicar por que ele se sente assim?

SEÇÃO 4

Estágios da motivação: caracterização e avaliação

Quando nos sentimos ambivalentes, nossa motivação parece fazer um “vai e vem” demonstrando uma maior ou menor intensidade em nosso querer. Esse “vai e vem” depende do quanto somos capazes de sentir (e não apenas compreender) a consequência da mudança como atrativa ou repulsiva (e.g., comer ou não comer um tipo de comida depende do quão atrativa ou repulsiva for a comida; deixar ou não deixar um relacionamento afetivo depende do quão atrativo ou repulsivo for esse relacionamento). O mesmo acontece com o usuário de droga: sua motivação para mudar o comportamento de usar a droga passa por estágios [18].

O modelo da motivação adotado na área da dependência química descreve os seguintes **estágios pelos quais passa a motivação para a mudança: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída** [18]. O Quadro do Anexo 1 resume cada estágio e indica objetivos com exemplos de intervenções motivacionais para atingi-los.

O modo mais prático de avaliar o estágio da motivação para mudar o uso arriscado de drogas é conversando com o usuário. Entretanto, é possível usar instrumentos de avaliação. Há recurso de avaliação para os fumantes de tabaco [20, Anexo 2] e para os usuários quaisquer drogas [21, Anexo 3].



Vamos parar para pensar:

1. Depois de ler o Quadro do Anexo 1, pense em um usuário de droga que você conhece do seu trabalho e reflita sobre qual seria o estágio da motivação dele para parar de usar droga.
2. Considerando o estágio da motivação dele, como você conversaria com ele para ajudá-lo a mudar de comportamento?

A seguir você verá um passo a passo para aprender algumas habilidades de intervenções motivacionais. Seu domínio depende da compreensão dos estágios da motivação. Portanto, avalie se é necessário você estudar novamente as seções anteriores. Só então, retome seu estudo.

SEÇÃO 5

Intervenções motivacionais: definição, fundamentos, objetivos e estratégias

As intervenções motivacionais formam dois blocos de estratégias: as intervenções breves (IB) e a entrevista motivacional (EM) [1].

IB's e EM têm o objetivo de ajudar o usuário de drogas a mudar ou a buscar ajuda para mudar o padrão de uso arriscado de drogas, diferenciando-se a EM pelo foco na exploração e resolução da ambivalência [22, 23]. Porém, você verá que elas se aplicam em comportamentos relacionados a problemas sociais e/ou de saúde vividos por quaisquer usuários, em conflito ou não com a Justiça.



Espaço para anotações

Tabela 1: Comparação entre as intervenções motivacionais

Intervenção Motivacional	O que é?	Qual é o objetivo?	Onde usar?	Com quem usar? ⁵
IB	É um conjunto de ações (estruturadas, focais e objetivas) para motivar o usuário a mudar. É chamada de “breve” porque sua aplicação dura alguns minutos em não mais que cinco encontros.	<p>Diminuir a frequência do uso de drogas.</p> <p>Fazer identificação precoce de problemas existentes.</p> <p>Prevenir o aparecimento de problemas.</p> <p>Prevenir o agravamento de problemas existentes.</p> <p>Encaminhar casos graves [22].</p>	Na unidade de saúde, na ESF, onde ocorre o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde; nas visitas domiciliares ou buscas ativas nas ruas às pessoas ou famílias do seu território, como parte das ações da equipe de abordagem de rua ou do consultório de rua.	<p>Com usuários de drogas (ou usuários do serviço com outros comportamentos de risco) que já apresentam problemas, ou podem vir a apresentar problemas de saúde, mas não são usuários de alto risco.</p> <p>Com usuários de drogas que não satisfazem o critério para dependência [22].</p>
EM	É um estilo de comunicação com o paciente para motivá-lo a mudar a partir da exploração e resolução do conflito que gera o sentimento de ambivalência [4, 5, 23].	Explorar e resolver a ambivalência visando aumentar a motivação para a mudança [1, 5, 23].		<p>Com usuários que fazem uso de drogas com dependência, que fazem uso nocivo ou fazem abuso de drogas, especialmente nos estágios pré-contemplativo ou contemplativo da motivação (ver Anexo 1).</p> <p>Com usuários vivenciando outros conflitos de ambivalência, como precisar perder peso e detestar fazer exercício físico [4] ou precisar roubar e temer problemas com a justiça.</p>

A. Intervenção Breve (IB): história, fundamentos e objetivos

A IB foi criada no Canadá, no início dos anos de 1970, para ser uma estratégia de tratamento de usuários de álcool [22]. Depois ela passou a ser empregada no tratamento de usuários de outras drogas. Recentemente, ela tem ajudado pacientes hipertensos, diabéticos e outros na Atenção Primária à Saúde [4].

Rápida, fácil e barata, a IB funciona. Isto está documentado em vários artigos e livros científicos [19, 22, 24, 25, 26, 29, 31, 37, 39]. Produz muitos benefícios, principalmente para usuários que fazem um uso de drogas avaliado como de baixo risco [22].

Apesar de seus muitos benefícios, a IB ainda não é muito utilizada no Brasil. Os profissionais da Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, costumam ser resistentes ao uso da IB alegando que ela é difícil de ser feita e exige tempo. Essa resistência pode se dever às atitudes negativas dos profissionais de saúde diante do

5. Consultar o capítulo “Conceitos em Dependência Química” no volume 1 para rever os critérios para uso nocivo/prejudicial/abuso e para dependência.

usuário de drogas; e do quanto alguns desses profissionais estão pessoalmente envolvidos com o álcool (e também com outras drogas) [24].

A IB não substitui o tratamento oferecido por um serviço especializado (por exemplo, o de um CAPS-AD [Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas] ou o de um SHR-AD [Serviço Hospitalar de Referência – Álcool e Drogas]). Entretanto, ela já serve como uma intervenção inicial para que a pessoa que faz um uso de alto risco busque um serviço especializado de forma voluntária, após compreender e assumir a responsabilidade pelas consequências de suas escolhas envolvendo a droga [22, 27].

As estratégias de IB são fundamentadas no modelo de estágios da motivação que você aprendeu na seção 4 [18] e na teoria do autocontrole do comportamento [16]. Ao aplicar a IB, você precisará entender a motivação como um processo que ocorre em estágios sendo que a passagem de um estágio para outro deve ser favorecida pela sua ação, num passo a passo que você aprenderá a seguir.

Passo-a-passo da IB

A IB é feita em três momentos (triagem, devolução e intervenção), sendo que o usuário de droga deve ser preparado para a IB desde o primeiro momento. Cada momento tem seus passos, como você pode ver na Tabela II [1].



Espaço para anotações

Tabela II: Momentos e Passos da IB

Momento	Objetivos	Passos	Dicas
Triagem e preparação	<p>Fazer com que o usuário se sinta acolhido/aceito.</p> <p>Favorecer que ele aceite fazer uma avaliação do seu padrão de uso da droga.</p>	1. Converse com o usuário sobre outros problemas, introduzindo o tema “droga” devagar para avaliar em qual estágio está a motivação dele para mudar.	Compreenda e identifique o estágio da motivação para a mudança enquanto estiver conversando com o usuário. Se quiser, pode aplicar um dos instrumentos de avaliação da motivação (Anexos 2 ou 3).
		2. Convide o usuário para responder ao instrumento de triagem: “Você já fez alguma avaliação disso? Gostaria de fazer? Vamos fazer? É rapidinho.”	<p>Ao convidar o usuário, considere o estágio da sua motivação para a mudança. Mesmo os usuários pré-contemplativos poderão aceitar o convite para fazer uma avaliação “sem compromisso”.</p> <p>Consulte o anexo 5 para aprender como fazer a triagem do usuário.</p>
		3. Escolha o instrumento mais adequado (AUDIT ou ASSIST), de acordo com o seu domínio técnico e com o tipo de droga de uso do paciente.	O AUDIT é para ser aplicado em usuários de álcool e o ASSIST aos que fazem uso de álcool e de outras drogas.
		4. Aplique o instrumento de triagem de acordo com as instruções de aplicação.	As instruções de aplicação do instrumento podem ser vistas no manual de triagem (Anexo 1).
		5. Corrija o instrumento e interprete o resultado e, a partir dos critérios para uso nocivo, abuso e dependência, estabeleça uma indicação de diagnóstico.	<p>Reveja no capítulo “Conceitos em Dependência Química” do volume 1 os critérios diagnósticos dos padrões de uso de drogas.</p> <p>Evite os rótulos preconceituosos (“alcólatra”, “dependente”, etc.). Use os termos dos instrumentos para devolver o resultado da triagem ao usuário: “problemas com o uso”, “risco baixo”, “risco moderado”, “risco alto”, etc.</p>
Devolução e início	<p>Conscientizar o usuário sobre o nível de risco do uso da droga.</p> <p>Motivar a mudança de comportamento.</p>	1. Informe o resultado da triagem e sua relação com outros problemas.	<p>Relacione o resultado com outros sintomas ou diagnósticos de problemas de saúde geral (hipertensão, diabetes, gastrite, neuropatias, etc.) e/ou problemas psicossociais (conflitos com a lei, divórcio, violência, etc.).</p> <p>A estratégia FRAMES [27], a seguir, descreve alguns exemplos de falas que podem ser usadas nesse passo, inclusive em resposta às emoções do usuário (por exemplo, “Parece que é difícil para você saber deste resultado.”).</p>
Conclusão	<p>Aumentar o nível de motivação do usuário para mudar</p> <p>Motivar a ação para a mudança.</p>	1. Aplique uma das estratégias de IB conforme os passos que as definem: PAPA, FRAMES ou “As 8 Habilidades”. (Ver cada uma a seguir)	<p>Avalie o estágio da motivação. Se o usuário estiver pouco motivado o objetivo da IB será aumentar essa motivação; se ele estiver muito motivado o objetivo será iniciar ações para a mudança.</p> <p>As habilidades de uma IB podem estar presentes em outras. Com a prática você ficará mais sensível às necessidades do usuário e saberá usar as habilidades das IB’s de forma misturada ou combinada.</p>

ESTRATÉGIA PAPA

A estratégia PAPA é a mais simples das IB's. Foi criada para motivar o parar de fumar tabaco [30] e pode ser usada para motivar o parar de usar outras drogas (e, lembrando, para iniciar a motivação para mudar outros comportamentos). As letras iniciais de cada um dos quatro passos da estratégia, reunidas, formam o nome da estratégia: PAPA (Perguntar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar).

Quadro III: Passos da estratégia PAPA [1]

Passo	Como fazer?	Dicas
1. Perguntar	Pergunte ao usuário sobre a mudança a partir da triagem: <i>Já pensou em parar de usar? Como foram as tentativas? Como as pessoas reagiram a essas tentativas? Como se sentiu quando tentou parar?</i>	Pergunte sempre a partir do resultado da triagem (consulte o anexo 5 para saber como fazer a triagem).
2. Aconselhar	Aconselhe o usuário sobre as consequências da mudança: <i>“Se você parasse de fumar, se sentiria mais disposto”, “Estou preocupado com sua gastrite caso continue a beber” ou “Seus problemas financeiros poderiam melhorar se poupasse o dinheiro gasto com as pedras”.</i>	Ao aconselhar, considere o tipo de droga de uso, o padrão de uso, etc. Mostre sensibilidade à situação vivida pelo usuário. Evite ordens diretas.
3. Preparar	Prepare o usuário para seguir um rumo de mudança (e isto dependerá de seus conhecimentos sobre dependência química, da rede de atenção em saúde mental do seu município e do suporte de material informativo): forneça material informativo, indique locais de tratamento, sugira uma data para parar de usar a droga, disponha-se a ajudar no que for preciso, etc.	Preparar corretamente o usuário depende do quanto você conhece sobre a rede de assistência do seu município e sobre o padrão de uso de drogas do usuário. Mantenha-se informado(a). Preparar pode requerer material informativo, conhecimento de telefones úteis, etc. Carregue o que for possível durante seu trabalho.
4. Acompanhar	Acompanhe o usuário no caminho da mudança: ajude-o a marcar consulta nos serviços de tratamento disponíveis no município, combine um retorno à residência dele para saber como foi a busca por esse serviço, saiba se ele iniciou a parada na data estipulada por ele mesmo, se continua abstinente (ou reduzindo danos), se vem tendo dificuldades ou recaídas, se ocorreram mudanças positivas na vida dele devido à mudança, etc.	As ações de acompanhamento variam de usuário para usuário e dependem do estágio da motivação para a mudança.

Se o usuário de droga não estiver motivado o suficiente, ele pode não ser beneficiado pela estratégia PAPA. Nesse caso, você poderá aplicar a estratégia FRAMES [28]. As letras iniciais de cada um dos seis passos da estratégia, reunidas, formam o nome da estratégia (em inglês): FRAMES. Cada passo é um dos seis elementos críticos que desencadeiam a motivação para a mudança: Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy e Self-efficacy (em português: Devolutiva, Responsabilidade, Conselho, Cardápio, Empatia e Autoeficácia) [5, 27].

Quadro IV: Passos da estratégia FRAMES [1]

Passo	O que é? Qual é o objetivo?	Como fazer? O que falar?	Dicas
1. Feedback (Devolutiva)	É o momento de devolver o resultado de uma avaliação do padrão de uso da droga.	<p>1. Introduza na conversa a avaliação do padrão de uso da droga: <i>“Não sei o que você vai pensar deste resultado, mas...”</i> ou <i>“Acho que vou dizer algo que já preocupa você há algum tempo.”</i>; <i>“Parece que a quantidade de bebida vem lhe causando alguns problemas... Vamos conversar sobre como isto apareceu no seu teste?”</i>.</p> <p>2. Pergunte o que o usuário parece estar pensando sobre o resultado que está sendo devolvido [<i>“Você já sabia disso?”</i> ou <i>“Você está entendendo o que estou explicando?”</i>] refletindo com ele esse pensamento [por exemplo, se ele disser <i>“Entendo”</i>, você pode dizer <i>“Que bom que estou conseguindo explicar direito”</i>].</p> <p>3. Observe e diga que percebeu as emoções do usuário, produzidas pela devolução da avaliação: <i>“Parece que é difícil para você ouvir isto.”</i></p>	<p>Converse com o usuário sobre o padrão que ele tem de uso da droga estando sensível ao impacto desse resultado nele.</p> <p>O padrão pode ser obtido por um instrumento de triagem (AUDIT ou ASSIST), percebido a partir de informações dadas por familiares ou vizinhos ou observado diretamente.</p> <p>A devolutiva não é apenas falar o resultado da triagem ao usuário; ela também envolve mobilizar a motivação para a mudança a partir desse resultado.</p>
2. Responsibility (Responsabilidade)	É o momento de conscientizar o usuário sobre a própria responsabilidade para com a mudança.	Descreva o papel do usuário na própria mudança: <i>“Só você pode decidir o que fazer a respeito. Ninguém pode decidir por você e ninguém poderá mudar você se você não quiser mudar a si mesmo. Se alguma coisa mudar, será porque você quer. A pessoa que mais pode te ajudar é você mesmo. Se você não escolher se ajudar, outras pessoas não poderão te ajudar.”</i>	<p>Não use o confronto para falar da responsabilidade do usuário.</p> <p>Não culpe o usuário por ele não estar demonstrando responsabilidade.</p> <p>Quando o usuário vê que ninguém o está forçando a mudar e que o controle da situação está nas mãos dele, sua resistência em mudar começará a ser quebrada [5].</p> <p>Se necessário, ofereça algum material escrito para que ele possa ler e concluir que precisa se responsabilizar pela sua própria mudança.</p>

3. Advice (Conselho)	<p>É o momento de dar conselho a partir da consciência sobre as consequências atuais e futuras do comportamento de usar droga.</p>	<p>Descreva um conselho: uma fala que sempre aponta as consequências positivas da mudança: <i>“Se você diminuir a bebida, seu estômago irá melhorar muito”.</i></p>	<p>Conselho aponta consequências positivas. É o oposto de uma advertência ou de um aviso.</p> <p>Dê conselhos de acordo com o padrão de uso de droga (alívio de complicações atuais e redução da chance de ocorrer agravos) e das mudanças possíveis, desejáveis ou necessárias nesse padrão (abstinência, redução na frequência do uso ou redução de danos do uso).</p> <p>Tenha sempre em mãos material informativo para dar ao usuário (pelo menos sobre as drogas mais populares: álcool, tabaco, cocaína/crack e maconha).</p> <p>E sempre relacione as queixas atuais dele (de problemas de saúde, de relacionamentos, etc.) com o padrão de uso dessas drogas: úlceras gástricas-álcool, enfisema-cigarro, maconha-esquecimento, crack/cocaína-taquicardia, etc.</p>
4. Menu (Cardápio)	<p>É o momento de dar ao usuário opções viáveis para a mudança, de modo a produzir sentimentos de autocontrole e autonomia ao enfatizar o <i>como</i> e o <i>onde</i> a mudança poderá ser incrementada.</p>	<p>Insira as opções possíveis no seu aconselhamento: <i>“Há o CAPS-AD. Lá eles vão avaliar a sua situação e podem encaminhar você ao Serviço Hospitalar de Referência para você ficar limpo; depois podemos conhecer a unidade de acolhimento. Quem sabe você gosta?”.</i></p>	<p>Varie bastante as opções do cardápio entre autoajuda, ajuda mútua e/ou ajuda especializada; quanto mais opções, maior a chance de uma servir ao usuário [28].</p> <p>As opções do cardápio devem, sempre que possível, combinar critérios técnicos e administrativos (necessidade ou disponibilidade do serviço) e critérios do usuário.</p> <p>As opções de ajuda mútua ou especializada serão viáveis de acordo com o que for mais adequado ao usuário e o que existe na rede do SUS, do SUAS e na rede de apoio sócio-comunitário (AA, por exemplo) do seu município.</p> <p>As opções de autoajuda podem incluir, por exemplo [28]: manter um diário com informações sobre o uso da droga (quando usou, com quem usou, o que estava acontecendo antes do uso, o que aconteceu depois, como se sentiu antes do uso, etc.); buscar alguma outra fonte de prazer nas opções de lazer gratuitas na comunidade ou município; identificar pessoas que poderiam ajudar e acompanhar o processo de mudança de comportamento; economizar o dinheiro gasto com o uso da droga.</p>

<p>Empathy (Empatia)</p>	<p>É o momento de gerar no usuário os sentimentos de estar sendo aceito (acolhido) e de estar sendo compreendido (escutado).</p>	<p>1) Olhe direto nos olhos do usuário (mas não de modo fixo e invasivo).</p> <p>2) Posicione-se numa postura corporal de aproximação (incline-se em direção ao usuário).</p> <p>3) Fale de modo empático em um ou outro dos três níveis de demonstração de compreensão [33]:</p> <p>1º nível: Diga que compreendeu o que <u>foi dito claramente</u> pelo usuário (por exemplo, dizer “<i>Entendo que está preocupado</i>” após o usuário dizer “<i>Estou preocupado com isso.</i>”).</p> <p>2º nível: Diga que compreendeu o que foi <u>dito de modo indireto</u> pelo usuário (por exemplo, dizer “<i>Você está dizendo que pode ter controle sobre a bebida</i>” após o usuário dizer “<i>Quando eu quiser, eu paro de beber</i>”).</p> <p>3º nível: Diga o que ele <u>pareceu querer dizer, mas ainda não disse</u> (por exemplo, após o usuário exclamar “<i>Eu não sou um viciado!</i>”, refletir “<i>Você está dizendo que não está tão mal, mas que se preocupa com a quantidade de pedras que tem fumado ultimamente</i>”).</p>	<p>A empatia é mostrada nas palavras, no olhar, na postura corporal e nos movimentos de concordância [33].</p> <p>Há três níveis de demonstração de compreensão durante a escuta empática [33].</p> <p>Lembre-se sempre que o usuário precisa saber que você compreendeu que a mudança é difícil para ele.</p>
<p>Self-efficacy (Autoeficácia)</p>	<p>É o momento de aumentar os sentimentos de Autoeficácia (esperança e otimismo) do usuário em relação à mudança.</p>	<p>Diga: 1) os resultados favoráveis da decisão que o usuário tomou em direção à mudança; 2) que acredita na capacidade dele mudar; 3) que a mudança depende dele em primeiro lugar.</p>	<p>Autoeficácia é o sentimento/expectativa de que irá ocorrer o resultado esperado na tentativa de resolução de um problema [34].</p>

A ESTRATÉGIA FRAMES: UM RETRATO

Eis um retrato adaptado [1, 35, 36] da aplicação da Estratégia FRAMES com um usuário de álcool. A fala do profissional mostra a ideia central de cada um dos seis componentes desta IB.

FEEDBACK (devolutiva)

“Então você sente que sua dificuldade de chegar ao trabalho no horário pode estar relacionada com a bebida. Isto pode ser verdade, dado que seu teste deu que você está em risco moderado”.

RESPONSIBILITY (responsabilidade)

“Só você pode tomar a decisão de parar de beber por duas semanas”.

ADVICE (conselho)

“Sim, seria muito interessante experimentar parar de beber por duas semanas para ver se faz diferença”.

MENU (cardápio)

“Se nesse meio tempo você sentir dificuldade, podemos pensar em outra opção, por exemplo, encaminhar você a um especialista... ou fazer outra coisa que você preferir”.

EMPATHY (empatia)

“Sinto que você acha que será difícil fazer isto, afinal a bebida ajuda você a relaxar e a se divertir e você já me contou que tem estado tenso ultimamente e que a sua vida está um pouca chata”.

SELF-EFFICACY (autoeficácia)

“Estou impressionado com a sua determinação. Eu sei o quanto é difícil e o quanto você é capaz de fazer isto acontecer”.

ESTRATÉGIA “OITO HABILIDADES BÁSICAS”

A PAPA e a FRAMES poderão ser acrescidas de uma ou outra das “Oito Habilidades Básicas”, estratégias motivacionais eficazes baseadas na pesquisa sobre o que motiva a mudança nas pessoas [2]. O objetivo comum das “Oito Habilidades” é aumentar a probabilidade de ocorrência de comportamentos na direção da mudança [5]. A tabela V mostra cada habilidade, seu objetivo e o “como fazer” [1].

Tabela V: As “Oito Habilidades Básicas”: objetivo e como fazer [1]

Habilidade	Objetivo	Passo a Passo do como fazer
(1a) Oferecer orientação	Fazer com que o usuário descreva uma direção para a mudança.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mostre, de modo claro e preciso, o problema ou a área de risco (use o resultado do ASSIST ou do AUDIT; ver manual de triagem, Anexo 5). 2) Explique porque a mudança é importante. 3) Defenda mudanças específicas.
(2a) Remover barreiras	Fazer o usuário listar algumas soluções para eliminar aquilo que está impedindo a mudança.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pergunte quais são os empecilhos para a mudança (falta de tempo, de dinheiro, etc.). 2) Faça com que o usuário descreva algumas alternativas para eliminar essas barreiras.
(3a) Proporcionar escolhas	Fazer o usuário falar sobre mudança e sentimentos de autocontrole, autonomia e autoconfiança.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Descreva algumas alternativas viáveis de ação para a mudança de comportamento (tenha conhecimento dos dispositivos da rede SUS, SUAS e de apoio sócio-comunitário).
(4a) Diminuir o atrativo do comportamento	Fazer com que o usuário tenha consciência das consequências indesejadas do comportamento.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Peça para o usuário falar sobre o que tem de atrativo no comportamento a ser mudado e ajude-o a falar sobre outros aspectos desses atrativos (consequências negativas imediatas, atrasadas, sociais, etc.) de modo a diminuir seu poder de atração.
(5a) Praticar a empatia	Fazer com que o usuário se sinta aceito e compreendido.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Preste atenção ao que o usuário está dizendo (olhe nos olhos dele, incline-se na direção dele e balance a cabeça em concordância ao que ele diz). 2) Aja de acordo com o que aprendeu a fazer no momento “E” da estratégia <i>FRAMES</i> e mostre que está compreendendo o que o usuário está dizendo, pensando ou sentindo.
(6a) Proporcionar feedback	Fazer com que o usuário tome consciência do padrão de uso da droga e, assim, disparar o processo motivacional.	Faça algo parecido com o que aprendeu a fazer no momento “F” da estratégia <i>FRAMES</i> .
(7a) Esclarecer metas	Fazer com que o usuário fale uma meta de mudança de comportamento.	Peça ao usuário para traçar pelo menos uma meta de mudança, que seja específica, realista e fácil de ser alcançada.
(8a) Ajudar ativamente	Fazer com que a chance de que o usuário tome uma decisão pela mudança aumente e, assim, aumente também a sua autoestima.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Demonstre afeto e interesse pelo usuário (ver momento “E” da <i>FRAMES</i>). 2) Expresse afeto e interesse na pessoa do usuário por ele ter decidido mudar (visite, telefone, indique profissionais, conheça seus amigos, etc.).

A ESTRATÉGIA “OITO HABILIDADES”: UM RETRATO

Eis um retrato da aplicação da Estratégia OITO HABILIDADES com uma usuária de crack [Inspirado em 35].

OFERECER ORIENTAÇÃO

“Pelo resultado do teste, você é uma paciente de alto risco para desenvolver alguns problemas devido ao uso de crack. É importante pensar em mudar porque esses problemas incluem morte súbita por problemas do coração, dificuldade de dormir, batimento do coração acelerado, dor de cabeça, perda de peso, formigamento e erupções na pele, pensamentos estranhos, ansiedade, depressão, mania, agressão, paranoia, fissura intensa. Por que você não experimenta alguma alternativa que existe no município?”

REMOVER BARREIRAS

“Entendo que não ter com quem deixar a neném é um empecilho para buscar ajuda. Porém, podemos conversar com a sua vizinha. Quem sabe ela pode ficar com a neném? Se não quiser ir sozinha, de repente a vizinha vai com você e fica segurando a neném enquanto você consulta”.

PROPORCIONAR ESCOLHAS

“Parar não é a única opção, apesar de ser a mais segura. Você poderá escolher o que quer fazer: parar, diminuir ou se proteger dos perigos do uso, por exemplo, a ameaça que vem recebendo.”.

DIMINUIR O ATRATIVO DO COMPORTAMENTO

“Se colocássemos numa balança os prós e os contras do crack, você veria que os problemas pesariam mais, como de fato já está sentindo. Concorde?”.

PRATICAR A EMPATIA

*[A paciente afirma: “Eu não posso parar de fumar, pois todos os meus amigos fumam.”]
“Entendo... Então, parar parece difícil porque você passa a maior parte do seu tempo com pessoas que também fumam.”.*

PROPORCIONAR FEEDBACK

“Pelo seu teste, você é uma paciente de alto risco para desenvolver problemas devido ao crack. Sua família parece saber disso quando se preocupa com você. Como você vê isso?”.

ESCLARECER METAS

“Já que não quer ou não consegue parar, por que não pensar em baixar um pouco esse risco? Há profissionais que poderão ajudá-la.”

AJUDAR ATIVAMENTE



Agora vamos parar para refletir

- Antes de continuar seu estudo, e tendo as letras como dicas, você consegue listar as ações que definem as estratégias PAPA e FRAMES?
- Das “Oito Habilidades”, quais são as que também estão presentes na FRAMES? Quais não estão presentes na FRAMES?

Certifique-se de dominar as intervenções breves, pois elas fazem parte das fases de aplicação da Entrevista Motivacional, uma intervenção motivacional que você irá aprender a fazer a seguir e que é muito importante ao seu trabalho, seja no Ministério Público, seja em qualquer Sistema do serviço público: Saúde, Assistência Social, Segurança Pública e Justiça.

Entrevista Motivacional (EM): história e fundamentos

A EM foi criada na década de 1990 pelos psicólogos Miller e Rollnick [5] e, atualmente, se tornou o aconselhamento motivacional mais popular na área da dependência química. Ela surgiu se opondo às intervenções tradicionais segundo as quais o usuário de drogas só poderia ser ajudado se ele quisesse; ou que a mudança deveria ser imposta a ele [5].

Os profissionais tradicionais não consideravam a dúvida ou a ambivalência como parte essencial da condição humana diante da mudança, especialmente quando a mudança é necessária, o usuário não a deseja e, às vezes, nem tem habilidade para fazê-la acontecer, como ocorre no uso de drogas. A EM foi criada especialmente para o usuário ambivalente, que pode justificar sua vontade em não mudar, parecendo “cabeça dura” ou resistente à mudança [23].

Como visto, a EM é um estilo de comunicação; uma estratégia para aumentar a motivação para a mudança que explora e resolve a ambivalência [5]; é um agir não estruturado, diretivo e com foco na ambivalência, ocorrendo no relacionamento interpessoal entre o entrevistador e a pessoa que faz uso arriscado de drogas. Portanto, não é uma técnica padronizada, uma terapia ou uma avaliação [5]; ela é um conjunto de habilidades guiado por alguns princípios e serve para ser usado com usuários de drogas [16]; e com outros usuários que, assim como o usuário de drogas, sentem ambivalência entre querer e não querer mudar [4].

A EM tem se mostrado efetiva em comportamentos acompanhados de ambivalência em uma ampla gama de problemas clínicos, incluindo os comuns da Atenção Primária à Saúde (e.g., um paciente hipertenso seguir ou não uma dieta ou prescrição médica) [4]. As palavras de Miller e Rollnick [5, p. 61-62] mostram a importância da EM e por que ela deveria ser parte do arsenal de estratégias de qualquer servidor do Sistema de Saúde, Assistência Social, Segurança Pública e Justiça:

A entrevista motivacional é um meio particular de ajudar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas presentes e potenciais. Ela é particularmente útil com pessoas que relutam em mudar e que são ambivalentes quanto à mudança. Ela pretende ajudar a resolver a ambivalência e colocar a pessoa em movimento no caminho para a mudança.

Assim como a IB, a EM tem fundamento no conceito de motivação do modelo de mudança de comportamento proposto pelos psicólogos Prochaska e DiClemente [18]. É centrada no usuário e busca fortalecer as falas do usuário em direção à mudança [16]. A EM tem premissas e princípios (guias para a ação do entrevistador) e habilidades que definem essas premissas e princípios [5, 16].

Premissas da EM

As cinco premissas da EM são as seguintes [5, 1]:

- 1) Se você praticar a empatia (ou seja, se você fizer com que o usuário se sinta aceito e compreendido), mantendo um estilo calmo, você contribuirá para que o usuário colabore para mudança dele.
- 2) Se você entender que a ambivalência é natural e que a mudança nunca pode ser imposta ao usuário, você contribuirá para que o usuário colabore para a mudança dele.
- 3) Se você exercer um papel ativo na compreensão e na resolução da ambivalência do usuário, você contribuirá para que o usuário colabore para a mudança dele.
- 4) Se você reforçar que o usuário é o responsável pela mudança, você contribuirá para que o usuário colabore para a mudança dele.
- 5) Se você aceitar que a abstinência nem sempre é a melhor escolha (mas que é a meta mais segura num momento posterior), você contribuirá para que o usuário colabore para a mudança dele.

Princípios da EM

Os cinco princípios da EM [5, p. 64-70] podem ser vistos como regras para a ação na interação com o usuário de droga [1]:

- 1) Expresse empatia diante do usuário que se sente ambivalente em relação à mudança: aceite a pessoa e o comportamento da pessoa do usuário; mostre que compreende o que ele diz; mostre que entende a ambivalência como um sentimento natural e esperado (reveja o momento “E” da estratégia FRAMES).

3) Sem fazer confronto de opiniões, tente convencer o usuário sobre a mudança: lembre-se de que “dois bicudos não se beijam” (sua a atitude de confrontação fortalecerá a atitude defensiva do usuário); compreenda que rótulos (“alcoolista”, “dependente”, etc.) são desnecessários; se o usuário mostrar resistência em mudar, veja isto como uma dica para que você mude a forma como está falando com ele.

4) Deixe a resistência à mudança do usuário acontecer e simplesmente a acompanhe: não argumente com o usuário “resistente” à mudança (“A entrevista motivacional não é um combate; não se trata de ganhar ou perder. O paciente não é um oponente a ser derrotado” [5, p. 67]); compreenda que a resistência pode servir para o benefício do próprio usuário; não imponha suas opiniões (e sim, ofereça novas perspectivas); aceite que o usuário é a fonte primária das soluções para o problema dele.

5) Faça com que o usuário se sinta esperançoso e otimista em relação à mudança: faça com que ele fale sobre o que de bom pode acontecer como resultado de ações concretas dele e sobre a responsabilidade dele na mudança; fale que você acredita sinceramente na capacidade dele mudar (para rever o conceito de autoeficácia, consulte o momento “S” da estratégia FRAMES).

Achou difícil? Para facilitar, os cinco princípios da EM podem ser mais facilmente memorizados em quatro ações: **Resista-Compreenda-Escute-Fortaleça** [4]):

- 1) **Resista** ao impulso de tentar “consertar” o usuário de drogas.
- 2) **Compreenda** e explore as motivações do usuário de drogas, seja para continuar a usar a droga, seja para parar de usar a droga.
- 3) **Escute** o usuário com empatia, falando coisas para que ele se sinta aceito (acolhido) e compreendido (escutado).
- 4) **Fortaleça** o usuário falando coisas sinceras que possam fazê-lo se sentir esperançoso e otimista em relação à mudança.

SEÇÃO 6

Fases e habilidades da EM

As habilidades da EM

Para uma melhor compreensão e domínio das habilidades da EM, vamos considerar as suas fases [5], como passos da EM.

PASSO 1: FASE 1, AS “CINCO HABILIDADES”

A Fase 1 da EM é a mais importante na Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde, e na Abordagem de Rua, no Sistema Único de Assistência Social, quando se lida mais com usuários pré-contemplativos e contemplativos (consulte o **anexo 1** para rever os estágios da motivação). Até mesmo a atuação nos Sistemas de Segurança Pública e Justiça pode se efetivar com usuários pré-contemplativos e contemplativos. Seu **objetivo** nessa fase da EM é, portanto, produzir sentimentos de aceitação e compreensão e alterar a motivação do usuário rumo ao compromisso com a mudança de comportamento.

A Fase 1 é também chamada de “**As 5 habilidades**”. São elas: 1) Fazer perguntas abertas, 2) Encorajar, 3) Escutar com empatia, 4) Resumir e 5) Provocar falas automotivadoras.

1) Fazer perguntas abertas

É perguntar de modo a evitar respostas do tipo “sim” ou “não”, ou seja, é fazer perguntas que exijam respostas que alongam a conversa com o usuário de drogas. Exemplos: “Quais são as coisas boas no uso do crack?”; “Pode falar um pouquinho sobre o que não é bom na bebida?”; “Você parece estar preocupado pelo fato de usar. Quais são essas preocupações?”; “Como você se sente em relação a não conseguir mais de concentrar no trabalho?”

2) Encorajar

É falar com o usuário de drogas mostrando apreço pelos sinais de mudança no comportamento dele: 1) dando apoio ou 2) comunicando compreensão.

Exemplos de falas de encorajamento por apoio:

“Obrigado por ter ficado este tempo conversando comigo.”

“É bom saber que está querendo me contar sobre seu uso de crack.”

“Você está se esforçando para vencer suas dificuldades.”

Exemplos de falas de encorajamento por compreensão:

“Entendo que deve ser difícil para você largar o cigarro e sei por quê.”

“Você é realmente forte, pois conviveu com este problema até hoje sem se desestruturar.”

“Deve ter sido realmente difícil passar por tudo isto.”

“Depois que você falou que bebe após discutir com sua mulher, eu pude entender uma das razões pelas quais você precisa da bebida.”

3) Escutar de modo reflexivo

Escutar de modo reflexivo é ser empático. Na prática isto significa realizar um conjunto de ações relacionadas aos sentimentos do usuário de drogas. A Psicologia Comportamental identificou as ações que comunicam aceitação e compreensão: olhar diretamente nos olhos, aproximar-se, acenar afirmativamente com a cabeça e falar refletindo os sentimentos [33].

Como você viu no momento “E” da estratégia FRAMES, **você pode ser empático, ou escutar de modo reflexivo, em três níveis** [33]: 1º) Ser empático diante do que foi dito claramente pelo usuário (“*Entendo que está preocupado*”, dito após ele falar “*Estou preocupado com isso.*”); 2º) Ser empático diante do que foi dito de modo indireto pelo usuário (“*Você está dizendo que pode ter controle sobre a bebida*”, dito após ele falar “*Quando eu quiser, eu paro de beber*”); 3º) Ser empático diante do que o usuário parece estar querendo dizer, mas que ainda não disse (“*Você está dizendo que não está tão mal, mas que se preocupa com a quantidade de pedras que tem fumado ultimamente*”, dito após o usuário exclamar “*Eu não sou um viciado!*”).

Eis outros exemplos de falas que demonstram que você está escutando o usuário de drogas de modo reflexivo (empático):

“Você parece surpreso com a pontuação no teste mostrar que você está em risco.”

“Sinto que é realmente importante para você manter seu namoro.”

“Vejo que falar sobre isso o incomoda.”

“Você parece ficar muito revoltado quando sua mulher fica enchendo a sua cabeça para que você pare de fumar.”

“Você gosta de usar, detestaria ter que parar e também percebe que isso está causando problemas com a polícia.”

4) Resumir

Resumir é falar agrupando os principais pontos destacados na fala do usuário de drogas. Ao resumir, você informa que prestou atenção a tudo o que ele disse e, ao repetir para ele o que ele disse, você estará ajudando-o a ouvir-se (a tomar consciência dos próprios sentimentos, preocupações, intenções, etc.). Eis um exemplo de resumir: “*Até agora você me falou das suas preocupações e eu entendi que o que tem tirado seu sono é a sua saúde e a possibilidade de você continuar sem emprego.*”.

1) Provocar falas automotivadoras

“Provocar falas automotivadoras” é uma habilidade ampla composta por seis habilidades específicas que devem ocorrer quando você sentir a ambivalência em relação à mudança presente na fala ou em outro comportamento do usuário de drogas. Esse é o momento mais provável do usuário falar de modo a se automotivar para a mudança. Ao provocar falas automotivadoras no usuário, você faz com que ele perceba mais claramente a ambivalência que ele sente em relação à mudança e, assim, fale sobre ela.

As seis habilidades específicas para provocar falas automotivadoras no usuário de drogas são [5]:

1) Fazer perguntas provocativas sobre o uso da droga para que o usuário: a) reconheça um problema (“Por que fumar seria um problema?”, “Que dificuldades a droga já lhe causou?”); a) expresse uma preocupação (“O que você acha que vai acontecer se você continuar a usar?”, “No que o fumar preocupa sua mãe?”); c) revele uma intenção de mudar (“Quais seriam as vantagens de parar de usar?”, “E o outro lado: o que poderia levar você a parar de usar?”) e d) mostre-se otimista com a mudança (“O que lhe dá a certeza de conseguir?”, “Por que você acha que isto vai funcionar no seu caso?”);

2) Discutir custos e benefícios do uso da droga, para que o usuário tenha uma melhor clareza das consequências positivas e negativas do seu comportamento (por exemplo, comparando isto a uma balança, de modo a que o usuário tome consciência do lado que está “pesando mais”);

3) Usar extremos envolvendo as consequências do uso de droga, para que o usuário as antecipe (por exemplo: “O que de pior pode acontecer?” ou “Qual seria a sua pior preocupação?”);

4) Estimular o “olhar para trás” ou o “olhar para frente” em relação ao uso da droga (por exemplo: “Como era a sua vida antes do crack?” ou “Como gostaria que fosse a sua vida?”);

5) Explorar metas em relação à mudança de comportamento (por exemplo: “Quais são as coisas mais importantes na sua vida?” ou “O que gostaria de estar fazendo?”);

6) Mostrar uma opinião contrária à esperada pelo usuário de drogas (por exemplo, apontando a possibilidade de não existir ainda nenhum problema no uso de droga: “Eu queria entender qual é o problema, então (se é que há problema?).”

PASSO 2: FASE DA RESISTÊNCIA

É comum o usuário mostrar resistência em mudar de comportamento. O **objetivo** do seu trabalho é, então, enfraquecer essa resistência [5]. Assim, o próximo passo da EM é continuar a usar as habilidades da fase 1 e experimentar uma ou outra das cinco **habilidades que são úteis para lidar com a resistência**:

1) Mudar de foco, que nada mais é do que mudar o assunto da entrevista, evitando aquele assunto que provocou a resistência do usuário em relação à mudança. Por exemplo, “Diagnósticos são rótulos que não ajudam muito. Eu quero saber o que você faz de bom”, poderia ser dito para mudar o foco do assunto “diagnóstico de dependente” que provocou uma resistência pelo fato do usuário discordar deste diagnóstico.

2) Concordar com “algo mais”, que nada mais é do que você dizer que concorda com “algo mais” que está presente na fala resistência à mudança, dita pelo usuário de droga. Por exemplo, “Apontar culpados não ajuda. Pelo contrário, desvia o olhar daquilo que realmente importa”, poderia ser dito para concordar como o fato de que o sentimento de culpa não resolve um problema, um “algo mais” presente quando o usuário está resistindo à mudança ao expressar revolta dizendo “Todos estão me culpando”.

3) Enfatizar o controle e a escolha pessoal, que nada mais é do que aquilo que você aprendeu antes: reforçar os sentimentos de esperança e otimismo do usuário de drogas em relação à mudança. Por exemplo: “A mudança só depende de você, só você pode escolher buscar ajuda.”

4) Reformular, que nada mais é do que dizer de outro jeito o mesmo argumento que mostra a resistência do usuário de drogas em mudar. Exemplo: “Como seria isto no caso de algo que provoca dor? Qual seria a vantagem de tolerar a dor cada vez mais?”, poderia ser outro jeito de falar da tolerância ao álcool, vista como uma vantagem que está mantendo a resistência do usuário em parar de beber que insiste em dizer “Eu bebo uma garrafa de pinga e continuo bom”.

5) Apontar a contradição do usuário na busca da ajuda para a mudança, que nada mais é do que dizer que o usuário de drogas parece bem em continuar do jeito que está. Por exemplo: “Você parece se beneficiar ficando do jeito que está”, poderia ser dito após você apontar várias opções de ajuda e nenhuma ser aceita pelo usuário.

PASSO 3: FASE 2, “COMPROMISSO COM A MUDANÇA”

O **objetivo** da Fase 2 da EM **é fortalecer o compromisso do usuário com a mudança dele**. O **pré-requisito** para você dominar as habilidades da Fase 2 é saber **identificar os sinais de prontidão do usuário de drogas para a mudança** [5].

Os principais sinais de prontidão para a mudança são:

- 1) O usuário fala de modo menos resistente: interrompe menos, argumenta menos, nega menos;
- 2) O usuário pergunta menos sobre o problema dele e mais sobre as soluções do problema.
- 4) O usuário fala se automotivando (por exemplo, fala como seria a vida dele após a mudança).
- 5) O usuário se engaja em ações para mudar.

As principais habilidades da Fase 2 da EM são [5]:

1) Recaptular, ou seja, resumir a situação do usuário, sua ambivalência e as razões dadas por ele para a mudança dele.

2) Fazer perguntas-chave voltadas para o futuro, ou seja, perguntar sobre o próximo passo da mudança (“e daí?”): “Que caminho vai seguir agora?”, “O que você fará agora?”

3) Informar-orientar, ou seja, instruir o usuário quando ele solicitar instrução, sempre qualificando e relativizando a instrução: “Não sei se funcionará com você...”, “Pode não fazer sentido para você...”

4) Negociar um plano de mudança, ou seja, após saber a meta do usuário, analisar as opções de mudança e ajudá-lo a montar um plano de ação.

5) **Encerrar provocando o compromisso com a mudança**, ou seja, obter do usuário a aprovação e a concordância quanto ao plano de ação rumo à mudança.

IMPORTANTE:

Informar é uma habilidade básica de todo servidor público. Uma informação bem sucedida pode ser dada de duas maneiras [4]:

1) **Informar-verificar-informar**: informe, confira se o usuário entende a informação e o que pensa sobre ela e, em seguida, informe novamente a partir da compreensão dele. Por exemplo, “Existem as opções CAPS-AD e AA [informar]. O que você acha delas? [verificar e esperar o paciente dar sua opinião, no caso, favorável ao AA]. O AA é uma boa opção [informar].”

2) **Evocar-informar-evocar**: pergunte qual é a informação que o usuário precisa, informe o que ele precisa saber e pergunte o que ele acha sobre o que foi informado. Por exemplo, “O que mais você quer saber sobre o crack? [evocar, esperando o paciente responder à evocação, por exemplo, ele perguntar “Quais são os riscos do uso do crack?”]. Daí você responde: Morte súbita por problemas do coração, dificuldade de dormir, batimento do coração acelerado, dor de cabeça, perda de peso, formigamento e erupções na pele, pensamentos estranhos, ansiedade, depressão, mania, agressão, paranoia, fissura intensa [informar]. Em seguida, indaga: Você já sabia disso? O que acha?” [evocar].



Parada para pensar:

Pense num usuário de drogas que você conhece. Pensou? Você consegue imaginar um diálogo com ele no qual sua fala reflita os quatro princípios da EM?

A seguir há um resumo das fases e as habilidades das intervenções motivacionais. Use-o após treinar as habilidades aprendidas até este momento.

CONCLUSÃO

A IB tem **três fases**, todas dependentes da avaliação do estágio da motivação do usuário de droga: 1) **triagem** e preparação (introdução sutil do tema “droga” e aplicação e avaliação de algum instrumento de triagem), 2) **devolução** da triagem e início (interpretação e devolução do resultado da triagem), e 3) **conclusão** (uso de uma estratégia de IB) [22, 27, 35].

Na aplicação da **EM**, o entrevistador deve aprender as suas principais habilidades (Anexo 4) e demonstrá-las nas **fases 1, 2 e “da resistência”** [16]: 1) habilidades que definem os componentes críticos do EM; 2) habilidades que definem os princípios gerais: resista ao impulso de mudar o usuário, compreenda o ponto de vista dele, escute-o com empatia e dê poder à sua autoeficácia; 3) habilidade de reconhecer e diferenciar falas sobre a mudança de falas sobre a manutenção da situação atual; 4) habilidade de evocar e responder às falas sobre a mudança; 5) habilidade de responder às falas sobre a manutenção da situação atual e/ou às de resistência à mudança; 6) habilidade de negociar um plano de mudança e 7) habilidade de consolidar o compromisso com a mudança.

Este é o momento de você avaliar o que aprendeu:



Vamos a mais uma pausa para refletir

- 1) *Você sente confiança para explicar o que pode motivar uma pessoa a fazer uso arriscado de drogas e/ou o que pode manter este uso consolidado?*
- 2) *Sabe enumerar as fases da motivação em relação ao uso arriscado de drogas?*
- 3) *Sente segurança para aplicar, no seu trabalho como servidor do Ministério Público ou dos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Segurança Pública e Justiça, as habilidades que aprendeu (PAPA, FRAMES, “OITO HABILIDADES” e EM)?*
- 4) *Consegue vislumbrar uma pessoa que faz uso arriscado de drogas em seu território, ou usando os serviço onde você atua, e com quem você gostaria de tentar aplicar o que aprendeu?*
- 5) *Após o estudo deste capítulo, e considerando seu objetivo, como julga seu conhecimento em relação às intervenções motivacionais, numa nota de zero a 10?*



Referências

1. BORLOTI, E. B.; MACHADO, A. R. Unidade I - Intervenções Motivacionais: um passo a passo. In: SIQUEIRA, M. M.; BUAIZ, V.; BORLOTI, E. B.; WANDEKOKEN, K. D. (Org.). Curso de atualização sobre intervenção breve e aconselhamento motivacional em crack e outras drogas: caderno 1. Vitória: CEPAD/ CCS-UFES, 2012. p.76-104 (não publicado).
2. BORLOTI, E. B.; MACHADO, A. R. Manual de Triagem para Intervenções Motivacionais. In: SIQUEIRA, M. M.; BUAIZ, V.; BORLOTI, E. B.; WANDEKOKEN, K. D. (Org.). Curso de atualização sobre intervenção breve e aconselhamento motivacional em crack e outras drogas: caderno 1. Vitória: CEPAD/ CCS-UFES, 2012. p.105-116 (não publicado).
3. BORLOTI, E. B.; MACHADO, A. R. Manual para Avaliação da Motivação. In: SIQUEIRA, M. M.; BUAIZ, V.; BORLOTI, E. B.; WANDEKOKEN, K. D. (Org.). Curso de atualização sobre intervenção breve e aconselhamento motivacional em crack e outras drogas: caderno 1. Vitória: CEPAD/ CCS-UFES, 2012. p.117-130 (não publicado).
4. ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde: ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2009.
5. MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: ArtMed, 2001.
6. SKINNER, B. F. Selection by consequences. Science, 213, 501-504, 1981.
7. GARRY, M.; PEAR, J. Modificação do Comportamento: o que é e como fazer. São Paulo: Roca, 2009.
8. WANCHISEN, B. A., & TATHAM, T. A. Behavioral history: A promising challenge in explaining and controlling human operant behavior. Behavior Analyst, 14, 139-144, 1991.
9. CIRINO, S. D. O que é história comportamental. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. B. P. S. Queiroz, & M. C. Scoz (Eds.), Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade (Vol. 7, pp. 153-158). Santo André, SP: ESEtec, 2001.
10. MIGUEL, C. F. O conceito de operação estabelecadora na Análise do Comportamento. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16, 259-268, 2000.
11. BANACO, R. A. Teoria comportamental. Em ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas (pp. 135-151). Porto Alegre: Artmed, 2013.

12. SKINNER, B. F. What is wrong with daily life in the Western World. *American Psychologist*, 568-574, 1986.
13. LARANJEIRA, R. Tratamento da dependência do crack – as bases e os mitos. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (org.). *O Tratamento do Usuário de Crack: Avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco, terapias psicológicas, farmacologia e reabilitação, ambientes de tratamento* (pp. 13-42). São Paulo: Leitura Médica, 2010.
14. SKINNER, B. F. *Questões Recentes na Análise Comportamental* (A. L. Neri, Trad.). Campinas, SP: Papirus, 1991.
15. BECOÑA E. Adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar. En Bobes J, Casas M, Gutiérrez M, eds. *Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias*. Barcelona: Ars Médica, 2003; p. 382-393.
16. CHRISTOPHER, P. J.; DOUGHER, M. J. A Behavior-Analytic Account of Motivational Interviewing. *The Behavior Analyst*, 32(1): 149–161, 2009.
17. MERCER, D. E.; WOODY, G.E. *Therapy Manuals for Drug Addiction Series: Individual Drug Counseling*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1999.
18. PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, p.161-173, 1982.
19. MILLER, W.R.; HESTER, R.K. Inpatient alcoholism treatment: Who benefits? *American Psychologist*. 41, 7, p. 794-805, 1986.
20. MILLER, W.R.; HESTER, R.K. Inpatient alcoholism treatment: Who benefits? *American Psychologist*. 41, 7, p. 794-805, 1986.
21. IGLESIAS, E. B. *Para Ayudar a los Fumadores a Dejar de Fumar*. Valencia, Sociodrogaalcohol, 2004.
22. BIENER, L.; ABRAMS, D. B. The Contemplation Ladder: validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*, v.10, n. 5, p. 360-365, 1991.
23. SILVA, C. J.; MIGUEL, A. Q. C. Intervenção breve. Em: Diehl, A., Cordeiro, D. C., Laranjeira, R. *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 243-251.
24. SALES, C.; FIGLIE, N. B. Entrevista motivacional. Em: Diehl, A., Cordeiro, D. C., Laranjeira, R. *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 267-277.
25. SANCHEZ-CRAIG M; WILKINSON, D. A. Brief treatments for alcohol and drug problems: Practical and methodological issues. In: Loberg T, Miller WR, Nathan PE, Marlatt GA, editors. *Addictive Behaviors: Prevention and Early Intervention*. Amsterdam/Lasse, Netherlands: Swets and Zeitlinger B.V.; 1989. p. 233-52.
26. MOYER, A., FINNEY, J., SWEARINGEN, C., VERGUB, P. Brief Interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction*, v. 97, p.279-292, 2002.

27. NUTBEAM, D. Eficácia de la Promoción de la Salud – Las preguntas que Debemos Responder. In: Unión Internacional de Promoción de La Salud y Educación para laSalud, La Evidencia de La Eficacia de La Promoción de laSalud, p. 1-11. Madrid: Ministerio de laSalud y Consumo. 1999.
28. BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE. Brief Intervention: For Hazardous and Harmful Drinking. A manual for use in PrimaryCare.WHO. 2001.
29. SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Supera. Disponível em: <<http://www.supera.senad.gov.br/>> Acesso em: 17 julho 2011.
30. MILLER, W. R.;SANCHEZ, V. C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard, G. (ed.) Issues in Alcohol Use and Misuse by Young Adults.UniversityofNotreDame Press, NotreDame, 1993.
31. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro: InstitutoNacionaldoCâncer, 2001.
32. OCKENE, J.K. et al. A residents' training program for the development of smoking intervention skills.Archives of Internal Medicine, v. 148, n. 5, p.1039-1045, 1988.
33. MILLER, W.R. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. PsychologicalBulletin, v. 98, n. 1, p. 84-107, 1985.
34. HACKNEY, H.; NYE, S. Aconselhamento: estratégias e objetivos. São Paulo: EPU, 1977.
35. BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.
36. TRATHEN, B. Brief Interventions. MRC Psych, 2006. Disponível em: <<http://www.addictionadvisor.co.uk/medical/download-guidelines.html>>. Acesso em: 17 julho 2011.
37. FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. (Org.). Aconselhamento em Dependência Química. 2. Ed. São Paulo: Rocca, 2010.
38. BORLOTI, E. B. Mudar Para Poder Mudar: Programa Comportamental de Treinamento das Habilidades de Intervenção Motivacional Breve na Dependência Química. 2011. 116 f. Projeto de Intervenção (especialização) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2011.
39. BORLOTI, E. B.; MACHADO, A. R. Intervenções breves como ferramentas de intervenções analítico-comportamentais na Atenção Básica com pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. Comportamento em Foco (no prelo).
40. BABOR, TF; HIGGINS-BIDDLE, JC; SAUNDERS, JB; MONTEIRO, MG. The alcohol use disorders identification test (AUDIT): guidelines for use in Primary Care. WorldHealth Organization, Second Edition, 2001; Document n. WHO/MSD/MSB/01.

41. HENRY-EDWARDS, S.; HUMENIUK, RACHEL.; ALI, R. INTERVENÇÃO BREVE:ASSIST - Teste De Triagem Para Álcool, Tabaco E Substâncias: Guia Para Uso Na Atenção Primária À Saude. Souza, M. L. O.; Lacerda, R. B. de; Ronzani, T. M.; Guirro, U. B. do P. Trad e Adaptação. Versão Preliminar 1.1. UNIFESP. São Paulo, 2004.

Fase	Como é o usuário?	Como fazer para ele passar para o próximo estágio?	Exemplos do que falar
Pré-contemplação	<p>Nem pensa em mudar.</p> <p>Não percebe que seu comportamento está causando problemas.</p> <p>Não escuta conselhos de mudança.</p>	<p>Identifique e reconheça os aspectos do uso que mais agradam.</p> <p>Sem confrontar ou ameaçar, descreva consequências negativas do uso.</p> <p>Demonstre preocupação.</p>	<p>“Vejo que para você o uso não traz consequências graves neste momento. Mas você já ouviu falar sobre o que poderia acontecer de ruim?”</p> <p>“O que é gostoso no uso?”</p>
Contemplação	<p>Pensa em mudar.</p> <p>Busca informação sobre o problema.</p> <p>O sentimento é “quero, mas não quero” (ainda fala mais a favor do que contra).</p>	<p>Trabalhe a ambivalência sobre usar, reduzir ou parar.</p> <p>Reforce a liberdade, a responsabilidade e a habilidade para mudar.</p> <p>Proponha um “experimento de mudança”.</p>	<p>“Fale um pouquinho do conflito entre o seu lado que quer continuar a usar e o outro lado que vê problemas no uso.”</p> <p>“Você é livre para tomar a decisão de parar. Seria muito legal experimentar parar de beber por duas semanas para ver se faz diferença na sua gastrite. Que tal?”</p>
Preparação	<p>Já fez tentativas de parar por um dia no último ano.</p> <p>Assume a decisão de mudar, mas não se organiza para isso.</p> <p>Fala (pensa) em tentar iniciar a abstinência nos próximos 30 dias.</p>	<p>Explore o que funcionou ou não no passado.</p> <p>Demonstre interesse e apoio à atitude favorável do usuário.</p> <p>Negocie um plano de mudança que inclua pequenos passos alcançáveis para ser bem sucedido.</p> <p>Informe sobre suporte social disponível.</p>	<p>“O que funciona e não funciona no seu caso? Conte como foram essas experiências.”</p> <p>“Que bacana você ter conseguido manter a decisão e reduzir o uso de 4 para 2 dias por semana. Vamos conversar sobre onde você buscar ajuda extra para dar o próximo passo: parar completamente?”</p>
Ação	<p>Está ativamente dando passos para mudar, mas ainda não alcançou um estado estável.</p> <p>Domina habilidades de prevenção de recaídas.</p>	<p>Ajude na execução do plano de mudança, reforçando objetivos positivos (o querer e o fazer) e não apenas o “deixar de” fazer.</p> <p>Reforce a adesão ao tratamento até que os objetivos tenham sido atingidos.</p> <p>Discuta a fissura e estratégias para o seu enfrentamento.</p> <p>Ajude na identificação dos “gatilhos” (situações de risco) para recaídas.</p>	<p>“Quando, onde e com quem a vontade de usar é mais forte? O que pode funcionar nessas horas?”</p> <p>“Que bom que está em tratamento e pode discutir como enfrentar a fissura. Você sabe que ela não dura para sempre e você vai conseguir a sua meta.”</p> <p>“Agora que está conseguindo parar e sua esposa parou de brigar com você, que tal curtir mais seu casamento e seus filhos? O que pensaram em fazer nas férias?”</p>

Manutenção	<p>Está em abstinência há mais de seis meses.</p> <p>Trabalha para manter os ganhos.</p>	<p>Colabore na construção de um novo estilo de vida que inclua fontes de prazeres livres de drogas.</p> <p>Reforce a autoeficácia.</p> <p>Ofereça seu contato para apoio.</p>	<p>“Quais atividades tem feito para relaxar, se animar, se distrair, se excitar, ‘viajar’?”</p> <p>“Pode continuar contando comigo.”</p>
Recaída	<p>Voltou a usar a droga regularmente.</p>	<p>Reavalie o estágio motivacional e oriente de acordo.</p> <p>Transmita compreensão pela recaída.</p> <p>Ajude no reinício do processo de mudança, na superação da culpa e na reafirmação do compromisso com a mudança.</p>	<p>“O que você pode aprender com esta recaída?”</p> <p>“Qual foi o principal gatilho que disparou esta recaída?”</p> <p>“O que você fará de diferente desta vez?”</p>

Anexo 2: Instrumento de Avaliação dos estágios de mudança de usuários de tabaco [20]

1. No último ano, quantas vezes você ficou sem fumar pelo menos 24 horas?

() nenhuma () Uma ou mais vezes.

2. Eu fumo atualmente, mas tenho a intenção de parar nos próximos 30 dias.

() Sim () Não

3. Eu fumo atualmente, mas tenho a intenção de parar nos próximos 06 meses.

() Sim () Não

4. Eu fumo atualmente, mas NÃO tenho a intenção de parar nos próximos 06 meses.

() Sim () Não

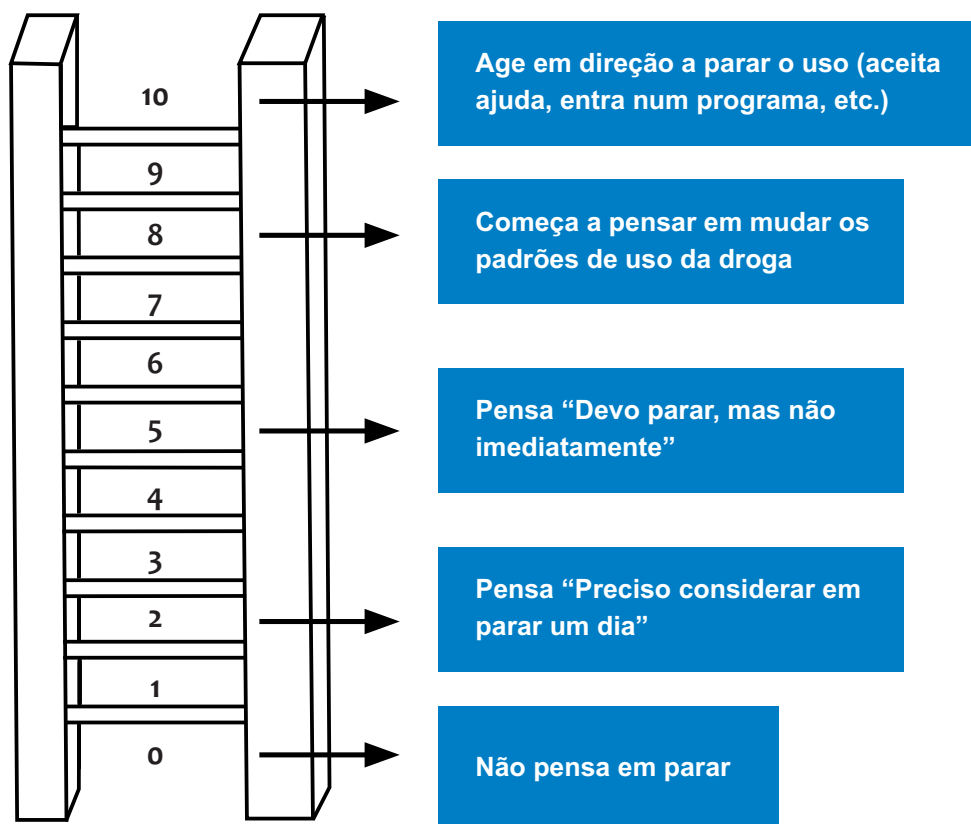
Avaliação do estágio de mudança

Sim na pergunta 4: Pré-contemplação

Sim na pergunta 3: Contemplação

Sim na pergunta 2 e “uma ou mais vezes” na pergunta 1: Preparação

Anexo 3: Escada da Contemplação [15]



Anexo 4: Fases e Habilidades da EM, com um exemplo [5]

Fase 1 ou das "quatro habilidades iniciais":

Fazer perguntas abertas ("Você parece estar preocupado pelo fato de usar. Quais são essas preocupações?"), encorajar ("Você está se esforçando para vencer suas dificuldades."), escutar de modo reflexivo ("Você está dizendo que pode ter controle sobre a bebida" após o paciente dizer "Quando eu quiser, eu paro de beber."), resumir ("Até agora você me falou das suas preocupações e eu entendi que o que tem tirado seu sono é a sua saúde e a possibilidade de você continuar sem emprego.") e provocar falas automotivadoras (do reconhecimento de um problema ["Por que fumar seria um problema?"]; de uma preocupação ["O que você acha que vai acontecer se você continuar a usar?"]; de uma intenção de mudar ["Quais seriam as vantagens de parar de usar?"] e do otimismo com a mudança ["O que lhe dá a certeza de conseguir?"]).

“Fase da resistência”:

*“‘Mudar de foco’ (por exemplo, se a resistência foi função de um diagnóstico de “dependente”:
“Diagnósticos são rótulos que não ajudam muito. Eu quero saber o que você faz de bom.”),
concordar com ‘algo mais’ (algo favorável que está embutido no argumento do paciente: se o
argumento para resistir é “Todos estão me culpando” diga “Apontar culpados não ajuda. Pelo
contrário, desvia o olhar daquilo que realmente importa.”), enfatizar o controle e a escolha
pessoal (“A mudança só depende de você.”), reformular o argumento para a resistência (por
exemplo, se a vantagem da tolerância for defendida, diga “Como seria isto no caso de algo que
provoca dor? Qual seria a vantagem de tolerar a dor cada vez mais?”) e apontar a contradição na
busca da ajuda (“Você parece se beneficiar ficando do jeito que está”)” [20].*

Fase 2 ou da “prontidão para a mudança”:

*Recapitular (“Então, pelo que entendi, sua mulher saiu de casa, você gostaria de continuar a beber,
mas também gostaria de tê-la de volta”), fazer perguntas-chave voltadas para o futuro (“O que vai
fazer agora?”), informar-orientar (“Não sei se funcionará com você, mas poderia agendar uma
consulta no CAPS-AD e experimentar”), negociar um plano de mudança (após saber a meta do
paciente: “Então você vai experimentar parar. Quando, como e onde, ou com a ajuda de quem?”) e
encerrar provocando o compromisso com a mudança (“Você concorda e aprova este plano de
mudança?”).*

Anexo 5: Manual de Triagem para Intervenções Motivacionais [2, adaptado]

A triagem é fundamental à assistência ao usuário de drogas. Agora você verá o passo-a-passo da aplicação de dois dos testes mais usados na triagem do usuário:

- 1) AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, ou Teste de Identificação dos Transtornos pelo Uso do Álcool), específico para triagem do uso do Álcool.
- 2) ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ou Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e outras Substâncias), específico quando se quer avaliar o uso de múltiplas substâncias, incluindo o álcool.

AUDIT [39, adaptado].

O que é o AUDIT?

É um método simples de triagem do abuso ou dependência de álcool que leva de 2 a 4 minutos para ser aplicado e poucos minutos para ser avaliado e interpretado.

“Ele fornece uma estruturação à intervenção para ajudar os pacientes que bebem de modo arriscado a reduzir ou cessar o consumo e, portanto, evitar as consequências danosas do consumo. O AUDIT também ajuda a identificar a dependência do álcool e algumas consequências prejudiciais do hábito de beber.

. Ele é particularmente planejado para profissionais de saúde e para variados contextos de cuidado da saúde, mas com instruções adequadas, pode ser auto aplicado ou usado por profissionais que não são da área da saúde” [39, p. 4].

O AUDIT está traduzido em português (ver adiante). Providencie cópias como ferramentas de trabalho.

Passo-a-passo da aplicação do AUDIT

Passo 1: observe as seguintes recomendações gerais, anteriores à aplicação do AUDIT:

- a) Mostre uma postura amigável e não ameaçadora diante do usuário.
- b) Avalie se o usuário está intoxicado e está precisando de cuidados médicos (neste caso, não continue a aplicação do AUDIT e providencie os cuidados).
- c) Assegure ao usuário que o resultado do teste será confidencial.
- d) Explique o objetivo da triagem de modo claro, destacando a relevância dela para a saúde dele.

Passo 2: Apresente o AUDIT ao usuário, ver adiante.

A seguinte fala poderá dar pistas sobre o que você poderá falar para o usuário nesse momento:

“Agora eu vou fazer algumas perguntas a você sobre o uso de bebidas alcoólicas no ano passado. Considerando que o uso do álcool pode afetar muitas áreas da saúde (e pode interferir com certos remédios que você toma) é importante para nós sabermos quanto você geralmente bebe e se você tem tido problemas com a bebida. Tente ser o mais honesto e o mais exato que você puder.” (38, p. 15).

Passo 3: Aplique o AUDIT.

- a) Na ordem indicada no teste, leia as perguntas para o usuário respondê-las, exatamente como estão escritas.
- b) A maioria das perguntas começa com “Com que frequência”. Ajude o paciente a responder, fornecendo as respostas possíveis: “Nunca”, “Menos que mensalmente”, “Mensalmente”, “Semanalmente” ou “Diariamente”.
- c) Em uma ou outra questão, esclareça dúvidas sobre a resposta. Por exemplo, “Você disse que bebe várias vezes na semana. É só nos fins de semana ou você bebe várias vezes em cada dia?”
- d) Se as respostas do paciente forem evasivas ou dúbias, peça para ele escolher a melhor resposta.

Passo 4: Avalie a pontuação alcançada pelo usuário.

- a) Observe que as respostas do usuário em cada pergunta variaram de 0 a 4.
- b) Coloque o número da resposta do usuário dentro de cada quadrinho no canto inferior direito do quadro onde está cada pergunta.
- c) Some os números de cada quadradinho e coloque o total no quadrinho no canto inferior direito do teste.

Passo 5: Interprete a pontuação do usuário e comece a IB de acordo com essa interpretação.

Somando 8 ou mais pontos considere que o usuário faz **uso nocivo ou abusivo de álcool, com possível evolução para a dependência**

Passo 6: Faça algo em relação ao resultado.

A tabela a seguir mostra o nível de risco no qual se encontra o usuário e a conduta profissional mais adequada:

Pontuação	Nível de Risco	Conduta profissional
0-7	I	Educação preventiva.
8-15	II	Conselho simples focado na redução do beber nocivo.
20	III	IB e monitoramento contínuo.
20 ou mais	IV	Encaminhamento para avaliação e tratamento de dependência por um especialista.

ASSIST [40, adaptado]

O que é o ASSIST?

É um método simples de triagem do abuso ou dependência de álcool, tabaco e drogas ilícitas que leva de 5 a 10 minutos para ser aplicado e poucos minutos para ser avaliado e interpretado.

“Ele pode ajudar a identificar o uso de substâncias como causa de uma doença atual. Isto pode alertar as pessoas de que elas podem estar sob risco no futuro, de desenvolver problemas relacionados ao uso de substâncias e propicia o início de uma discussão com o usuário sobre seu uso atual de drogas.” [40, p. 8]. O ASSIST está traduzido em português (ver adiante). Providencie cópias como ferramentas de trabalho.

Passo-a-passo da aplicação do ASSIST

Passo 1: observe as seguintes recomendações gerais, anteriores à aplicação do ASSIST:

- Assuma uma postura amigável e não ameaçadora diante do usuário.
- Avalie se o usuário está intoxicado e está precisando de cuidados médicos (neste caso, não continue a aplicação do AUDIT e providencie os cuidados).
- Assegure ao usuário que o resultado do teste será confidencial.
- Explique o objetivo da triagem de modo claro, destacando a relevância dela para a saúde dele.

Passo 2: Apresente o ASSIST ao usuário.

A seguinte fala poderá dar pistas sobre o que você poderá falar para o usuário nesse momento:

“Algumas drogas ou remédios afetam a saúde. É importante nós, profissionais de saúde, termos uma informação precisa sobre o seu uso de várias substâncias para fornecer um melhor atendimento possível para você. As perguntas seguintes serão sobre o seu uso de álcool, tabaco e outras drogas. Essas substâncias podem ser fumadas, cheiradas, injetadas ou tomadas em forma de remédio [mostre ao paciente a lista de drogas contida no ASSIST]. Estou interessado em saber sobre o seu possível uso destas drogas; por favor fique tranquilo que qualquer informação dada será estritamente confidencial.” [40, p. 17, adaptado).

Passo 3: Aplique o ASSIST.

- a) Leia as instruções do próprio questionário, pois algumas permitem que você elimine perguntas para alguns usuários (reduzindo a entrevista), enquanto outras instruções o lembrarão de investigar com maiores detalhes a resposta dada pelo usuário, para obter respostas mais precisas.
- b) A questão 1 se refere às drogas que o usuário já usou na vida. Se ele responder 'Não' para todas as substâncias, você deve perguntar “Nem mesmo quando você estava na escola?”. Se a resposta ainda for 'Não' para todas as substâncias, você poderá finalizar a entrevista.
- c) Se o usuário responder 'Sim' para a Questão 1, para uso de alguma substância listada, então vá para a Questão 2, que pergunta sobre o uso de substância nos últimos três meses. A Questão 2 deve ser perguntada para cada uma das substâncias já usadas. Se a resposta for 'Nunca' para todos os itens da Questão 2, vá para a Questão 6. Se alguma substância tiver sido usada nos últimos três meses, então continue com as Questões 3, 4 e 5 para cada substância usada (a questão 5 não se aplica a usuários de tabaco).
- d) A todos os usuários que relatarem o uso na vida de alguma substância na Questão 1 devem ser perguntadas as Questões 6, 7 e 8. As Questões 6 e 7 devem ser perguntadas para cada substância apontada positivamente na Questão 1.
- e) Se as respostas do paciente forem evasivas ou dúbias, peça para ele escolher a melhor resposta.

Passo 4: Avalie a pontuação alcançada pelo usuário.

- a) Observe que as respostas do usuário apresentam um valor numérico. Você deve circular o escore numérico para cada resposta do usuário.
- b) Some os valores circulados em cada resposta para chegar ao escore final do ASSIST.

Passo 5: Interprete a pontuação do paciente e comece a IB de acordo com essa interpretação.

- a) Envolvimento Específico (com substâncias específicas): some as questões 2 a 7, para cada classe de droga.
- b) Envolvimento Total: some os escores de todas as questões (1 a 8), para todas as classes de droga.

Passo 6: Faça algo em relação ao resultado.

A tabela a seguir mostra o nível de risco no qual se encontra o paciente e a conduta profissional mais adequada:

	Pontuação	Nível de Risco	Conduta profissional
Álcool	0-10	Baixo	Feedback e Informação.
	11-26	Moderado	Feedback e IB.
Outras Drogas	27 ou mais	Alto	Feedback e encaminhamento para tratamento especializado.
	0-3	Baixo	Feedback e Informação.
	4-26	Moderado	Feedback e IB.
	27 ou mais	Alto	Feedback e encaminhamento para tratamento especializado.

Na devolução do resultado para o usuário, o ASSIST permite a entrega de um Cartão de Respostas, visando uma devolutiva mais personalizada sobre o nível de risco do uso de drogas. Adiante você encontra a tradução dos cartões para serem entregues aos usuários que usam as drogas mais comuns (tabaco, álcool, maconha, cocaína/crack). Copie esses cartões e carregue com você, como ferramenta de trabalho. A partir do score obtido, você deverá marcar no canto superior direito o nível de risco (baixo, moderado ou grave) que a pessoa tem de desenvolver os problemas que são citados no cartão, para cada droga.

A. Tabaco	Seu risco de ter estes problemas é:.....
	O uso contínuo do cigarro está associado com: Baixo Moderado Alto (marque um)
	Envelhecimento precoce, enrugamento da pele Infecções respiratórias e asma Pressão arterial alta, diabetes Filhos de fumantes podem ter Infecções respiratórias, alergias e asma Mulheres grávidas fumantes podem ter aborto, parto prematuro e bebês de baixo peso Doenças dos rins Problemas crônicos de obstrução de vias aéreas Doenças do coração, derrame, doenças vasculares Cânceres

B. Álcool	Seu risco de ter estes problemas é:.....
	O uso excessivo do álcool está associado com: Baixo Moderado Alto (marque um)
	Ressaca, comportamento agressivo, acidentes e lesões Redução do desempenho sexual, envelhecimento precoce Problemas digestivos, úlceras, inflamação do pâncreas, pressão arterial alta Ansiedade e depressão, dificuldades de relacionamento, problemas financeiros e no trabalho Dificuldade de se lembrar das coisas e de resolver problemas Bebês de mulheres grávidas que usam álcool podem nascer com lesões e danos no cérebro AVC's (derrame), lesões permanentes no cérebro, disfunções musculares e nervosas Doenças do fígado e pâncreas Cânceres Suicídio

C. Maconha	Seu risco de ter estes problemas é:.....
	O uso regular de maconha está associado com: Baixo Moderado Alto (marque um)
	Problemas com a atenção e motivação Ansiedade, paranoia, pânico, depressão Prejuízo da memória e da habilidade de resolver problemas Pressão arterial alta Asma, bronquite Psicose entre as pessoas com histórico familiar de esquizofrenia Doença do coração e doenças crônicas obstrutivas das vias aéreas Cânceres

D. Cocaína/ Crack	Seu risco de ter estes problemas é:.....
	O uso regular de cocaína/crack está associado com: Baixo Moderado Alto
	Dificuldade de dormir, batimento do coração acelerado, dor de cabeça, perda de peso Entorpecimento, formigamento, viscosidade e erupções cutâneas Acidentes e lesões, problemas financeiros Pensamentos estranhos Alteração do humor - ansiedade, depressão, mania Agressão e paranoia Fissura intensa, estresse decorrente do estilo de vida Psicose depois do uso repetido de altas doses Morte súbita por problemas do coração

Unidade do Serviço: _____

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: ____ Data: ____/____/____

AUDIT – Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Orientação para o início da entrevista:

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses”.

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10]</p> <p>(1) Mensalmente ou menos</p> <p>(2) De 2 a 4 vezes por mês</p> <p>(3) De 2 a 3 vezes por semana</p> <p>(4) 4 ou mais vezes por semana</p> <div></div>	<p>6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <div></div>
<p>2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 0 ou 1</p> <p>(1) 2 ou 3</p> <p>(2) 4 ou 5</p> <p>(3) 6 ou 7</p> <p>(4) 8 ou mais</p> <div></div>	<p>7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <div></div>
<p>3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p> <div></div>	<p>8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <div></div>
<p>4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <div></div>	<p>9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não</p> <p>(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <div></div>
<p>5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos do que uma vez ao mês</p> <p>(2) Mensalmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) Todos ou quase todos os dias</p> <div></div>	<p>10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não</p> <p>(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>(4) Sim, nos últimos 12 meses</p> <div></div>
<p>Se o total for maior do que o ponto de corte recomendado, consulte o manual.</p>	<p>Anote aqui o resultado.</p> <div></div>

Local da Aplicação:	() Domicílio	() Serviço de Saúde
Qual a cargo (profissão) do aplicador?		
Foi realizada intervenção?	Sim ()	Não ()
A intervenção foi logo após a aplicação do AUDIT?	Sim ()	Não ()
Houve encaminhamento para avaliação médica?	Sim ()	Não ()
Houve encaminhamento para outro serviço?	Sim ()	Não ()
Qual a cargo (profissão) de quem realizou a intervenção?		



Espaço para anotações

Nome: _____ Registro _____
Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue:
Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc))	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcólicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras** – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) , você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de ((primeira droga, depois a segunda droga, etc...)) e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

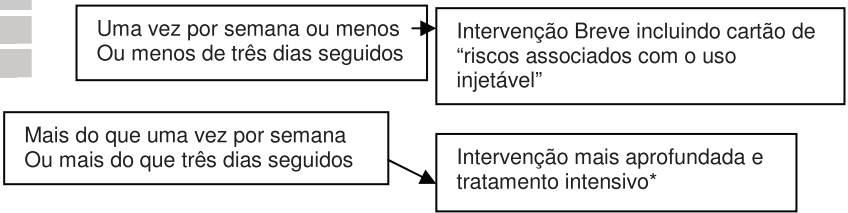
• **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...) ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)		
NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável



PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME <u>SOMENTE</u> das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.
 Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).
 Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.
 Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.
 Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a



CRRESCE

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Capítulo 2

REABILITAÇÃO APLICADA À DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Aparecida da Penha Andrade - Alex Roberto Machado



REABILITAÇÃO APLICADA À DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Aparecida da Penha Andrade¹ e Alex Roberto Machado²

Programa de Pós-Graduação em Psicologia PPGP/UFES

Caro(a) aluno(a).

Os impactos do uso arriscado de drogas são diversos e em todas as esferas da vida do usuário, podendo ocasionar a perda dos seus principais valores: relacionamentos (íntimos, de amizade, sociais e de família), maternidade/paternidade, carreira profissional, espiritualidade, saúde, lazer, educação e cidadania.

Esses impactos podem ser produzidos diretamente pelo uso arriscado das drogas, mas também serem o resultado do preconceito para com o usuário de drogas, provocando e mantendo a sua exclusão social. Com base neste fato e na necessidade de evitar ou diminuir esses impactos, a reabilitação para a reinserção social de usuários de drogas se justifica.

Este capítulo descreve a reabilitação de pessoas e famílias com problemas decorrentes do uso arriscado de drogas. Nele você irá aprender: 1) o conceito e as justificativas da reabilitação, 2) os pressupostos e modelos de reabilitação, 3) os focos possíveis da reabilitação de usuários de drogas, 4) e os passos para programar e executar essa reabilitação objetivando a inclusão social desses usuários e/ou de seus familiares.

Esperamos que o capítulo possa contribuir para que você visualize a dimensão do processo de reabilitação de pessoas e famílias com problemas decorrentes do uso arriscado de drogas e se situe como parte de uma rede de assistência na resolução desses problemas. Aproveite bastante a sua leitura.

Seção 1: Reabilitação e Reinserção Social: Justificativas e Conceitos

Atuando no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública e nos do Ministério Público, você já percebeu que quando uma pessoa faz uso arriscado de drogas, o uso traz consequências variadas, tanto para o usuário quanto para toda a família dele (e. g., diminuição da renda familiar, dificuldades de trabalhar; aumento do conflito com o tráfico de drogas, envolvimento com a justiça devido a crimes e por aí vai). Quando o uso de drogas se relaciona com problemas graves e quase que constantes, o suporte ao

1. Assistente Social, Mestre e Doutoranda em Psicologia (UFES/PPGP), Coordenadora de Curso e Professora do CRRESCES.

2. Psicólogo, Mestre em Psicologia e Doutorando em Psicologia (Análise do Comportamento) pela UFES (PPGP), Atuação em CAPS e Experiência em CRR – Centro Regional de Referência em crack e outras drogas, Professor da Faculdade Pitágoras (Psicologia). Professor e Coordenadora de Curso do CRRESCES.

usuário ou ao seu familiar deve ser proporcionado em longo prazo e em todos os âmbitos da vida que foram prejudicados: trabalho, moradia, lazer, rede social, justiça, educação, saúde, etc [1].

Na comunidade, nas ruas, tribunais, presídios ou nas famílias onde você atua, certamente existem um ou mais usuários que fazem uso de drogas há muitos anos. Em pelo menos um desses casos você irá concordar que o preconceito social está na maioria das vezes relacionada à situação de exclusão social vivida por esse usuário. A exclusão social justifica a intervenção em reabilitação aplicada à dependência química. Por isso, a reabilitação é um processo que tem como objetivo a restauração do suporte social necessário à vida [1].

Reabilitação é uma palavra formada por três partes: “re” (que indica repetição) + “hável” (que quer dizer capaz) + “ção” (que indica uma ação); portanto, tem o sentido de “a ação de tornar a pessoa novamente hábil” [2]. Em síntese, reabilitação é:

[...] um conjunto de medidas, intervenções e prescrições por meio das quais os indivíduos com transtornos mentais desenvolvem habilidades e estruturam os apoios de que necessitam para viver, aprender, aprimorar sua socialização e trabalho no ambiente em que escolheram viver [2: 434].

Na intervenção na saúde mental, tanto com o Transtorno por Uso de Substância como com os demais Transtornos Psicológicos, esta ação deve ser vista de modo crítico. Retomar a condição de bem estar do usuário de droga e dos seus familiares é um percurso longo e demorado e marcado pela necessidade de trabalhar muitas perdas. Retomar essa condição de bem estar não é fazer a vida do usuário voltar a ser como era antes de ele se envolver com a droga, mas de seguir adiante num percurso marcado pela busca de novas e dignas formas de viver, com as limitações e possibilidades inerentes a toda condição de vida [2]. Este olhar crítico considera o fato de que o fenômeno do uso arriscado de drogas favorece o processo de exclusão social, justificando a necessidade da reabilitação como um novo modelo para a intervenção, porque facilita e/ou contribui para a reinserção social.

Um pouco da história

A história da reabilitação em saúde mental começou nos Estados Unidos na década de 1940, com o **movimento de desinstitucionalização** de pacientes de hospitais psiquiátricos. O foco da reabilitação era a comunidade onde esses pacientes viviam antes de serem internados e o objetivo era inseri-los na vida da comunidade. O método de escolha para a reabilitação era a intervenção grupal.

Este movimento chegou ao Brasil, mas demorou a atingir o campo da saúde mental na dependência química.

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), até o ano de 2002 a saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Havia o predomínio de “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, baseadas em práticas de natureza medicamentosa, disciplinar ou de cunho religioso-moral, reforçando o isolamento social e o estigma [3: 83].

A última década foi, então, fundamental para que houvesse uma reflexão crítica do caráter e da base das práticas de reabilitação vigentes na área da dependência química. Esta reflexão fez surgir novas práticas de reabilitação aplicadas aos usuários de drogas e aos familiares deles. Com as novas práticas vieram os desafios.

Atualmente, na realidade brasileira, a intervenção em reabilitação defende os seguintes valores [2: 435]:

- Abordagem centrada na pessoa, em sua dignidade, longe de qualquer rotulação ou estigma.
- Foco no desempenho das atividades cotidianas.
- Fornecimento de apoio sempre que requerido ou necessário.
- Foco nas preferências da pessoa ao longo do processo.
- Foco no contexto específico em que a pessoa vive, aprende, se socializa e trabalha.
- Inclusão dos pares da pessoa em todos os aspectos da reabilitação.
- Avaliação das estratégias de reabilitação escolhidas em termos do seu impacto positivo na vida da pessoa.
- Foco na melhora do sucesso e da satisfação pessoal, mesmo na vigência das dificuldades pessoais.



Pausa após estudo para recapitular e refletir dois pontos centrais desta seção

O que é reabilitação? Quais as justificativas para a reabilitação de pessoas e famílias com problemas decorrentes do uso arriscado de drogas?

Faça uma comparação entre a “atenção” aos usuários de drogas antes dos anos de 2000 e os valores atuais da atenção integral em reabilitação.

Agora que você apreendeu o conceito de reabilitação em dependência química, chegou a hora de estudar os pressupostos e os modelos da prática da reabilitação.

As necessidades do usuário de drogas e de sua família são diversas e envolvem muitos setores da comunidade. Portanto, o processo de reabilitação do usuário irá envolver aqueles que planejam, aqueles que atuam na gestão e aqueles que executam os serviços de assistência em diversos setores do governo, principalmente os dos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Educação, Justiça e Segurança Pública, numa atuação integrada em serviços coordenados [4].

Seu serviço, por exemplo, é parte envolvida na reabilitação e deve integrar-se aos demais. Todos os serviços devem entender-se como parte de um todo. Um serviço exclusivo, fechado, não contribui para a eficácia do processo de reabilitação do usuário de drogas. Portanto, se o seu serviço estiver articulado com outros serviços, e esses outros serviços estiverem articulados entre eles, haverá uma continuidade da atenção e ela será, de fato, uma atenção integral. Quando isto ocorre, é possível identificar o Modelo da Reabilitação Integral.

Para o alcance da atenção integral ao usuário de crack e outras drogas e aos seus familiares é necessário garantir os seguintes elementos: [4]

- Necessidade de uma abordagem intersetorial, através de um protocolo de serviço de acordo com o nível de intervenção e com a complexidade das demandas do usuário de drogas e/ou da família dele;
- Existência de ofertas de serviços diferenciados de acordo com a complexidade dessas demandas;
- Utilização dos serviços comunitários existentes, com articulação das secretarias municipais de Educação, Saúde e Assistência Social. Esses recursos deverão ser utilizados tanto no início quanto durante e após o tratamento do usuário de drogas;
- Identificação das condições habitacionais, educacionais, empregatícias e de relacionamento familiar do usuário de drogas.

Na busca da atenção integral, há alguns elementos de suporte que deverão ser identificados e acionados durante o processo de tratamento de usuários de crack e outras drogas visando à reabilitação. A figura 1 (anexo) apresenta alguns destes elementos de suporte que podem ou devem ser acionados.

IMPORTANTE

Como você pode ver na figura 1, no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública e nos do Ministério Público, você pode contribuir no processo de reabilitação a partir do Modelo de Reabilitação Integral orientando usuários e famílias no acesso a estes suportes. Você já executa algumas ações de reabilitação, por exemplo, atuando em educação em saúde, sugerindo suporte familiar ao usuário de drogas ou oferecendo suporte à família dele no cuidado com os filhos, na integração na comunidade e nas orientações de atividades de promoção da saúde, tais como o esporte e o lazer. Se você se integrar aos outros serviços de assistência integral, poderá compreender suas ações como sendo parte do plano integrado de tratamento do usuário de drogas.

Agregado isso, deve ser ofertada a capacitação de acordo com as necessidades identificadas, por meio de parcerias intersetoriais, aos atores desses diversos serviços, garantindo, assim, a possibilidade de uma formação para uma atenção que ultrapasse a visão fechada em saúde. É por isto que este capítulo está sendo estudado por trabalhadores do Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública e Ministério Público.

Buscando uma melhor adequação do trabalho de reabilitação aos níveis de complexidade do caso de um usuário de drogas em particular, as instituições (ou os serviços) para a reabilitação podem ser visualizadas em 4 níveis [4]. Esses quatro níveis definem o **Modelo de Reabilitação em 04 Níveis**, que possibilita a visualização das particularidades e das complexidade dos serviços em cada nível, facilitando as formas de intervenção, encaminhamento e acompanhamento dos casos de usuários de drogas e de familiares. A Figura 2 (em anexo) representa este modelo [4]:

Nível 1 – Instituições da atenção integral nos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Justiça e outros, não específicos para a atenção aos problemas decorrentes do uso de drogas (e.g., a Atenção Primária à Saúde, no Sistema Único de Saúde).

Portanto, seja da Sistema de Saúde, da Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública ou Ministério Público, você é um profissional do nível 1 da reabilitação de um usuário de drogas que vive no seu território.

Nível 2 – Instituições que realizam atendimento em álcool e outras drogas (e.g., Atendimento Ambulatorial em questões de saúde que não é específico em álcool e outras drogas, mas apresentam algum tipo de intervenção nessa área. Outro exemplo, seria os Programas de Saúde Mental, em que o objeto principal não é a dependência química.

Neste nível também pode estar a sua ação. Se em sua unidade você reforça a adesão de fumantes a um programa para deixar de fumar que acontece na sua unidade; ou se você é responsável pela assistência a uma lactante usuária de crack que deve ser orientada sobre os riscos da amamentação, você está atuando em reabilitação no nível 2.

Nível 3 – Instituições especializadas em dependência química para tratamento ambulatorial (e. g., CAPS-ad; Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo).

Se você atua em intervenções que se relacionem com internação ou mesmo acompanhamento ambulatorial estará neste nível de atuação.

Nível 4 – Instituições especializadas em dependência química com internação em alguns casos, objetivo inicial é a desintoxicação do paciente e, posteriormente, a motivação para o tratamento ambulatorial (e. g. hospitais psiquiátricos e/ou hospitais gerais com enfermarias especializadas em dependência química³).



Este é o momento de fazer uso do conhecimento sobre pressupostos e modelos em reabilitação

Imagine um caso do seu território (usuário e família) e, guiando-se pelos elementos necessários à atenção integral,

1) Liste quatro problemas decorrentes do uso arriscado de drogas;

3. São os SHR-ad (Serviços Hospitalares de Referência em álcool e outras drogas, por exemplo, o Programa de Reabilitação do Toxicômano e Alcoolista (PRESTA), desenvolvido no Hospital da Polícia Militar (HPM) há 16 anos).

2) Escreva pelo menos uma resolução em reabilitação integral para cada problema;

3) Liste as maiores dificuldades e os maiores potenciais para a efetivação da sua prescrição de resoluções.

Situe-se como um(a) servidor(a) público(a) em um nível da atenção, que é parte do modelo de reabilitação em 04 níveis, e responda:

1) Em qual serviço (não específico/específico) para álcool e outras drogas você atua?

2) Você conhece os critérios de encaminhamento dos pacientes e familiares para os demais níveis?

3) O quanto o seu serviço tem sido receptivo aos demais níveis, como parte do modelo de reabilitação em 04 níveis?

4) Com qual outro serviço o seu serviço tem se integrado mais frequentemente na direção dos objetivos da reabilitação?

Seção 4 - Passos da reabilitação na atenção intersetorial integral a usuários de drogas.

Dependendo do plano de tratamento e seu objetivo, a intervenção em reabilitação pode ser classificada em três categorias [2]:

1. Comportamental, por ter foco no treinamento do repertório de habilidades diversas (de enfrentamento das situações de risco, de manutenção de comportamentos adaptativos, de autocontrole, de compreensão da dependência, etc.) que possibilitem ao indivíduo uma melhor qualidade de vida e uma reinserção social (e. g., psicoeducação, prevenção de recaída, gerenciamento de caso e treinamento de habilidades sociais na busca de emprego);

2. Sócio-político (crítico), por ter foco na análise da conjuntura e/ou realidade social em que o usuário de drogas está inserido, buscando identificar os serviços para a sua reabilitação ou buscando organizar movimentos sociais de usuários e familiares para exigirem a oferta desses serviços pelo poder público (e. g., movimento de famílias de usuários do serviço);

3. Clínica, por ter foco nas condutas de intervenção que têm o próprio usuário como ponto de partida: como ele elabora a sua realidade social e sua condição atual (no caso, de se comportar no padrão de uso arriscado de drogas) (e. g., psicoterapia tradicional).

Para que haja uma melhor intervenção nas necessidades globais do usuário do serviço, defende-se uma intervenção que seja multifocal, que crie contingências individuais e culturais para o alcance do seu objetivo, sempre atenta: para o nível do comprometimento decorrente do padrão de uso da droga, para o estágio motivacional do usuário para a mudança em seu estilo de vida e para os recursos materiais, humanos e políticos existentes na família em que ele vive, na comunidade, no município e/ou no estado aonde ele mora.

Independente do foco e da sua orientação teórico-metodológica, ou mesmo da política interna do serviço, é fundamental considerar a Rede para a assistência intersetorial integral, a despeito dos desafios diversos que um trabalho de reabilitação eficaz impõe a todos os envolvidos.

No campo da reabilitação de dependentes químicos, o desafio permanece sendo conseguir tecer um trabalho em rede, sobretudo considerando-se a perspectiva de longo prazo que caracteriza o processo de recuperação desta condição crônica. [1: 182].

Apesar do desafio, a pergunta permanece: *Como realizar o planejamento de uma atenção integrada em reabilitação?*

Primeiramente, a equipe do serviço deverá construir um plano de ação de reabilitação, buscando identificar ou contemplar os caminhos que deverão ser percorridos, num processo de tratamento [4]. Nisso, é fundamental a nomeação do gestor do caso, cuja ação deverá guiar-se pelos seguintes eixos estruturantes [5]:

- 1. Público-alvo:** identificação de quem é o público-alvo, buscando a compreensão das suas particularidades e das particularidades dos grupos sociais e da comunidade de pertença;
- 2. Demanda:** identificação, apresentação da proposta e do objetivo do tratamento a partir do que é demandado pelo usuário do serviço e das limitações institucionais (nesse momento, é necessário avaliar o tipo e o nível de impacto oriundo do padrão de uso da droga);
- 3. Ambiente Externo de Suporte:** identificação e articulação com o ambiente externo à instituição (Rede de serviços); requer dos profissionais envolvidos uma constante atualização e leitura da realidade social, frente aos serviços disponíveis na Rede de assistência em geral (Saúde, Educação, Assistência Social, etc.), de modo a facilitar o processo de identificação, abordagem e encaminhamento do usuário do serviço;
- 4. Fluxograma do Atendimento no Serviço:** elaborado tendo o envolvimento dos diferentes atores que compõem a equipe, pois o trabalho multidisciplinar é fundamental para a intervenção, compreensão e aproximação do que é demandado pelo usuário.

IMPORTANTE

Como profissional no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública e nos do Ministério Público, você deve buscar junto a sua equipe no seu serviço, informações sobre usuários de drogas que estão em tratamento, para contribuir, dentro de suas possibilidades, de modo mais consciente com o processo de reabilitação do usuário, caso a ação de reabilitação possa ser executada por você ou por sua equipe no nível do seu serviço.



Agora que você estudou o foco da reabilitação, é o momento de usar o seu conhecimento

Entre em um site de instituição pública ou privada para dependência química e, a partir do que é divulgado como atividades/ações/serviços/programas para dependentes químicos e/ou suas famílias,

Identifique o foco da reabilitação: CP (comportamental), SP (sócio-político) e CL (clínico).

Faça uma análise crítica desta instituição considerando a característica multifocal de uma reabilitação ideal.

Em grupo com mais um ou dois colegas do seu serviço, indique os quatro elementos do plano de uma atenção integrada em reabilitação. As perguntas abaixo podem ajudar nesta tarefa:

Quem é o público-alvo?

Quais são as demandas desse público-alvo?

Quais demandas são da alçada do seu serviço?

Quais são as demais demandas?

A atenção às demais demandas depende de quais ambientes externos de suporte?

Qual é o serviço de referência no ambiente externo de suporte mais próximo do seu serviço?

Seção 4 - Passos da reabilitação na atenção intersetorial integral a usuários de drogas.

O processo de reabilitação deve se iniciar no primeiro momento em que o indivíduo procura o serviço. Didaticamente, podemos compreender esse processo pelos passos que serão adotados de acordo com a demanda do usuário e o nível de complexidade do serviço no qual ele, inicialmente, procurou ajuda [4].

Passo 1 – Contato Inicial – Triage

Quando o usuário de drogas procura o serviço, os técnicos deverão identificar: tipo de droga; forma e frequência de uso. Enfim, realizar o acolhimento com foco no que o indivíduo trás e expressa e a triagem inicial. Os técnicos deverão fazer o acolhimento e a triagem inicial. A triagem pode ser parte de uma intervenção breve e/ou entrevista motivacional. Assim, a equipe buscará identificar as possibilidades de intervenções no próprio serviço ou de encaminhamento para outros recursos existentes relacionados ao crack e outras drogas [4].

Para este passo você pode aplicar o passo a passo das Intervenções Breves, estudadas no capítulo “Intervenções Motivacionais Na Dependência Química: Um Passo A Passo Para Profissionais De Nível Médio”.

Passo 2 – Avaliações Especializadas e Identificação dos Serviços Apropriados

Essa etapa ocorrerá apenas se foi identificado, na triagem inicial (passo 1), algum padrão de uso arriscado de drogas (uso nocivo/uso prejudicial/abuso ou dependência). Haverá um aprofundamento maior na complexidade do uso de crack e outras drogas, visando à identificação dos impactos físicos, psicológicos e sociais do uso arriscado [4]. A intervenção deverá ser realizada por um técnico especializado, que avaliará as particularidades, as complexidades, os recursos e os possíveis encaminhamentos para o tratamento (e.g., avaliação neuropsicológica) [4].

Neste passo, como trabalhador do Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública e no Ministério Público, você poderá usar os recursos de referência do usuário ao CAPS-AD para esta avaliação especializada.

Passo 3 – Avaliação Compreensiva

Usuários que apresentam particularidades e demandas mais complexas requerem a adoção de uma avaliação global mais aprofundada. Para essa avaliação é necessária a intervenção de técnicos treinados e com habilidades específicas para a intervenção em dependência química [4]. A partir disso, deverá ser construído um plano de trabalho pelos técnicos e compartilhado (caso o usuário esteja em mais de um serviço) entre as instituições que acompanham o usuário.

Desta forma, se o usuário for encaminhado por você ao CAPS-AD, por exemplo, você pode e deve ter acesso ao plano de trabalho com esse usuário (veja o passo 4, a seguir), para que, em seu nível de atuação, você possa contribuir com o processo de reabilitação do usuário.

Duas variáveis são chaves para a avaliação compreensiva e precisarão ser identificadas [4]:

1. Padrão de uso (nocivo/prejudicial, abuso e dependência) e frequência de uso (abstinente-raro-ocasional-frequente-diário);

2. Impactos do uso (social, clínico, legal, familiar, habitacional, etc.)

O conhecimento destas variáveis é fundamental ao passo 4: construção do plano individualizado de tratamento, que respeite e contemple as necessidades e motivação do usuário [4].

Passo 4 – Construção e Implantação do Plano Individualizado de Tratamento

Nessa etapa, serão levantados os objetivos do tratamento e elaborado o plano de cuidados cujo responsável, inicialmente, será o gerente do caso. O plano terá como elemento chave o compartilhamento de objetivos, modelo de intervenção, demarcação da periodicidade e dos encaminhamentos adotados pelas instituições envolvidas [4].

ATENÇÃO

O serviços da Estratégia de Saúde da Família e o consultório de rua, no SUS, e os serviços do CRAS e do CREAS, no SUAS, podem ser acionados pela equipe que construiu o Plano Individualizado de Tratamento de um usuário de drogas. Portanto, você, dentro de sua especificidade, poderá contribuir com a reabilitação.

Passo 5 – Alta

Identificando-se que os objetivos compartilhados do plano individual foram alcançados, o gestor de caso deverá acionar uma reunião técnica da equipe para avaliar a pertinência da alta. Além disso, deverão ser identificadas as estratégias para contato futuro com o usuário do serviço, contribuindo para que não haja a perda do vínculo [4].

Seção 5 - Estratégias de reabilitação para a reinserção social de usuários de drogas

Para a construção das estratégias em reabilitação e reinserção social é necessário identificarmos os seguintes aspectos [2]:

- 1 – Condições de vida e satisfação do usuário em relação a elas;
- 2 – Bem estar psicológico;
- 3 – Repertório de habilidades e competências.

Para o alcance dos objetivos propostos para o tratamento existem estratégias fundamentais [2]:

- 1) Estratégias focadas no indivíduo ou num grupo de indivíduos do serviço, estando presentes na intervenção farmacológica, psicológica, prevenção à recaída, redução de dano, etc.;
- 2) Estratégias ambientais focadas em políticas públicas e no contexto sociocomunitário extra-serviço. Nisso, existem alguns recursos que podem ser de fácil acesso junto à comunidade:

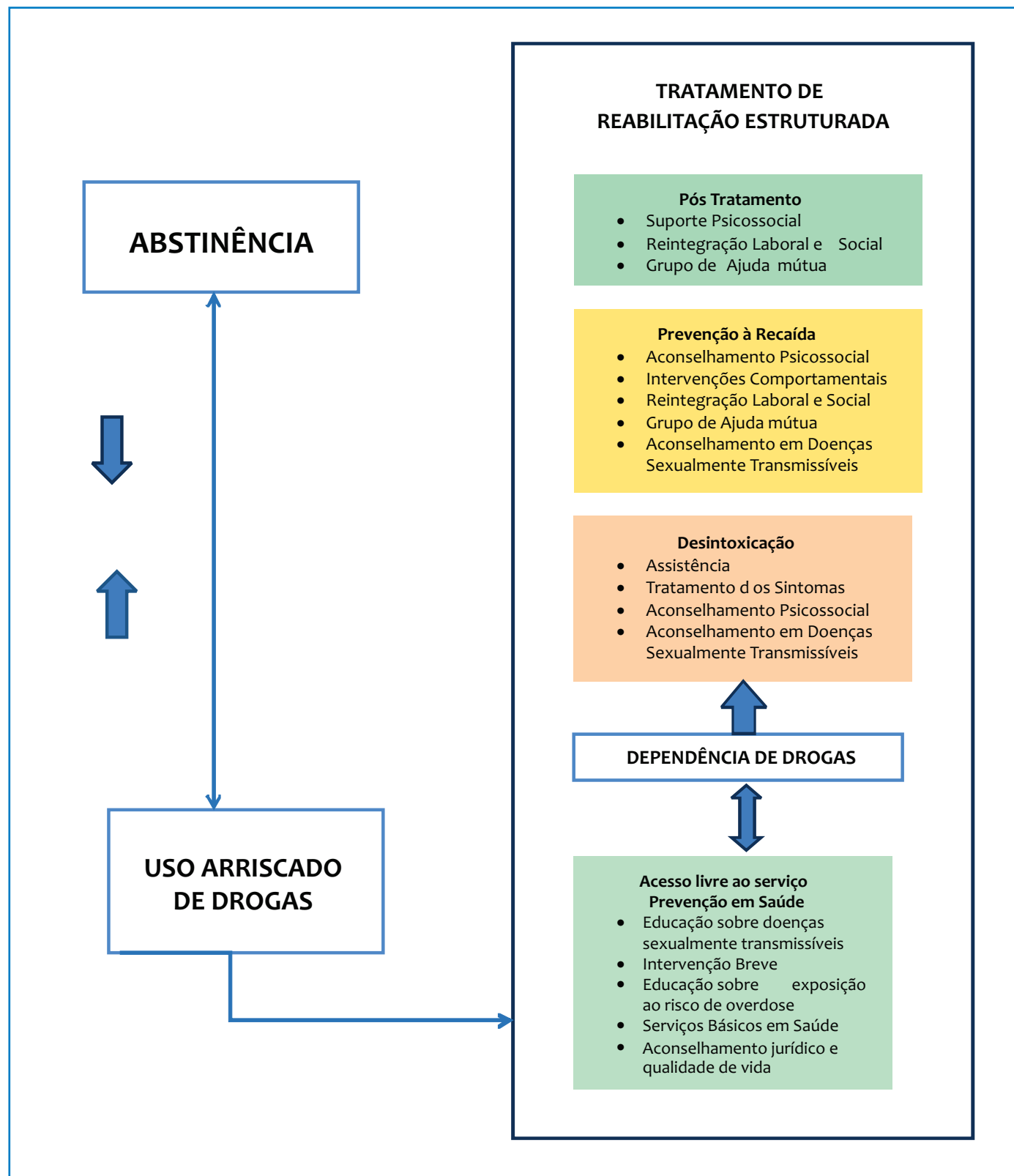
GRUPO DE MÚTUA AJUDA	RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
Intervenção terapêutica grupal, tendo como seu precursor o método do Alcoolicos Anônimos A.A. Existem outros grupos como: Allanon e Allateen. Além dos oriundos do A.A., no Brasil, temos uma forte presença do grupo "Amor Exigente", voltado aos familiares dos dependentes químicos. [6].	A religiosidade/espiritualidade é fator de proteção, um facilitador de manutenção da abstinência, podendo contribuir para reinserção social, ampliação do repertório social, suporte grupal e elemento de prevenção à recaída.	Presentes em mais de 60 países, algumas apresentam suporte psicossocial, clínico, laboral e espiritual. Sua estrutura de funcionamento aproxima mais dos equipamentos de assistência social do que dos de saúde, mesmo sendo fiscalizada e ter normativas de funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [8].

IMPORTANTE

Se você é um trabalhador do Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública e no Ministério Público, está em ótimas condições para ajudar na reabilitação desse usuário, por saber avaliar as limitações e as potencialidades dos recursos do contexto sociocomunitário extra-serviço, necessário à reabilitação. Por exemplo, pode saber se o grupo de Alcoolicos Anônimos pode ser uma boa sugestão de ajuda mútua para o usuário, ou pode reforçar a participação do usuário em algum grupo religioso local.

Enfim, a figura 3, através de um fluxograma, apresenta as estratégias consideradas “comuns” em um processo de reabilitação estruturada para um usuário de drogas.

FIGURA 3 – Tratamento Relacionado à Drogas e o Processo de Cuidado [9]:





Vamos tentar aplicar o que você aprendeu?

Pense em um usuário de drogas que é parte do público-alvo do exercício proposto para a aprendizagem da seção anterior. Pensou? Agora, a partir dos passos da reabilitação na atenção intersectorial integral a usuários de drogas, construa uma tabela inserindo as seguintes colunas: 1) passo, 2) onde o passo será executado e 3) observação. Se esse “onde” for o seu serviço, na coluna observação escreva o que achar conveniente em termos de potencialidades e deficiências do seu serviço.



A seguir pode ser útil ao indicar quais seções deste capítulo foram mais influentes no que você aprendeu e quais precisam ser revistas

A seguir pode ser útil ao indicar quais seções deste capítulo foram mais influentes no que você aprendeu e quais precisam ser revistas

1. Você consegue justificar a necessidade de reabilitação para um paciente/familiar específico que frequenta o seu serviço? Quais aspectos da vida desse paciente ou família você aponta necessidades de reabilitação?
2. Você consegue descrever a função do seu serviço nos modelos de reabilitação estudados neste capítulo?
3. Você é capaz de enunciar os elementos de um planejamento de atenção integral em reabilitação?
4. Você pode enumerar os passos da reabilitação na atenção intersectorial integral a usuários de drogas?
5. Como avalia a sua capacidade para a reabilitação em termos do que lhe compete no nível da atenção integral onde se situa o seu serviço?
6. A partir do objetivo deste capítulo, de descrever a reabilitação aplicada à dependência química, que nota de 0 a 10 você daria para a sua aprendizagem? Quais seções do capítulo precisam ser revistas?



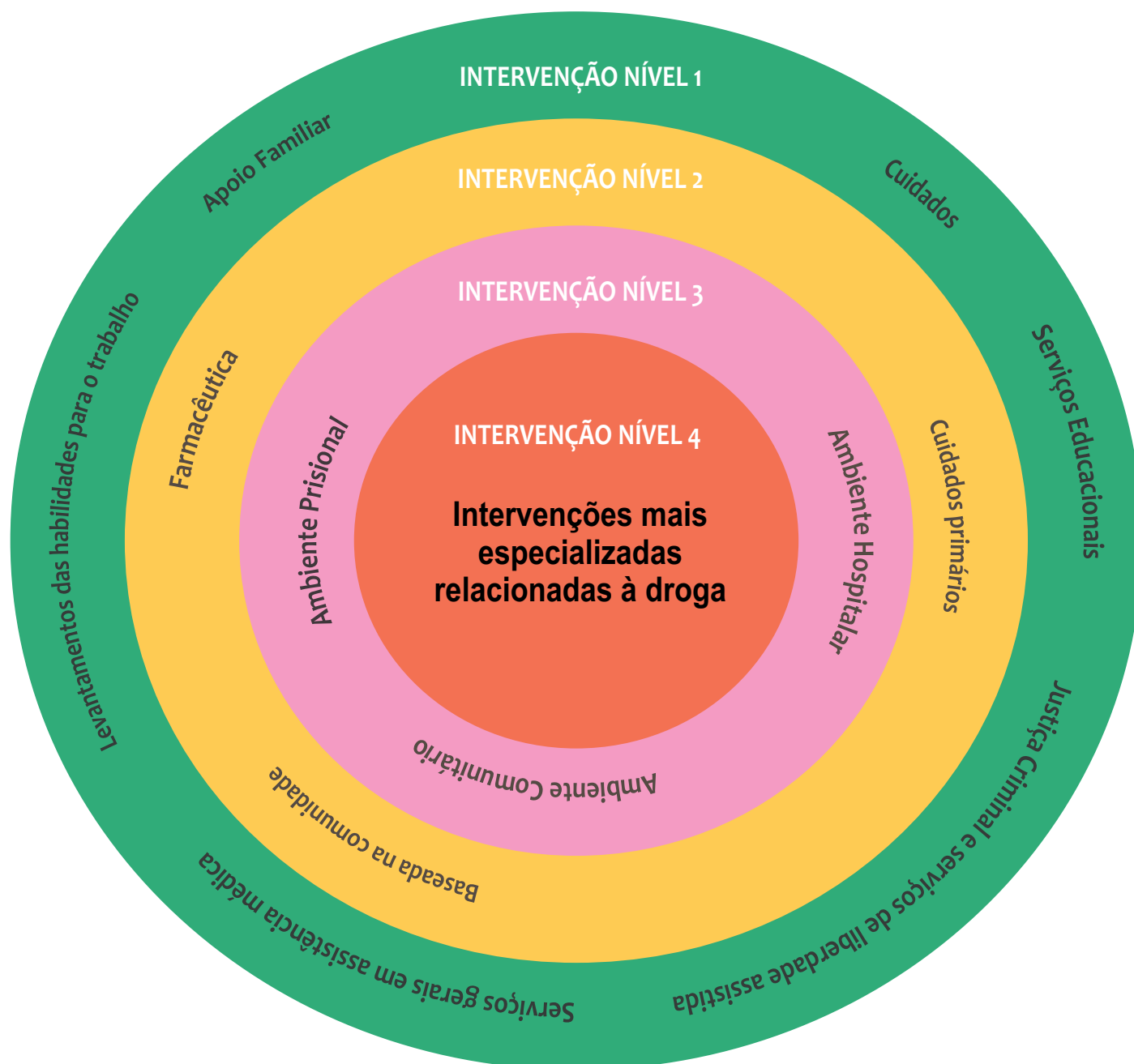
Referências

- 1 – BONADIO, A. N. **O Processo de Reabilitação Psicossocial de Dependentes Químicos**: estudo qualitativo em uma residência terapêutica. São Paulo: Tese Doutorado Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria, 2010.
- 2 – DUAILIBI, L. G. et.al. Reabilitação Psicossocial e Gerenciamento de Caso. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (org.). **O Tratamento do Usuário de Crack** (pp. 434 - 446). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- 3 - PINHO, P. H; OLIVEIRA, M. A; ALMEIDA, M. M. A Reabilitação Psicossocial na Atenção aos Transtornos Associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 35, supl 1; p. 82-88, 2008.
- 4 - DOYLE, J. IVANOVIC, J. **National Drugs Rehabilitation Framework Document. National Drugs Rehabilitation Implementation Committee**. Dublin: Health Services Executive, 2010.
- 5 – FIGLIE, N.B; LARANJEIRAS, R. Gerenciamento de Caso Aplicado ao Tratamento da Dependência do Álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, n. 26(Supl I), p. 63-67, 2004.
- 6 – ARANTES, J. C. M; OLIVEIRA, L. F. L. S; DUAILIBI, L. B. Grupos de Mútua Ajuda. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (org.). **O Tratamento do Usuário de Crack** (pp. 468 - 482). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- 7 – SANCHEZ, Z. V. D. M; RIBEIRO, L. A; NAPPO, S. A. Religiosidade e Espiritualidade. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (org.). **O Tratamento do Usuário de Crack** (pp. 483 - 494). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- 8 - . FRACASSO, L; LANDRÉ, M. Comunidade Terapêutica. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (org.). **O Tratamento do Usuário de Crack** (pp. 503 - 513). 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- 9 - UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: a Practical Planning and Implementation Guide**. United Nations New York, 2003.

ANEXO 1 : FIGURA 1: ELEMENTOS REQUERIDOS PARA UM MODELO INTEGRADO E EFICAZ DE REABILITAÇÃO (adaptado)



ANEXO 2 - FIGURA 2: SERVIÇOS DE INTERVENÇÃO/REABILITAÇÃO CONFORME O MODELO DE 04 NÍVEIS (ADAPTADO).





CRRESCE

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Capítulo 3

INTERNAÇÃO E ALTA EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA



INTERNAÇÃO E ALTA EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Janine Andrade Moscon¹

Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas

Caro(a) leitor(a).

Vivemos num momento em que a mídia forma opiniões favoráveis à internação compulsória de usuários de drogas desprovidas de uma visão técnica pautada em evidências científicas e desatreladas dos objetivos dos movimentos sociais da área da Saúde Mental. Sabemos que a interface entre saúde mental e direitos individuais no processo de decisão sobre as modalidades de internação para o tratamento do usuário de substância psicoativa (SPA) é complexa e delicada. A questão fica mais evidente quando nos deparamos com internações involuntárias ou compulsórias. Também sabemos que a perda da autonomia, decorrente da desorganização psíquica, pode comprometer a capacidade de julgamento/decisão do indivíduo, impedindo-o de tomar decisões, mas esta não é a regra na maioria dos casos.

Critérios biopsicossociais, assim como as características da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formada por diversos serviços integrados, devem ser analisados e considerados em cada caso, no processo de início (voluntário ou não), continuidade e alta do tratamento. A análise dos fatores de “insuficiência” dos recursos extra hospitalares contribuirão para a melhor escolha do tipo e local de internação/acolhimento do usuário.

É isto o que este capítulo discute com você: tipos de internação; critérios biopsicossociais para decisão pela internação e para qual unidade de internação encaminhar o usuário e/ou a família do usuário: CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), SHR ad (Serviço Hospitalar de Referência em Álcool de Drogas), UA (unidade de Acolhimento) e CT (Comunidade Terapêutica); critérios biopsicossociais de alta. Esperamos que a leitura desse capítulo possa ajudá-lo(a) em seu trabalho para a assistência em saúde mental no ambiente onde você atua: no Sistema de Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública ou Ministério Público.

1. Médica, Especialista em Dependência Química pela UNIFESP, Mestre em Ciências Fisiológicas pela UFES – Laboratório de Neuropsicofarmacologia, Médica do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos CPTT-CAPS-ad III (Vitória-ES) e do CAPS-ad (Serra-ES), Coordenadora de Curso e Professora do CRRESCES.

A Lei Nº 10216 de 2001, também conhecida como “Lei Paulo Delgado” ou “Lei da Saúde Mental”, prevê três modalidades de internação para os portadores de transtorno mental (aqui incluídos os pacientes que fazem uso nocivo e/ou uso com dependência de substâncias psicoativas [SPAS]) [1]:

1. Internação voluntária – é a que ocorre quando a pessoa solicita voluntariamente sua internação, ou a consente, devendo assinar, no ato da admissão, uma declaração de que optou pelo tratamento como internado.
2. Internação involuntária – é a que ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro (familiar, responsável legal ou especialista responsável pelo tratamento). Este tipo de internação (assim como a sua alta) deve ser comunicado ao Ministério Público pelo responsável técnico da instituição em que o mesmo ocorrer no prazo máximo de 72 horas.
3. Internação compulsória– é a que ocorre sob determinação da Justiça. É determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento de internação, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Durante as internações (sejam de quaisquer das modalidades já citadas), casos de evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave ou falecimento devem ser comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares ou ao representante legal do paciente, **bem como à autoridade sanitária** responsável no prazo máximo de 24 horas.

Também é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares/manicomiais, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos para atenção psicossocial e que não assegurem aos pacientes a assistência integral com prestação de serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.

Atualmente, autoridades médicas, sanitárias, policiais, judiciais, políticas, a sociedade em geral, a mídia têm debatido de forma muito intensa as internações compulsórias para dependentes químicos. Alguns argumentos deste debate permitem uma reflexão sobre as implicações da internação compulsória como política pública.

Quadro 1: Alguns argumentos para reflexão da inadequação da internação compulsória como política pública

Se por um lado...

1. A DQ é um transtorno cronicamente recorrente com dois componentes principais: impulsividade e compulsividade, sendo que isto pode comprometer a capacidade de julgamento/decisão do usuário...
2. O processo de desintoxicação, quando muito sintomático, pode ser obstáculo ao ingresso no tratamento sendo o ambiente de internação a melhor opção para o início do tratamento...
3. As internações devem ser mais longas que aquelas de curta duração (com objetivo de desintoxicação e/ou estabilização clínica) para que o sujeito tenha tempo de aprender novas habilidades e se adaptar para viver sem a droga.
4. O consumo de SPAS vem aumentando assim como os índices de violência em nosso país...

...por outro:

- A. ...nem todo usuário apresenta esse grau de comprometimento psíquico devendo os casos serem analisados individualmente para definir-se a real necessidade da involuntariedade /compulsoriedade da internação.
- B. ...os lapsos e recaídas fazem parte da história natural da doença. Assim, esses pacientes seriam internados toda vez que voltassem a consumir a SPA independente do tipo de uso (padrão de consumo)?
- C. ...a adicção é de origem multifatorial e após o processo de desintoxicação, a abordagem multiprofissional/ intersetorial será necessária para manutenção da abstinência ou de um padrão de consumo com menor risco. E para isso, a voluntariedade é muito importante.
- D. ...as possibilidades de reabilitação psicossocial dependerão de escolaridade, formação e habilidades pessoais e interpessoais do usuário, vínculos sociais e familiares, grau de motivação e prontidão para a mudança. Qual a eficácia de uma determinação judicial para o retorno a escola de um adolescente de 17 anos, com ao menos 4,5 anos de atraso escolar e que ainda é um analfabeto funcional? Como reintegrar crianças a famílias sem estrutura de acolhê-las e educá-las? Outras políticas, além das de Saúde são necessárias a este processo.

<p>5. Internações de longo prazo são importantes para o alcance e manutenção da abstinência...</p> <p>6. Omissão de socorro é crime!</p> <p>7. Famílias que têm condição internam seus parentes, enquanto os que dependem do SUS sofrem aguardando uma vaga para internação...</p> <p>8. E se fosse seu filho?...</p>	<p>E. ...a abstinência em um “ambiente artificial” onde os fatores que propiciam o uso da SPA/recaídas estão ausentes é mais factível que na “vida real”. Isto não irá garantir a abstinência ou mudança de padrão de consumo após a alta.</p> <p>F. ...apenas internar o usuário e não lhe garantir assistência após sua alta, ou possibilidade de reinserção social não é socorro à saúde.</p> <p>G. ...é fundamental a garantia de leitos integrais para todos que deles necessitem (assistência universal, integral e equânime), mas a assistência à DQ necessita ocorrer em múltiplos níveis de complexidade.</p> <p>H. ...e se fosse seu filho?</p>
---	---



Convido você a fazer sua primeira pausa para reflexão e compreensão das informações lidas e discutidas acima (textos e sala de aula).

1. Cite as exigências previstas na legislação para os casos de internação de usuários de drogas.
2. O que a legislação considera como “instituições com características asilares/manicomiais”? Você conhece e poderia descrever uma instituição para “recuperação” de usuários de drogas com essas características?
3. Cite pelo menos dois aspectos técnicos da argumentação da inadequação da internação compulsória como política pública?

Certifique-se de ter dominado o conteúdo da Seção 01, pois na próxima você aprenderá sobre os critérios de internação de usuários de drogas e sobre as unidades onde a internação poderá ocorrer.

Como visto no capítulo “CONCEITOS EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA”, a DQ ou **Adicção** se caracteriza por (1) compulsão na procura e ingestão da droga, (2) perda do controle sobre o consumo, e (3) surgimento de um estado emocional negativo (e.g., disforia, ansiedade, irritabilidade) quando da redução ou interrupção do consumo da substância, que reflete um estado motivacional de abstinência. Trata-se de um transtorno cronicamente recorrente [2,3] assim como o são outros problemas de saúde, por exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM) e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Esta semelhança nos faz indagar: é plausível imaginar alguém internado por meses, anos devido a qualquer uma destas doenças na ausência de gravíssimas complicações clínicas? Se você seguramente disse que não, o mesmo deveria dizer em relação à DQ, pois a ocorrência de lapsos e recaídas, por si só, não indicam a internação do usuário.

E as comparações continuam: em 2000, o renomado Jornal Americano de Medicina publicou uma revisão que mostra que 30 a 50% dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus Insulinodependentes e 50 a 70% dos pacientes portadores de HAS e Asma têm recorrência dos sintomas dentro do período de 1 ano, com necessidade de tratamento adicional para remissão de seus sintomas [4]. Segundo a mesma revisão, a taxa de recaídas em 1 ano para os dependentes químicos varia entre 40 e 60%, ou seja, as taxas são muito semelhantes àquelas apresentadas por portadores de outras doenças crônicas que necessitam de mudanças nos hábitos de vida e adesão ao tratamento medicamentoso [4].

A legislação brasileira atualmente prevê que a indicação de internação, em qualquer de suas modalidades (voluntária, involuntária e compulsória) só deverá ser indicada quando os recursos extra hospitalares mostrarem-se insuficientes [1]. Aqui, deve-se observar que há um atraso desta legislação em relação à oferta atual de leitos para acolhimento de usuários de crack, álcool e outras drogas, pois ela separa os recursos em hospitalares e extra hospitalares.

Poderá ser visto adiante que são variadas as possibilidades de leitos para internação para tratamento da dependência. A escolha do melhor local para internação/acolhimento do usuário, dependerá da análise da “insuficiência” dos ditos recursos extra hospitalares como a atenção primária, os ambulatórios de saúde mental, ambulatórios de Psiquiatria, os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), centros de convivência, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), albergues, abrigos, casas lares, grupos de ajuda mútua...

E como avaliar esta insuficiência?

Através da análise individual de cada caso e das complicações biopsicossociais que o determinado padrão de uso da SPA gerou. Dito de outra forma: cada caso é único e uma modalidade de tratamento pode ser adequada e eficaz para um determinado caso, mas não para outro. Critérios biológicos são importantes para determinar se a internação será necessária (a presença de complicações clínicas advindas do consumo da SPA e a gravidade das mesmas); além do nível de complexidade do leito necessário para que ela seja realizada. No entanto, mesmo na ausência de complicações clínicas do uso de SPAS, pode ser bem indicada uma internação para um usuário em grande vulnerabilidade social (e.g., em situação de rua, ou sob ameaça de morte na localidade onde mora), o que pode impedir seu comparecimento ao tratamento ambulatorial.

Assim, atualmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem se organizado de forma a oferecer ao usuário de SPAS que necessite de internação, modalidades diversas de leitos em diferentes níveis de complexidade [5]. Leitos de Acolhimento Noturno nos CAPS AD 24 horas [6,7], Atenção Residencial de Caráter Transitório: leitos em Unidades de Acolhimento [8] e em Comunidades Terapêuticas[9], além dos leitos em Hospitais Gerais [10,11] fazem parte, em conjunto com a urgência e emergência, dos níveis mais complexos de intervenção da Rede de Atenção AD.

SEÇÃO 3 – CARACTERÍSTICAS DOS LEITOS PARA INTERNAÇÃO

A seguir, são descritas as características principais de cada leito, nos diferentes serviços, sendo expostos, em paralelo, principais critérios biopsicossociais para a internação em cada tipo de leito.

A. LEITOS DE ACOLHIMENTO NOTURNO EM CAPS AD III: O CASO DO CPTT (CENTRO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE TOXICÔMANOS) – CAPS AD III – VITÓRIA – ES

O CPTT funciona desde 1992 na Ilha de Santa Maria em Vitória – ES e, desde dezembro de 2011 funciona como CAPS AD III. Para tal foi construído pela equipe multidisciplinar que atua no serviço um Projeto de Funcionamento do Serviço no qual constam as principais indicações e contraindicações para acolhimento de usuários nos leitos de permanência 24 horas [12].

● CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DE ASSISTÊNCIA 24H:

- Dependência de álcool e outras drogas, com objetivo de desintoxicação e tratamento da dependência, caso a rede psicossocial não seja suficiente para tratamento ambulatorial;

- Síndrome de abstinência leve, sem rede psicossocial suficiente e/ou com alta exposição à droga;
- Síndrome de abstinência moderada, sem fatores de risco de agravamento e/ou comorbidades que necessitem de assistência hospitalar;
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Voluntariedade e anuência quanto às normas do serviço;
- Profissional de referência e projeto terapêutico definidos;
- A duração da internação é de 15 dias, prorrogáveis por mais 15.

OBSERVAÇÕES:

- Não são acolhidas internações compulsórias;
- Não são acolhidos portadores de doenças infectocontagiosas fora de tratamento;
- Não são acolhidos casos de síndrome de abstinência grave ou de pacientes portadores de comorbidade clínica e/ou psiquiátrica que indique internação hospitalar.

Poderão necessitar de tratamento de urgência/emergência casos inicialmente classificados como Síndrome de Abstinência Leve/Moderada que apresentem evolução desfavorável com complicações como:

1. Agitação psicomotora intensa;
2. Ansiedade generalizada intensa;
3. Comprometimento crítico da realidade ou quadro delirante /alucinação com agitação psicomotora;
4. Desorientação têmporoespacial;
5. Sensibilidade visual intensa;
6. Quadros epileptiformes agudos;
7. Tremores generalizados;
8. Sudorese profusa;
9. Cefaléia;
10. Náuseas com vômitos.

Além das complicações que possam ser advindas da dependência química e/ou síndrome de abstinência, os pacientes poderão necessitar de atendimento de urgência/emergência para casos clínicos diversos como:

1. Dor moderada/severa refratária a analgésicos orais;
2. Febre persistente sem resposta a antitérmicos orais;
3. Vômitos e diarreia acompanhados de desidratação;
4. Hemorragia digestiva alta ou baixa com ou sem repercussão hemodinâmica;
5. Crise hipertensiva;
6. Crise de asma;
7. Alergias sistêmicas;
8. Hipo/hiperglicemia;
9. Dor torácica/abdominal a esclarecer;
10. Descompensação metabólica ou cardíaca;
11. Cólica nefrética;
12. Quadros infecciosos que necessitarão de propedêutica de urgência (laboratorial e/ou radiológica);
13. Rebaixamento de nível de consciência;
14. Investigação laboratorial de urgência das funções cardíaca, pulmonar, renal, hepática;
15. Outros quadros clínicos que necessitem de atendimento em maior nível de complexidade quando indicado após avaliação de enfermagem e/ou médica.

B. SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – SHR ad [10,11]

Estes leitos ficam reservados para casos de intoxicação aguda, para casos de maior complexidade clínica ou psiquiátrica e para aqueles em que a síndrome de abstinência apresenta-se de forma grave. Assim, os critérios para indicação desse tipo de leito são tipicamente biológicos.

Localizam-se em enfermarias especializadas para o tratamento decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral. O cuidado ofertado deve ser articulado com o Projeto Terapêutico Individual (PTI) desenvolvido pelo serviço de referência do usuário se ele for encaminhado de um ambulatório, ou de um CAPS AD e a internação deve ser de curta duração até a estabilização clínica.

A duração da internação é de 24 a 48 h para quadros de intoxicação aguda, de 3 a 7 dias para quadros de síndrome de abstinência não complicada e de 3 a 15 dias para quadros de síndrome de abstinência complicada ou síndrome de dependência com complicações clínicas e/ou psiquiátricas que demandem maior tempo para estabilização.

Os SHR ad deverão contemplar em seu projeto técnico as seguintes atividades:

- a - avaliação clínica, psiquiátrica, psicológica e social, realizada por equipe multiprofissional, devendo ser considerado o estado clínico / psíquico do paciente;
- b - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- c - atendimento em grupo (psicoterapia, orientação, atividades de suporte social, entre outras);
- d - abordagem familiar, à qual deve incluir orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento em dispositivos extra hospitalares;
- e - quando indicado, integração com programas locais de redução de danos, ainda durante a internação;
- f - preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo obrigatoriamente a sua referência para a continuidade do tratamento em unidades extra hospitalares da rede local de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD, ambulatórios, UBS/USF), na perspectiva preventiva para outros episódios de internação;
- g - mediante demandas de ordem clínica específica, estabelecer mecanismos de integração com outros setores do hospital geral onde o SHR ad estiver instalado, por intermédio de serviços de interconsulta, ou ainda outras formas de interação entre os diversos serviços do hospital geral;
- h - deve ser garantida a remoção do usuário para estruturas hospitalares de maior resolutividade e complexidade, devidamente acreditados pelo gestor local, quando as condições clínicas impuserem tal conduta;
- i - utilização de protocolos técnicos para o manejo terapêutico de intoxicação aguda e quadros de abstinência decorrentes do uso de substâncias psicoativas, e complicações clínicas/psíquicas associadas, devendo orientar-se pelas diretrizes "Identificação e manejo dos transtornos associados ao uso de crack/cocaína", do Ministério da Saúde;
- j- utilização de protocolos técnicos para o manejo de situações especiais, como, por exemplo, a necessidade de contenção física; e
- k - estabelecimento de protocolos para a referência e contra-referência dos usuários, o que deve obrigatoriamente comportar instrumento escrito que indique o seu destino presumido, no âmbito da rede local / regional de cuidados.

C. ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO: UNIDADES DE ACOLHIMENTO (UA)

Nessas UA's são oferecidos cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em **ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, em situação de acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar** [8].

O tempo de permanência em uma UA é de até 6 meses. São previstas as modalidades adulto (10 a 15 vagas) e infanto-juvenil (10 vagas) [8]. O acolhimento neste ponto de atenção será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência (porta de entrada) que será responsável pela elaboração do PTI do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de Saúde (isto porque a legislação prevê a constituição, na Atenção Primária, de uma Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório: UA's e CT's) [5].

O Projeto Terapêutico Individual (PTI) será formulado no âmbito da UA com a participação do CAPS AD, devendo-se observar as seguintes orientações [8]:

I - acolhimento humanizado, com posterior processo de grupalização e socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas;

II - desenvolvimento de ações que garantam a integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar;

III - desenvolvimento de intervenções que favoreçam a adesão, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas;

IV - acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família;

V - atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros, de acordo com o PTI;

VI - atendimento em grupos, tais como psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos, entre outros;

VII - oficinas terapêuticas;

VIII - atendimento e atividades sociais, familiares e comunitárias;

IX - promoção de atividades de reinserção social;

X - articulação com a Rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, com o objetivo de possibilitar ações que visem à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída;

XI - articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda; e

XII - saída programada e voltada à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda.

Desse modo, as UA's atuam como local de abrigamento transitório (sob gestão da Saúde e não da Assistência) para adolescentes e adultos com graves problemas sociais decorrentes do uso de SPA's, que estarão inseridos no tratamento em um CAPSII, III ou CAPSi ad (modalidade não cadastrada no

Ministério da Saúde, mas que vem sendo instituída em vários municípios. No Estado do Espírito Santo há um CAPS ad i implantado no município de Vitória e um em implantação no município de Serra). Pessoas em situação de grande vulnerabilidade social, como os moradores de rua, ou em que seu local de moradia seja fator de risco para o abuso/dependência de SPA's, que estejam sob ameaça, sem suporte social e familiar são o público principal desta modalidade de internação.

D. ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO: COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (CT'S)

Serviço de Saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta Instituição funciona de forma articulada com:

- (1) a atenção básica - que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários;
- (2) o Centro de Atenção Psicossocial que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante este período, pelo planejamento da saída e pelo seguimento do cuidado, bem como, participar de forma ativa da articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

As indicações de internação em CT são semelhantes àquelas para as UA's, isto porque, em acordo com a normativa atual, as Comunidades Terapêuticas aproximam-se mais de um equipamento de abrigamento que de um equipamento de saúde, haja vista o tratamento estar baseado na convivência entre os pares e não em uso de medicações e técnicas de reabilitação psicossocial [9].

Cada residente deve ter uma ficha em que são registradas as atividades desenvolvidas durante o período da internação [9]:

- I – horário do despertar;
- II – atividade física e desportiva;
- III – atividade lúdico-terapêutica variada;
- IV – atendimento em grupo e individual;
- V – atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;
- VI – atividade que promova o desenvolvimento interior;
- VII – registro de atendimento médico, quando houver;
- VIII – atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;
- IX – participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;
- X – atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;

XI – atendimento à família durante o período de tratamento;

XII – tempo previsto de permanência do residente na instituição;

XIII – atividades visando à reinserção social do residente.

Apesar de listar todas estas atividades, a legislação é omissa na descrição da composição da equipe técnica, na formação mínima necessária para a composição desta equipe, na proporção entre o número de técnicos e internos, na descrição das atividades a serem desenvolvidas com os internos, no número máximo de internos por instituição e no tempo máximo de permanência em internação. Diz que a instituição necessita possuir um responsável técnico pela mesma, de formação superior, porém de qualquer área, mesmo que **não** da Saúde.

Atualmente a legislação prevê a celebração de convênios (com compra de leitos) entre os Municípios / Distrito Federal e CT's desde que respeitados alguns critérios como:

- Adequação da CT às normas da ANVISA [9];
- Existência de Rede Psicossocial no Município com CAPS AD, UA e SHR ad

Fica a reflexão: é necessário o investimento de recursos públicos em instituições privadas, que são, em nosso Estado, em geral religiosas e marcadas por serviço voluntário [14], orientadas por uma legislação com tantos pontos obscuros e funcionando em local cuja Rede AD esteja composta por Atenção Primária, CAPS AD, SHR AD e UA?



Convido você a fazer sua primeira pausa para reflexão e compreensão das informações lidas e discutidas acima (textos e sala de aula).

1. Construa um quadro-comparativo das unidades de internação para usuários de drogas previstas na legislação: tipo, objetivo, duração da internação, atividades típicas.
2. Pesquise uma unidade de internação de usuários de drogas existente no seu município e faça um relato crítico da realidade dessa unidade a partir das previsões da legislação.
3. Baseando-se em uma avaliação da suficiência/insuficiência de um serviço hipotético de Atenção Primária e nos critérios biopsicossociais para internação, descreva e justifique dois casos de usuários de cocaína: 1) um para o qual a Atenção Primária é suficiente e 2) outro para o qual essa atenção é insuficiente.
4. Como funciona a Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório (UA's e CT's) do seu município?

Caso seja necessário, reveja a seção anterior antes de prosseguir à seguinte, que discute os critérios para a alta de usuários de drogas.

Os procedimentos para alta diferem de acordo com a modalidade de internação:

1. Internação voluntária - a alta ocorre por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.
2. Internação involuntária - a alta ocorre por solicitação escrita do familiar, responsável legal ou especialista responsável pelo tratamento;
3. Internação compulsória - a legislação não especifica a forma que ocorre a alta nesta modalidade de internação. Na prática, aquele que é internado por ordem de um juiz depende de outra ordem judicial, de mesma característica para que seja realizada sua alta. Com isso, muitos usuários acabam permanecendo em leitos hospitalares e clínicas para tratamento de dependentes químicos por longos períodos, mesmo sem haver indicação técnica para tal procedimento.

Para as internações voluntárias e involuntárias, a alta será indicada preferencialmente por uma equipe multidisciplinar que esteja acompanhando o usuário durante a sua internação, independente do local em que o leito esteja localizado (hospital, CAPS AD III, comunidade terapêutica, unidade de acolhimento). Assim, médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, dentre outros profissionais que compõem a equipe de assistência de determinado serviço, deverão observar se o fato que gerou a internação encontra-se atenuado/resolvido. Por exemplo, aquela internação gerada a partir de uma complicação clínica ou psiquiátrica, ou motivada pela necessidade de desintoxicação deverá encerrar-se a partir da estabilização do quadro. Já aquela gerada por situação de risco social ou vulnerabilidade psicossocial encerra-se a quando são encontradas alternativas de proteção para o usuário. Importante observar que o tratamento não estará concluído com a alta do usuário, nem tampouco, limita-se à mesma. Na verdade, este será o ponto de partida para um PTI de médio ou longo prazo, que começa a ser construído no momento da internação, ou que é composto por ela. No momento da alta, recursos da Saúde serão necessários como o acompanhamento do usuário em CAPS ad, ambulatórios especializados (Gastroenterologia/Hepatologia, Neurologia, Psiquiatria), Estratégia de Saúde da Família, Hiperdia...mas também recursos da Educação (e.g., reintegração de adolescentes ao ambiente escolar, ensino profissionalizante), da Assistência Social (CRAS, CREAS, abrigos), Organizações não-Governamentais (e.g., Programa de Proteção à Criança Ameaçada de Morte – PPCAM), Centros de Convivência, a família, enfim, os recursos que sejam necessários à preservação da integridade do usuário e da possível reinserção social do mesmo. Desta forma, é preciso ter em mente que a internação, dentro do tratamento da adicção, é apenas a “ponta do iceberg”.



Vamos verificar sua compreensão

1. Quais são os critérios para a alta de usuários de SPAS? Justifique a participação da equipe multidisciplinar na indicação da alta.



Você poderá, nesse espaço, avaliar o que aprendeu com a leitura e discussão desse Capítulo.

Você...

- 1- Sente confiança para citar e explicar os tipos de internação previstos na legislação em Saúde Mental?
- 2- Sabe das exigências para uma internação de um usuário de SPAS?
- 3- Sabe listar as unidades de internação para usuários de drogas previstas na legislação?
- 4- Sabe quais unidades de internação de usuários de drogas existem em seu Município?
- 5- Sente confiança apontar tecnicamente a suficiência ou insuficiência do seu serviço para a assistência ao usuário de drogas?
- 6- Saberria opinar sobre a alta de um usuário de drogas, caso fosse membro de uma equipe multiprofissional de uma unidade de internação?
- 7- Considerando o objetivo deste capítulo, de permitir que você conheça tipos, critérios e unidades para a internação de usuários de drogas, que nota de 0 a 10 você daria para o seu aprendizado?



Referências

1. LEI Nº 10216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.
2. KOOB GF. Neurobiology of addiction. *Addiction*. 2006; 101 (Suppl. 1), 23–30.
3. KOOB GF, VOLKOW ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*. 2010; 35, 217-238.
4. MCLELLAN, AT, LEWIS DC, O'BRIEN CP et al., Drug Dependence, a Chronic Medical Illness: Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *JAMA*. 2000; 284(13): 1689-1695.
5. PORTARIA Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
6. PORTARIA Nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III.
7. PORTARIA 130 de 26 de janeiro de 2012. Redefine o centro de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS ad III) e os respectivos incentivos financeiros.
8. PORTARIA Nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
9. ANVISA – Resolução RDC nº 29 – 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
10. PORTARIA Nº 1.612 de 09 de setembro de 2005. Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento / Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.
11. PORTARIA Nº 2.842, de setembro de 2010. Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHR ad.
12. PROJETO DE FUNCIONAMENTO (FLUXOGRAMA) DO CPTT – CAPS AD III – VITÓRIA – ES, disponível impresso na Unidade de Saúde, Vitória, 2011.
13. FIGLIE NB, BORDIN S, LARANJEIRA R. Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo: Roca, 2004; 253-254.
14. SILVA, J. A.; GARCIA, M.L.T. As comunidades terapêuticas de tratamento de dependentes químicos no estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, v.53, n. 4, p. 243-252, ago/2004.



CRRESCE

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Capítulo 4

ANÁLISE DE FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO PARA O USO DE DROGAS

Elizeu Borloti



ANÁLISE DE FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO PARA O USO DE DROGAS

Elizeu Borloti¹

Programa de Pós-Graduação em Psicologia PPGP/UFES

Caro(a) aluno(a):

Toda pessoa está mais ou menos vulnerável ao uso de drogas lícitas e/ou ilícitas. Algumas pessoas podem ter maior probabilidade de usar drogas no padrão de abuso e outras, no de dependência. Em oposição, outras pessoas apresentam uma probabilidade muito baixa de usar drogas ou de se tornarem dependentes. Por que isto acontece? Quais são os fatores que colocam nós mesmos, nossos filhos, cônjuges, parentes, amigos e pacientes em situação de risco ou de proteção para o uso de drogas? Como estas perguntas podem ajudar nossa atividade profissional?

Este capítulo responde a estas e a outras perguntas. Seu objetivo é ensinar você a analisar os fatores de risco e de proteção para o uso de drogas.

Nas seções seguintes você: 1) saberá o que é um fator de risco ou de proteção para o uso de drogas; 2) aprenderá quais são e como analisar os fatores de risco e de proteção para o uso de drogas: família, comunidade, amigos/pares, escola/faculdade e indivíduo; 3) dominará uma forma de mapear a rede social de uma pessoa para avaliar a presença de fatores de risco e de proteção para o uso de drogas nessa rede; 4) aprenderá como trabalhar valores humanos (com destaque para a espiritualidade) com usuários de drogas, entendendo sua importância como fatores de proteção para o uso de drogas; e, por fim, 3) saberá porque adolescentes, mulheres e idosos são populações mais vulneráveis a alguns dos fatores de risco para o uso de drogas.

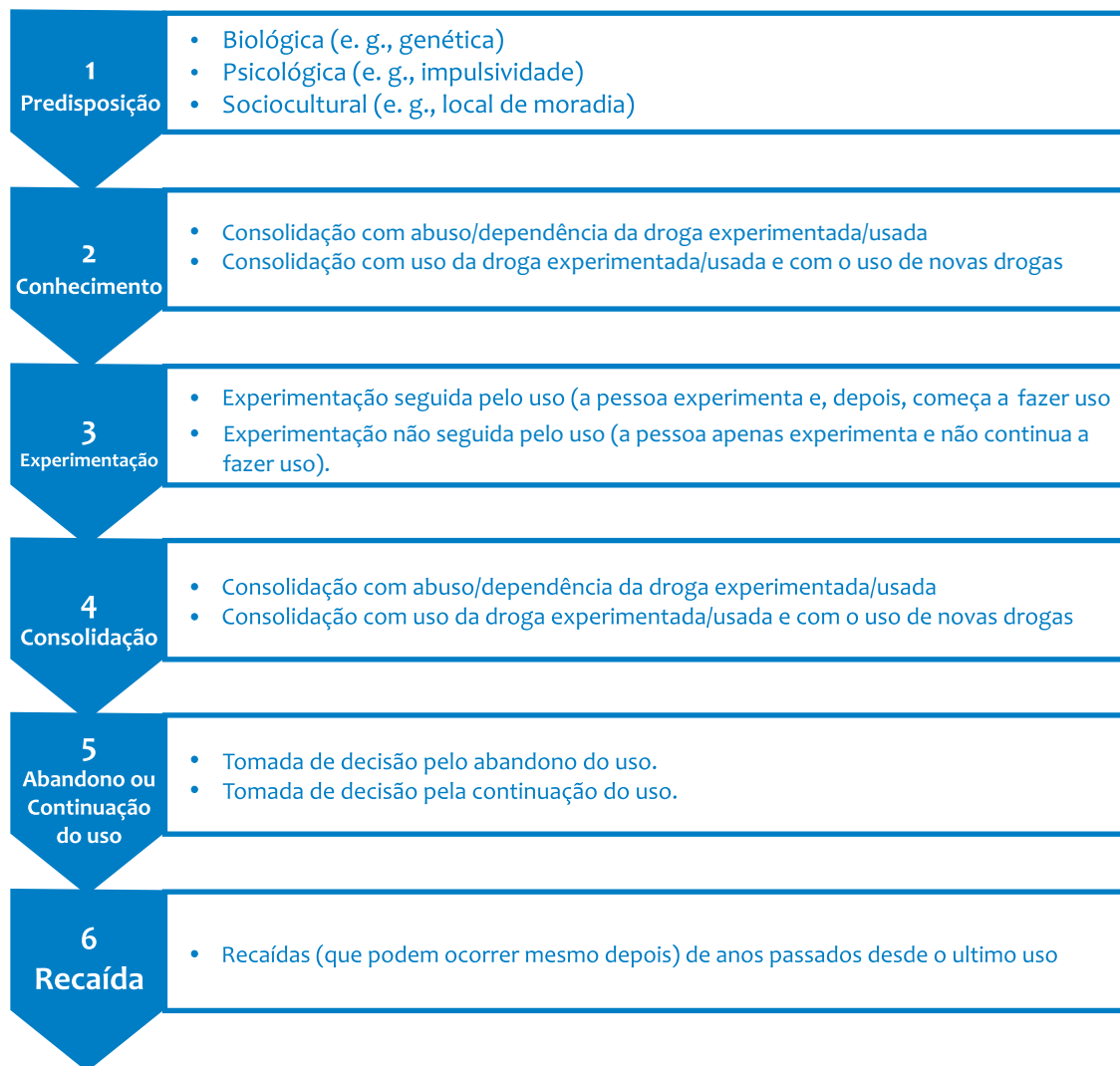
Este capítulo foi construído com muita dedicação e carinho, pensando em sua aplicabilidade imediata. Espero que ele possa ser útil ao seu trabalho na assistência à população em diferentes níveis, em especial na prevenção do uso de drogas na comunidade e na ajuda aos usuários que precisam prevenir recaídas no uso de drogas.

Vamos à leitura!

1. Psicólogo, Doutor em Psicologia, Especialista em Dependência Química e em Terapia Comportamental e Cognitiva, Professor da UFES/PPGP, Coordenador Geral e Professor do CRRESCES.

Seção 1: Definição de fator de risco e de proteção para o uso de drogas

O processo de desenvolvimento do comportamento de usar drogas é complexo e passa por seis etapas [1]



Há fatores que podem favorecer a ocorrência de cada etapa; e eles são bem visíveis em algumas delas, mais do que em outras [2]. Na etapa 5, por exemplo, a decisão entre abandonar ou continuar o uso se relaciona, respectivamente, com a presença de fatores de proteção e de risco psicossociais (incluindo os fatores do tratamento, que visam a evocação da decisão pelo abandono do uso ou pela redução da frequência de uso ou dos danos do uso). Na etapa 3, em especial, fatores de risco ou de proteção podem favorecer a “escolha” entre: 1) experimentar a droga e não continuar com o uso ou 2) experimentar e continuar com o uso frequente, que pode se consolidar como abuso ou dependência.

A escolha de uma ou outra opção está relacionada com um número de fatores de risco e de proteção (constitucionais, familiares, emocionais e interpessoais, intelectuais e acadêmicos), ligados à adolescência e ao início da idade adulta, que são, normalmente, as fases do desenvolvimento em que se inicia o consumo de substâncias [2: 46].

Fator é qualquer elemento que contribua para um resultado [3]; no caso que interessa aqui, é qualquer elemento que contribui para o uso de drogas. Assim, fator de risco é “um atributo e/ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que aumenta a probabilidade de uso e/ou abuso de drogas (início) ou uma mudança no nível de envolvimento com as mesmas” [4: 15]². Exemplos: ambiente familiar sem regra de disciplina ou crenças comunitárias favoráveis ao uso.

Em oposição, fator de proteção é “um atributo e/ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que inibe, reduz ou atenua a probabilidade de uso e/ou abuso de drogas ou uma mudança no nível de envolvimento com as mesmas” [4: 15]. Exemplos: resistência à pressão dos colegas para experimentar a droga ou espiritualidade.

Fatores ou “gatilhos”?

Fatores de risco são diferenciados de estímulos discriminativos² ou condicionais³, conhecidos popularmente como “**gatilhos**”, porque parecem “disparar” o uso. Esses estímulos adquirem suas funções durante a aprendizagem do comportamento de usar drogas, por condicionamento operante e pavloviano combinados [5]⁴, e estão presentes como **situação antecedente imediata** ao uso. Conhecer os “gatilhos” particulares de cada usuário de drogas é fundamental para muitas estratégias de tratamento comportamental da dependência química, por exemplo, o autocontrole e a prevenção de recaídas.

“Gatilhos” podem ser eventos **públicos/externos** específicos presentes num momento qualquer (e. g., o melhor amigo, o bar da praia, a pimenta, o entardecer, o sábado à noite, a namorada nua, uma perda financeira, um acidente de moto, a pressão da família, um conflito conjugal, o cheiro da droga, o pó de cocaína, o “avião”, a fumaça do cigarro, etc.). Da mesma forma, podem ser privados/internos, também específicos e parte do momento, do tipo sentimento ou pensamento (e. g., felicidade, “fissura”, tédio, raiva, ideia, dor, imagem, sensação, convicção, etc.) que foram/são pareados continuamente com o uso de drogas e com os efeitos do uso.

Com base nas pesquisas comportamentais sobre recaídas [6; 7], a Psicologia desenvolveu algumas ferramentas para a análise desses “gatilhos”. O *Inventário de Situações de Uso de Drogas* é um bom exemplo [8]⁵. É um questionário autoaplicado que fornece um perfil das **oito situações típicas de alto risco para o uso de drogas**: 1) emoções desagradáveis, 2) desconforto físico, 3) emoções agradáveis, 4) testagem do autocontrole, 5) impulsos e tentações, 6)

2. Estímulos que sinalizam a ocasião favorável ao comportamento de usar a droga; ou sinalizam o momento em que ele produzirá a consequência que costuma produzir.

3. Estímulos que eliciam a “vontade” de usar.

4. Se o uso ocorrer temporalmente próximo a um objeto, evento, acontecimento ou situação, esses podem se tornar “gatilhos” (isto é, estímulos discriminativos e/ou condicionais) para o uso [5].

5. Tradução para “Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS-8)” [8].

conflito com os outros, 7) pressão social para usar drogas e 8) momentos agradáveis com os outros.

Para tornar mais clara a diferenciação, “gatilhos” do uso são situações pontuais e fatores de risco para o uso são situações constantes. Entretanto, podem estar relacionados. A privação econômica, por exemplo, é um fator comunitário de risco para o uso de drogas; a perda do emprego (acontecimento público) e o sentimento gerado por este fato (acontecimento privado) podem ser “gatilhos” do uso.

Por que analisar fatores de risco e de proteção?

A justificativa da análise de fatores de risco e proteção em dependência química se deve aos seguintes fatos[2]:

1. Um único fator de risco pode ter muitos resultados.
2. Vários fatores de risco e proteção podem ter impacto em um único resultado.
3. O abuso de drogas pode afetar fatores de risco e proteção.
4. A relação entre fatores de risco e proteção e a transição do uso para o padrão de abuso/dependência de drogas são influenciadas pelas regras relacionadas à idade de pessoa.

Princípios gerais na análise de fatores de risco para o uso de drogas [2; 4]:

1. Fatores de risco podem estar presentes ou não em um caso concreto.
2. A presença de um único fator de risco não significa ocorrência do uso arriscado de drogas e a sua ausência não significa a não ocorrência.
3. A probabilidade do abuso de drogas é diretamente relacionada ao número de fatores de risco presentes, embora este efeito aditivo dependa da natureza, do conteúdo e da quantidade desses fatores.
4. Fatores de risco e proteção têm múltiplas dimensões que influenciam de forma independente e global o uso arriscado de drogas.
5. A intervenção direta para a inibição é possível em alguns fatores de risco; em outros, é possível apenas atenuar sua influência.



Ao fim desta primeira seção, eis o momento de refletir sua compreensão acerca do que você acabou de estudar.

1. Enumere as seis etapas do desenvolvimento do comportamento de usar drogas.
2. O que é um fator de risco para o uso de drogas?

3. Você sabe a diferença entre um fator de risco e um “gatilho” para o uso de drogas? Dê exemplos diferentes dos que você leu.

4. Por que é importante saber analisar fatores de risco e de proteção para o uso de drogas?

5. Você sabe explicar um princípio da análise de fatores de risco e de proteção para o uso de drogas?

Certifique-se de ter aprendido o que é um fator de risco/proteção e o porquê de analisá-los, uma vez que a seção seguinte irá descrever com detalhes todos esses fatores, os gerais e os específicos.

Seção 2: Análise dos fatores de risco e de proteção

Os fatores de risco e de proteção para o uso arriscado de drogas se incluem em duas grandes categorias: os individuais e os sociais. Risco e proteção são como “as duas faces de uma mesma moeda”. A “moeda” é o fator geral (e. g., família) que pode ter um fator específico que se configura como risco ou proteção (e. g., expectativas altas/baixas em relação aos filhos).

Há cinco fatores gerais de risco/proteção: família, comunidade, amigos/pares, escola/faculdade e indivíduo. Para cada um deles, a Psicologia identificou os mais relevantes fatores de risco e proteção específicos (Tabela 1) [1].

Tabela 1: Fatores gerais e específicos de risco e de proteção ao uso arriscado de drogas

FATORES GERAIS	FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
FAMILIARES	Consumo de drogas pelos pais Baixa supervisão familiar Baixa disciplina familiar Conflitos familiares História familiar de comportamento antissocial (CAS) Atitudes parentais favoráveis ao CAS Atitudes parentais favoráveis ao uso de drogas Baixas expectativas para os filhos ou para o sucesso Abuso físico	Apego familiar Oportunidades de envolvimento na família Crenças saudáveis e claros padrões de comportamento Expectativas parentais altas. Um sentido de confiança positivo Dinâmica familiar positiva
COMUNITÁRIOS	Privação econômica e social Desorganização comunitária Mudanças de lugar Crenças, normas e leis favoráveis ao uso de drogas Disponibilidade e acessibilidade às drogas Baixa percepção social do risco de cada droga	Sistema de apoio externo positivo Oportunidade de participação ativa na comunidade Baixa acessibilidade às drogas Normas culturais que proporcionam altas expectativas aos jovens Redes sociais e sistemas de apoio dentro da comunidade

DOS AMIGOS E DOS IGUAIS	Atitudes favoráveis dos amigos ao uso de drogas Amigos que fazem uso de drogas CAS ou comportamento delinquente prematuro Rejeição por parte dos amigos	Apego aos iguais que não fazem uso de drogas Associação aos iguais envolvidos em atividades organizadas: educacionais, recreativas, religiosas, etc Resistência à pressão dos iguais, especialmente as negativas
ESCOLARES	Baixo rendimento acadêmico Baixo apego à escola Tipo e tamanho da escola (grande) CAS na escola	Escola de qualidade Oportunidades para o envolvimento em atividades pró-sociais Reforço/reconhecimento pelo envolvimento em atividades pró-sociais Crenças saudáveis e claros padrões de comportamento Cuidado e apoio dos professores e demais da equipe Clima institucional positivo
INDIVIDUAIS	Genética, sexo e idade favoráveis ao uso de drogas CAS Uso precoce de drogas Vivência de eventos traumáticos Atitude favorável ao uso de drogas Impulsividade e busca de sensações	Espiritualidade Crença na ordem social Desenvolvimento das habilidades sociais Crença na autoeficácia Habilidades de adaptação às mudanças Orientação social positiva Possuir aspirações de futuro Bom rendimento acadêmico e inteligência Resiliência

Fonte: [1].

A – Análise do fator família

A Tabela 2 mostra os aspectos do fator família a serem considerados na análise do seu potencial como risco ou proteção para o uso de drogas [2].

Tabela 2: Aspectos da família como fatores de risco e proteção para o uso de drogas

Aspecto da Família	Porque é importante	Evidência de relação com uso de droga
Vínculo de apego	Os tipos de vínculos de apego pais-filhos estão relacionados à formação da personalidade e ao repertório de enfrentamento de dificuldades.	Usar droga é uma estratégia inadequada de enfrentamento do estresse emocional, que pode estar relacionada a um apego inseguro [9].
Modo de criação	O peso do controle (C) e do calor humano (CH) na criação dos filhos se relaciona com tipos de personalidade dos filhos [10; 11] em quatro estilos básicos de criação: Autoritário ($\uparrow C \times \downarrow CH$); Permissivo ($\downarrow C \times \uparrow CH$); Democrático ($\uparrow C \times \uparrow CH$); Indiferente ($\downarrow C \times \downarrow CH$);	O predomínio do estilo democrático de criação diminui as chances do envolvimento dos filhos com drogas [12].
Clima	O clima emocional diz muito da dinâmica familiar, especialmente um clima carregado de emotividade negativa.	As dificuldades de controle emocional de mães se relacionam de forma direta com um maior consumo de drogas pelos filhos [13].

Disciplina	Deve haver consistência na aplicação de regras de conduta, implicação dos pais na educação e altas expectativas em relação aos filhos.	Inconsistência na aplicação ou ausência de envolvimento dos pais na aplicação da disciplina e expectativas baixas dos pais em relação ao comportamento dos filhos são variáveis que facilitam o uso de drogas [1].
Estrutura	O tamanho da família diz muito sobre o tamanho da rede social de apoio dos filhos e das condições de supervisão.	Adolescentes morando com apenas um dos pais, sem a convivência com o outro, têm mais chances de usar drogas [14].
Atitude	A atitude favorável ou não dos pais ao uso de drogas pode ser aprendida direta ou indiretamente pelos filhos.	Atitudes explícitas desfavoráveis ao uso de drogas ilícitas protegem os filhos do uso dessas drogas, mas pode ser um fator de risco para o uso de drogas lícitas, se não ficar clara qual é a atitude dos pais para com as drogas lícitas [15].
Doença mental	Problemas de saúde mental dos pais predis põem problemas de saúde mental nos filhos.	A presença de transtorno mental nos pais está correlacionada com o uso de drogas por seus filhos na adolescência [13]; Transtorno mental pelo uso de drogas e outros transtornos mentais quase sempre são comorbidades (ocorrem juntos) [16].

A proteção para o uso de droga advinda do fator família, portanto, está na segurança do apego familiar, no modo de criação que equilibra controle e afeto, num clima emocional positivo, na consistência disciplinar, no tamanho e na qualidade da rede social familiar, na atitude desfavorável ao uso de drogas pela família e na saúde mental dos pais.

B – Análise do fator comunidade

Na análise do fator comunidade devem ser considerados os seguintes aspectos [2]:

- 1. Privação social e desorganização da comunidade** (e. g., bairros muito pobres e sem recursos comunitários básicos)⁶;
- 2. Aculturação e emigração** (o estresse da mudança de um país para outro implica em risco para o uso);
- 3. Crenças e percepção de risco do uso de drogas** (há uma relação inversa entre a percepção do risco e o uso da droga: “quanto maior o risco percebido, menor será o consumo e vice-versa” [2: 53]);
- 4. Disponibilidade e acessibilidade da droga** (só se pode usar a droga se ela estiver disponível e acessível; quanto mais difícil de encontrar e cara, menor será o consumo, e vice-versa).

6. Este é um fator que, por si só, não explica o uso, mas o facilita pela presença de outros fatores de risco [1].

C – Análise do fator amigos/pares⁷

Há dois aspectos importantes na análise do fator amigos/pares [2]:

1. Aprendizagem social (é a “influência” dos amigos: eles instruem regras do tipo “quando-se-então”; ou podem⁸ ser modelos a partir de quem ocorre a aprendizagem do uso de drogas por observação).

2. Processo grupal (a inclusão no grupo pode influenciar o uso; a exclusão do grupo interfere na saúde mental, que aumenta o risco do uso de drogas)¹⁰.

A proteção para o uso de droga advinda do fator amigos/pares, portanto, está na inclusão a grupos de pares que favoreçam a amizade e a convivência com modelos para comportamentos saudáveis e atitudes pró-sociais.

D – Análise do fator escola/faculdade

Há quatro aspectos na análise do fator escola/faculdade [2]:

1. Qualidade da educação (uma educação integral de alta qualidade diminui a probabilidade de comportamentos-problema, dentre eles o uso de drogas; e o oposto também ocorre: ensino de baixa qualidade está relacionado à indisciplina).

2. Rendimento escolar (o fracasso escolar aumenta o risco do uso de drogas enquanto o sucesso escolar o diminui [19]).

3. Tamanho da escola (nas grandes escolas os professores não estão disponíveis para ajudar integralmente os alunos na resolução de problemas pessoais, o que aumenta o risco para o uso de drogas).

4. Nível de adaptação e motivação para estudar (uma escola não atraente aumenta a probabilidade de faltas por parte do aluno; e faltas oportunizam contingências para comportamentos-problema, dentre eles o uso de drogas [20]).

7. “Os irmãos podem ser considerados como um grupo especial de companheiros, cuja influência seria menor que a dos próprios companheiros, porém maior que a dos pais” [17: 262].

8. Exemplos: “quando estiver pra baixo, se você experimentar, vai se sentir melhor” ou “quando quiser pegar mais garotas, se você estiver tímido e cheirar, vai ficar mais confiante”.

9. Uma pesquisa na Inglaterra [18] mostrou que 12% dos usuários afirmam que o grupo de iguais influenciou diretamente o seu comportamento de usar drogas; para 24% deles, o melhor amigo também é usuário (contra apenas 3% para os que não usam). Portanto, “As atitudes dos amigos diante do uso, e a percepção que os adolescentes têm sobre essas atitudes, também é um fator de risco para o uso, ao incidir sobre as atitudes e comportamentos deles próprios” [2: 54].

10. “Vale destacar que o grupo e o apego aos iguais também pode ser um fator de proteção potente quando esses não usam drogas, fomentando um desenvolvimento de um estilo de vida saudável direcionado por valores e atitudes pró-sociais” [2: 54].

A proteção para o uso de droga advinda do fator escola/faculdade, portanto, está, a partir de uma atenção individualizada, na criação de oportunidades de participação significativa e reconhecida de cada educando nas atividades importantes da instituição educacional.

E – Análise do fator indivíduo

A Tabela 3 sintetiza os aspectos de risco ou proteção do fator indivíduo, de acordo com as pesquisas de diversas áreas da ciência [2].

Tabela 3: Aspectos do fator de risco/proteção indivíduo

Aspecto geral	Aspecto específico	Indicadores de risco/proteção
Biológico	Genética	Quando adotados, filhos de alcoolistas têm maior risco de serem alcoolistas do que os filhos de não alcoolistas [21]; a hereditariedade é maior na dependência do que no abuso/uso de drogas [22]; a genética influencia a passagem do uso ao abuso de drogas [23].
	Sexo e idade	A prevalência do uso de drogas ilegais é maior entre homens do que entre mulheres; e é maior entre jovens e adultos jovens (15 a 34 anos) do que entre adultos [1].
Psicológico	Saúde mental	A comorbidade (ocorrência conjunta) entre transtorno mental e transtorno pelo uso de drogas é comum, havendo uma influência bidirecional entre eles [16]; o alívio da depressão no início da adolescência está relacionado ao consumo de maconha [24].
	Comportamento antissocial	A presença de agressividade física em crianças e adolescentes está relacionada ao uso de drogas [25]; há associação frequente entre o transtorno antissocial e o uso de drogas [26].
	Uso precoce	Existe correlação entre o início do uso de drogas antes dos vinte anos e o uso atual [27; 28]; o consumo precoce de maconha é fator de risco para o uso de outras drogas ilegais [29]; o uso precoce de álcool e de tabaco tem sido associado ao uso de drogas ilegais [1].
	Infância traumática (e.g. abuso, orfandade, institucionalização)	Uma experiência traumática, como o abuso sexual, aumenta em três vezes o risco da dependência química [30]; se a experiência se repetir cinco ou mais vezes, o risco passa a ser sete-dez vezes maior [31]; quem viveu duas ou mais experiências traumáticas tem 1,37 vezes mais chances de ser dependente de álcool do que quem viveu uma ou nenhuma dessas experiências [32].
	Atitudes diante da droga	Atitudes favoráveis ao uso aumentam a probabilidade do uso [33].
	Traços de personalidade	Há uma clara relação entre uso e abuso de drogas e o traço <i>Impulsividade</i> , entretanto este traço também pode se dever ao uso/abuso [1]; o traço <i>Busca de Sensações</i> é fator de risco para o uso de drogas [29]; baixas pontuações neste traço se relacionam ao uso de álcool e maconha; e altas, às drogas estimulantes [34].

A proteção para o uso de droga advinda do fator indivíduo, portanto, está na ausência das pré-disposições biopsicológicas descritas na Tabela 3.



Primeira pausa para refletir

Depois de obter tanto conhecimentos, chegou o momento de refletir sua compreensão e aplicar o que aprendeu.



Vamos a mais uma pausa para refletir

1. Enumere os fatores de risco/proteção para o uso de drogas e explique pelo menos um de cada:

7 fatores da família;

4 fatores da comunidade;

2 fatores dos amigos/pares;

4 fatores da escola/faculdade;

8 fatores do indivíduo.

Pense num usuário de drogas do seu território ou serviço e liste os fatores de risco para o uso, agrupando esses fatores em sua respectiva categoria. Você consegue fazer uma análise desse caso com base nesses fatores?

Pessoas da família, da comunidade e da escola fazem ou podem vir a fazer parte da rede social de uma pessoa e influencia-la a usar drogas. Na seção seguinte você aprenderá sobre essa rede e saberá como mapear e analisar os vínculos que a caracterizam.

Seção 1: Nível da Promoção da Saúde: conceito e estratégias

Toda pessoa tem uma **rede social** (também chamada de rede social pessoal ou rede significativa): um conjunto de pessoas concretas com as quais interage regularmente e diretamente. Essa rede é definida por cada pessoa em particular e indica quais são, na visão dessa pessoa, as **relações de pertença** e **acolhimento significativas** para ela, que dão acesso a reforçadores afetivos (amor e outros sentimentos positivos) e materiais (recursos ou informações para acessá-los) para a ação na vida. Portanto, no planejamento e na execução de políticas públicas é preciso reconhecer a estreita relação entre a rede social e os fatores de risco e proteção.

A compreensão da rede social de uma pessoa que faz uso arriscado de drogas – ou que pretende deixar de fazer esse uso – é fundamental para o entendimento do que pode **facilitar a mudança do seu comportamento adictivo**. A análise da eficiência ou deficiência dessa rede ajuda a entender o quanto o comportamento adicto foi ou pode estar sendo predisposto pela exclusão social ou – na direção oposta e permitindo a previsão – o quanto pode estar predispondo essa exclusão [36].

Para prevenir ou tratar o uso arriscado de drogas e reabilitar ou reinserir socialmente a pessoa que faz este uso é preciso mapear a sua rede social, entendendo os tipos de vínculos que se estabelecem pelas funções que eles têm [37].

Os fatores sociais de risco e de proteção ao uso arriscado de drogas estão presentes na rede social (veja isto na Tabela 1) interagindo com os fatores individuais. Portanto, as políticas públicas reconhecem a estreita relação entre a rede social e os fatores de risco e proteção.

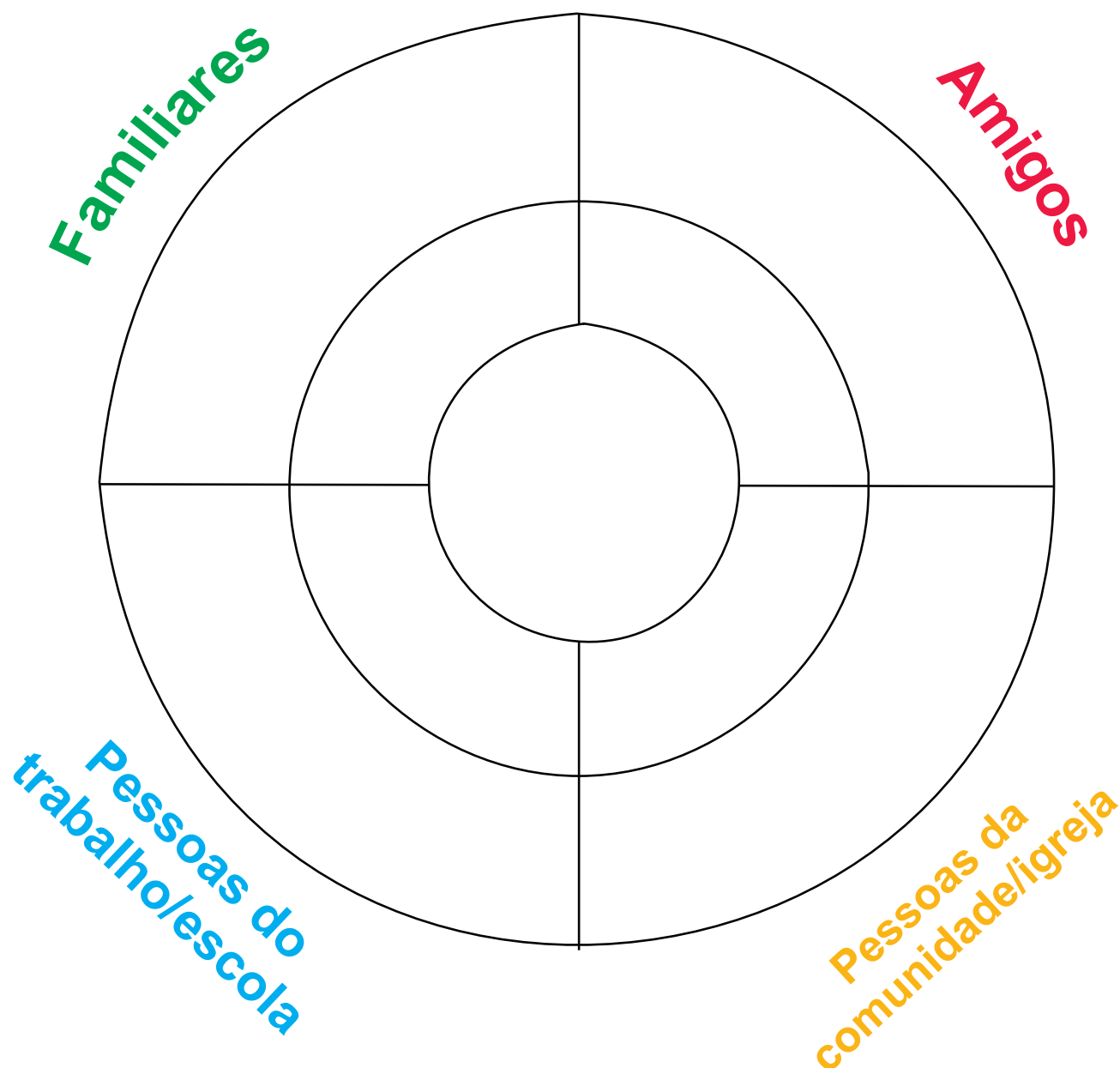
O mapa mínimo da rede social e os seus quadrantes

As políticas de intervenção em dependência química orientam que a rede social precisa ser mapeada para a prevenção, tratamento e reabilitação [38]. Para facilitar esta tarefa, as pesquisas [35] indicaram um **“mapa mínimo” da rede social**. A figura 1 mostra este mapa mínimo e os seus quadrantes: **1) família, 2) amigos, 3) pessoas do trabalho/escola e 4) pessoas da comunidade/Igreja**. Quando se usa esse mapa na prática [37], deve-se instruir o usuário a situar-se no círculo central e menor; e a indicar a distância entre ele e as demais pessoas da rede social dele. A distância é uma medida da significância pessoal dessa outra pessoa, permitindo avaliar o **grau de intimidade do vínculo**.¹¹

11. A interpretação do mapa mínimo é a seguinte: círculo menor = pessoas importantes, próximas e íntimas; círculo médio = pessoas importante, próximas e não íntimas; círculo maior = pessoas importantes e distantes [37].

Figura 1: Mapa mínimo e quadrantes da rede social

Mapa de redes sociais



Mapeamento de vínculos na rede social: níveis de análise

O mapeamento da rede social de uma pessoa pode ser feito ,basicamente, a partir da observação da **estrutura** e da **função** dos vínculos, sendo possível verificar o predomínio de uma única função ou a combinação de várias delas [35]. A Tabela 4, a seguir, resume os níveis (estrutural e funcional) de análise dos quadrantes da rede social (família, amigos, trabalho/escola e comunidade/igreja) e os seus elementos para este mapeamento, apresentando exemplos de aplicação prática.

Tabela 4: níveis e elementos para o mapeamento da rede social

Nível de análise	Definição	Elementos	Exemplos práticos
Estrutural	É o nível que agrupa as características que dizem sobre como é <i>formalmente</i> a rede, ou como a rede é <i>formada</i> , em seu conjunto de elementos	Tamanho	A família do usuário é formada por 5 pessoas.
		Densidade (ou conexão entre as pessoas)	As pessoas da família conversam sobre o problema na ausência ou na presença do usuário.
		Distribuição	Os amigos do usuário são todos do bairro onde ele mora.
		Dispersão (ou distância física entre as pessoas)	O pai do usuário mora em outro estado.
		Homogeneidade/heterogeneidade (idade, sexo, escolaridade, renda, etc).	O usuário namora uma mulher que tem o dobro da idade dele: 36 anos.
Funcional	É o nível que agrupa os tipos de vínculos que dizem como a rede <i>funciona</i> , ou para que os seus vínculos existem.	Companhia (partilha de rotinas)	Um vizinho do usuário trabalha na mesma fábrica que ele e eles vão trabalhar juntos.
		Apoio emocional	O usuário tem mais intimidade com um dos tios.
		Guia (informações e aconselhamento)	O usuário prefere ouvir os conselhos da mãe aos do pai.
		Regulação (regras de convívio)	O usuário só cumpre compromissos quando a avó o avisa.
		Ajuda material e de serviços	O usuário sempre procura o tio para obter dinheiro emprestado.
		Acesso a novos vínculos	Os amigos da escola sempre ajudaram o usuário a conseguir emprego.

Seção 4: Valores como fatores de proteção ao uso de drogas.

Valores são **direções escolhidas para a vida** e são observados nas descrições de preferências feitas por todas as pessoas [39]. Envolvem, portanto, atitudes (isto é, as descrições de preferências) e funcionam como regras, guiando a ação. Tecnicamente falando, um valor é uma descrição da qualidade desejada para uma ação em andamento [40].

Quando alguém diz “minha vida não tem sentido” esse alguém está dizendo que se afastou dos seus valores. A aproximação dos valores está diretamente relacionada à saúde mental. Assim, valores dão significado à vida. O alcance de metas/objetivos relativos a eles produzem o sentimento de vida em plenitude e abundância.

É fundamental frisar que **valores não são coisas/condições a serem alcançadas num futuro** (e. g., casamento, imóvel ou abstinência do uso de droga), **não são sentimentos** (e. g., felicidade, liberdade ou independência) e **não são objetivos/metast** (e. g., conseguir um emprego, fazer faculdade ou reduzir o consumo de droga).

Os valores são diferentes dos objetivos, pois se apresentam de formas mais gerais, abstratas e não podem ser completamente satisfeitos, são como qualidades da ação; já os objetivos são as próprias ações, mais concretos e suscetíveis à saciação. Os valores são direções que organizam os objetivos de forma coerente [42: 84-85].

A Tabela 5, a seguir, é a **Hierarquia de Valores** [43: 176], um instrumento da terapia comportamental para a análise dos principais valores humanos.¹² Para preenchê-la, o usuário deve dar uma nota de 0 a 10 para o quanto o valor é importante para ele e para o quanto o valor tem se manifestado da vida dele. Depois, ele deverá subtrair a manifestação da importância e calcular o quanto de afastamento há entre valor e vida. Discuta o resultado com o usuário: quanto mais alto o número na coluna “afastamento”, mais a vida dele precisa ser mudada em direção ao valor, para ele se aproximar daquilo que realmente importa para ele.

12. A hierarquização dos valores é dada pela pessoa. A ordem de apresentação dos valores na Tabela 5 não indica importância ou preferência a priori.

Tabela 5: A hierarquia de valores

VALOR		O QUE É?	Importância	Manifestação	Afastamento
1	Relacionamento íntimo	Estar formando um casal em uma união estável ou casamento; Estar sendo esposa/marido, parceiro(a) ou amante.			
2	Paternidade Maternidade	Estar sendo mãe ou pai.			
3	Família	Estar sendo filho(a), irmão(ã), avô(ó), primo(a), etc. (outra relação em família, diferente das em 1 e 2)			
4	Amizade	Estar sendo amigo de alguém e estar com alguém que é amigo.			
5	Carreira Emprego	Estar trabalhando e avançando na carreira.			
6	Educação Desenvolvimento Crescimento pessoal	Estar aprendendo habilidades, adquirindo conhecimento, se capacitando.			
7	Recreação Lazer	Estar relaxando, se divertindo, repondo energias, exercendo um <i>hobbie</i> , um esporte, uma “paixão” (música, dança, jardinagem, coleções, etc.).			
8	Espiritualidade	Estar em conexão com algo além de si mesmo; algo com um sentido que transcende a vida.			
9	Cidadania	Estar sendo um membro ativo na comunidade; estar em uma atividade que contribui para a sociedade.			
10	Saúde Bem estar físico	Estar cuidando do corpo e da saúde.			

Fonte: [43]

Como direções descritas, os valores podem ou não ser os mesmos para duas ou mais pessoas. Cada usuário de drogas (assim como todo mundo) terá seus próprios valores, aos quais será dada importância maior ou menor, diferente da importância dada aos mesmos valores por outro usuário ou pelo profissional que o assiste. Assim, na assistência à pessoa que faz uso arriscado de drogas (ou com alguma probabilidade de fazê-lo) é importante:

- 1) Definir e identificar os valores dela, da pessoa (que podem não ser os do profissional ou os dos outros);
- 2) Evocar e esclarecer o caráter significativo que os valores dela têm para ela;
- 3) Identificar objetivos e as ações que apontam os valores dela;
- 4) (ou seja, diferenciar o valor da ação para alcançá-lo; e diferenciar se a pessoa diz ter um valor porque os outros, por algum critério moral, consideram certo dizer que se tem esse valor e esperam/exigem que ela o tenha ou diga que o tem)
- 5) Esclarecer que os valores dela se relacionam com comportamentos/ações e não com sentimentos (isto quer dizer esclarecer que um valor não é o sentimento de valorizar algo e nem o que se sente quando se vive uma vida valorizada, já que ter um valor na vida é ter uma direção na vida); e
- 6) Identificar as armadilhas que desviam a pessoa dos valores dela (por exemplo, o uso de drogas pode estar relacionado à faltas de um aluno às aulas na faculdade que, por sua vez, afasta o aluno do valor “educação”).

Os terapeutas comportamentais [44] criaram cartões com perguntas para disparar conversas sobre valores, e eles podem ser úteis na atenção integral aos usuários de drogas, especialmente os jovens. As perguntas são agrupadas de acordo com o que está relacionado aos valores (Tabela 6):

Tabela 6: Perguntas para conversas sobre valores

Valores relacionados ao próprio usuário	Valores relacionados ao viver
Qual é o seu principal propósito na vida? Quem é a pessoa mais inteligente que você conhece? O que a liberdade significa para você? O que você espera? O que você prefere, se lançar ou se recolher? O que você mais gostaria de alcançar? Qual é a coisa mais importante para você agora? Imagine que você possa alcançar qualquer coisa – que coisa seria? Você já sonhou em fazer algo extraordinário?	O que significa uma vida boa? O que a independência significa para você? O que deixa você fortalecido? Você já quis criar algo? O que você gosta de aprender? O que você faria se fosse rico? Quem ensinou a você o melhor na vida? O que significa encontrar paz? Você ambiciona algo?
Valores relacionados aos relacionamentos interpessoais	Valores relacionados à presença de dificuldades
Como os seus valores são diferentes dos da sua família? O que você espera que as pessoas se lembrem sobre você? O que significa amar? O que o perdão significa para você? Quem é a pessoa que você conhece que tem mais compaixão? O que poderia se parecer com confiar? O que significa ser visto ou ouvido? A quem você provavelmente é mais grato? O que faz alguém ser um amigo?	A dificuldade tem ensinado algo a você? Você já se sentiu desesperançoso? Qual é a coisa mais difícil de aceitar sobre você mesmo? Você já se sentiu “pra baixo”? Você já foi humilhado? Você já se sentiu inseguro? Você já pensou em morrer? Você já esteve perdido? O medo tem acompanhado você?

Fonte: [44]



Espaço para anotações

O valor espiritualidade

Entendemos [espiritualidade] como sendo tudo aquilo que traz significado e propósito para a vida das pessoas. A espiritualidade tem seu papel reconhecido na saúde e qualidade de vida das pessoas. A religião difere da espiritualidade por ser uma prática de certos rituais, dependendo de cada religião, que induz ao contato com a espiritualidade [45: 485].

Neste sentido, a espiritualidade tem uma relação direta com os demais valores, uma vez que valores transcendem a concretude das ações, apesar de se relacionarem a elas. A religião é apenas um meio de induzir a vivência dos valores.

Neste capítulo, uma discussão específica do valor espiritualidade tem uma segunda justificativa: espiritualidade é fator de proteção do uso de drogas. Entretanto, os estudos da espiritualidade sempre são estudos da religiosidade e a intervenção com a espiritualidade, infelizmente, costuma ter um viés religioso, quando deveria ter foco nos valores em si mesmos.

Um estudo internacional recente [46] conclui que espiritualidade e saúde mental estão correlacionadas de modo bastante significativo. Um estudo com adolescentes brasileiros (usuários e não usuários de drogas) mostrou que a religiosidade pode ser um fator relevante de proteção do uso de drogas (entre os participantes, 81% dos adolescentes não usuários eram fiéis de alguma religião) [47]. Entretanto, é importante frisar que não basta estar numa religião para estar protegido. O grau de compromisso com a religião é o que imprime sua característica protetora em relação ao uso de drogas [48; 49; 50; 51].

Mas o fator proteção da religião se deve a quê especificamente?

O **Modelo de Influência na Socialização** tem sido usado para responder esta pergunta [52]. Segundo este modelo, a religião, com suas redes sociais, funciona como uma socialização secundária que é chave no impacto sobre o uso de drogas, pelos mecanismos básicos de socialização presentes em suas práticas: **controle social, suporte social, valores, identidade grupal e identidade individual**.

Além destes mecanismos de socialização, outros fatores de proteção para o uso de drogas estão fortemente sobrepostos nas práticas da maioria das religiões, sendo difícil separar a influência da religião em si da de outros fatores [53]. Por exemplo, o conteúdo do ensino em práticas religiosas aparece em regras contrárias ao uso de drogas e os fiéis as seguem por serem instruídas como se fossem as “leis de Deus”. O engajamento numa religião, em geral, é aprendido pela observação do comportamento de modelos protetores na família, que reforçam o conteúdo da religião. Ainda, religiosos se tornam amigos/pares que têm atitudes contrárias ao uso e funcionam como modelos para bom rendimento escolar [53].



Acreditando que você tenha tido prazer em aprender, proponho um momento para que você certifique-se da sua aprendizagem e da sua capacidade de aplicar o que aprendeu.



1. Qual é a importância dos valores para nossa saúde mental?
2. Aplique a hierarquia de valores em si mesmo(a) e compartilhe suas descobertas com os(as) colegas, amigos e familiares. O que você concluiu de importante?
3. Cite um dos cuidados que se deve ter ao trabalhar valores com usuários de drogas.
4. A partir das perguntas da Tabela 6, tente conversar sobre valores com um usuário de drogas e conte como foi essa experiência.

Você sabe explicar por que a religião é um fator de proteção para o uso de drogas?

Algumas pessoas são mais vulneráveis aos fatores de risco para o uso de drogas: adolescentes, mulheres e idosos. Na seção seguinte você entenderá o porquê.

Seção 5: Análise de fatores de risco e proteção em populações específicas: adolescentes, mulheres e idosos

Há populações mais vulneráveis aos fatores de risco para o uso de drogas e que precisam de maior atenção nas ações de intervenção, em especial na prevenção. Esta seção aborda três dessas populações: adolescentes, mulheres e idosos.

A – Os adolescentes

O início do uso de drogas depende de muitos fatores, entretanto costuma ocorrer na adolescência [17]. Isto torna a população adolescente um alvo diferenciado na análise dos fatores de risco e de proteção para o uso de drogas.

A **idade** e a **precocidade** do uso de droga são fatores preditores do abuso de drogas na adolescência. O consumo aumenta consideravelmente na mudança do Ensino Fundamental para o Médio, sendo que o Ensino Médio pode predispor a experimentação de drogas. A progressão do padrão de uso é proporcional à progressão da idade, alcançando um pico aos 18-24 anos. “Podemos situar a idade crítica do consumo de drogas entre os 11-12 anos e entre os 15-16 anos, aproximadamente, e varia em função da substância” [17: 260].

Quanto ao **sexo**, geralmente os meninos costumam consumir drogas mais e mais cedo do que as meninas. Entretanto, na medida em que diminuem as desigualdades entre os sexos na cultura, fica cada vez mais difícil distinguir a diferença no consumo de drogas entre meninos e meninas [17].

Além da idade e do sexo, fatores envolvidos na formação da personalidade dos adolescentes podem estar relacionados ao uso de drogas. A **Busca de novas sensações** é um traço de personalidade marcante nos usuários de drogas e ela aparece com frequência na adolescência. Também, a **Insegurança**, relacionada à baixa autoestima, pode estar presente em usuários de drogas e em adolescentes. Adolescentes com o traço de personalidade **Controle pelo outro** são mais vulneráveis às atitudes dos amigos, que podem ser favoráveis ao uso de drogas. Ademais, a **Rebeldia** é um traço de personalidade que é marcante nos usuários de drogas e também pode caracterizar a adolescência [17].

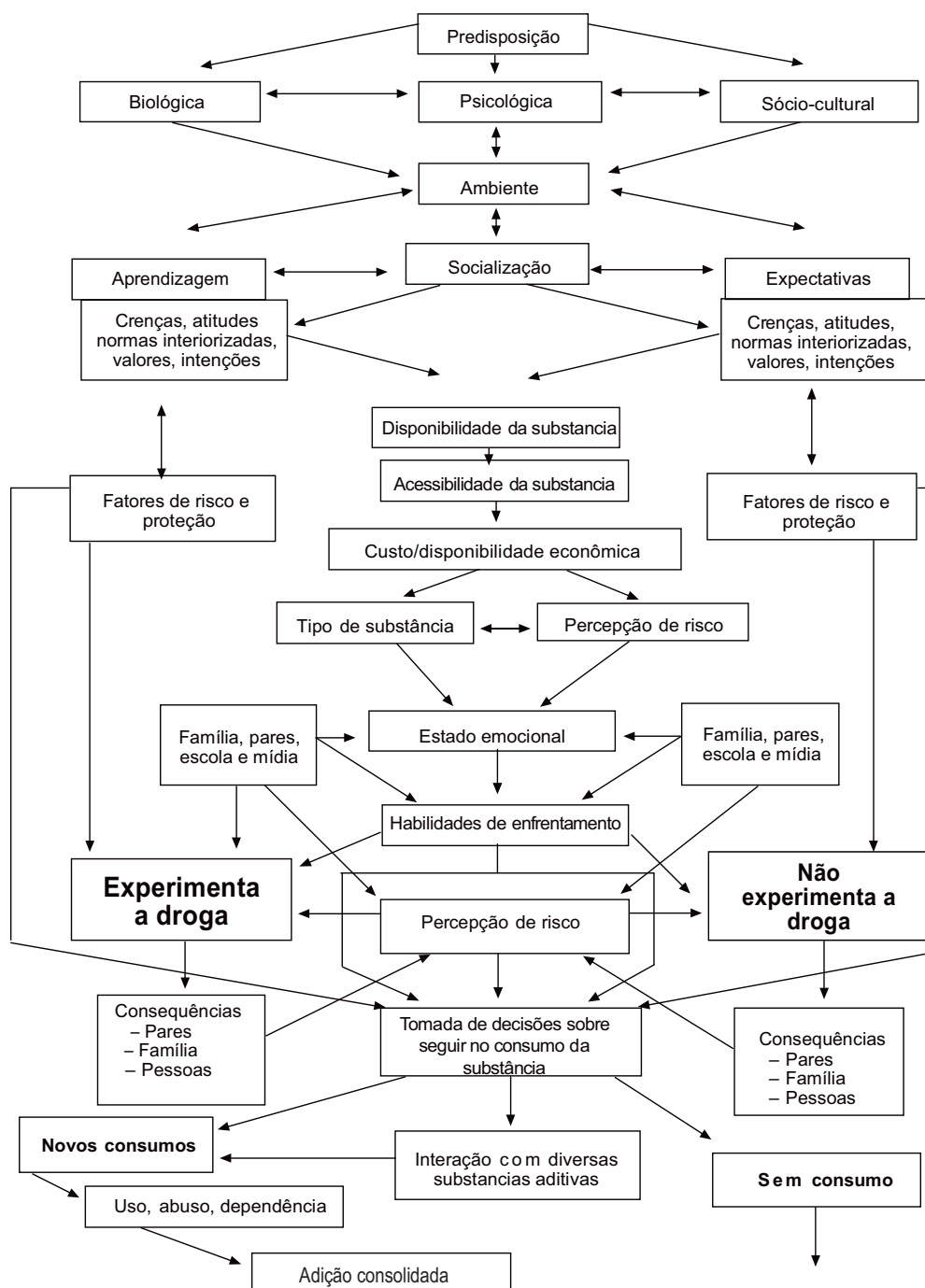
Adolescentes vivenciam de forma diferente fatores cognitivos e motivacionais de risco ao uso de drogas. Se a pessoa tiver um baixo autoconceito e uma necessidade de estar inclusa em um grupo – o que ocorre com frequência na adolescência – o **conhecimento** sobre os riscos do uso de drogas pode não atuar como regra no controle do comportamento dessa pessoa.

Na adolescência, apesar das advertências de pais, professores e profissionais de saúde, tende-se a ignorar as consequências adversas relacionadas ao uso de substâncias, e a sobreestimar as capacidades para enfrentar a destruição pessoal que está implicada no uso de drogas. Com frequência, os jovens acreditam que podem controlar esse comportamento e deixar de se comportar no momento que quiserem [17: 261].

A influência dos amigos é o mais claro preditor do uso de drogas na adolescência. Há relação significativa entre o uso próprio de droga pelo adolescente e a existência de amigos que usam; e entre o uso próprio e as atitudes, dos amigos, favoráveis ao uso [54].

A figura 2, abaixo, mostra o modelo sequencial das fases do consumo de drogas pelos adolescentes.

Figura 2. Modelo abrangente e sequencial para as fases do uso de drogas na adolescência [1; adaptado].



B – As mulheres

De acordo com o Instituto Americano sobre Abuso de Drogas [54], mulheres podem entrar em contato com fatores de risco especiais para o uso de drogas, justificando-as como uma população especial. O artigo “Mulheres e Problemas com o Uso de Substâncias” [56] resume estes fatores de risco especiais:

Saúde física

Há diferenças sexuais no impacto de algumas drogas sobre a saúde física. Nessas diferenças, destaca-se o metabolismo do álcool, que é mais lento no organismo feminino do que no masculino. Assim, a dependência alcoólica tem maior gravidade e morbidade entre as mulheres [57]. Como as toxinas do álcool ficam mais tempo na circulação sanguínea em mulheres, elas são mais propensas a desenvolver cirrose hepática, câncer de mama, úlceras gástricas e hepatite alcoólica. O impacto das drogas ilícitas em mulheres ainda está em discussão, mas já se sabe que o uso de drogas injetáveis é um fator de risco entre as mulheres, para doenças transmissíveis pelo sangue, como HIV/AIDS e hepatite C. Mulheres profissionais do sexo podem ter mais acessibilidade às drogas ilícitas, além desta condição profissional poder estar associada a outros impactos sobre a saúde.

Saúde mental

O abuso ou dependência de drogas em dois terços das mulheres ocorre em conjunto com depressão, estresse pós-traumático, transtorno do pânico e/ou transtorno alimentar. Além disso, uma grande proporção de mulheres com problemas decorrentes do uso arriscado de drogas é vítima de violência: incesto, estupro, agressão sexual e abuso físico. Mulheres em tratamento por uso de drogas e que foram abusadas, quando comparadas com as que não foram vítimas de abuso, são mais propensas à depressão, ideação suicida, baixa autoestima, ajustamento negativo e estresse pós-traumático [56].

Gravidez

Durante a gravidez, a soma de uso de álcool, desnutrição, problemas de saúde geral/mental, experiência traumática e ausência de pré-natal pode gerar o pior resultado. O uso materno pré-natal de drogas lícitas e ilícitas também pode resultar em problemas que têm consequências em curto e longo prazo [56].

Estigma

A sociedade tem uma atitude desfavorável ao uso de drogas pelas mulheres; essa atitude se concretiza na estigmatização. Como efeito, as mulheres que fazem uso de drogas se sentem culpadas ou envergonhadas, o que oculta o consumo arriscado da droga e dificulta a busca pelo seu tratamento. O estigma pode se entrecruzar com outros sofrimentos ou condições que precisam ser consideradas na atenção integral às mulheres: serem vítimas de abuso, terem sintomas de transtornos mentais comórbidos, terem doença sexualmente transmissível, temerem a perda da guarda dos filhos, serem minoria, trabalharem como profissionais do sexo, etc. Neste processo psicossocial, os profissionais de saúde e de assistência social também podem ser estigmatizadores em suas atitudes e ações (dando informação errada, criticando, negando sentimentos, sendo preconceituosos, etc.), o que interfere na devida atenção às necessidades específicas das mulheres [56].

C – Os idosos

O abuso ou a dependência de drogas quase sempre estão associados aos abusos comuns contra os idosos: maus-tratos físicos e psicológicos, negligência de cuidados básicos e exploração financeira. A ausência do autocuidado quase sempre é acompanhada pelo uso arriscado de drogas. Tanto o idoso (vítima) quanto o abusador podem apresentar problemas decorrentes do uso arriscado de drogas, a partir de fatos que tornam a população de idosos um alvo de maior atenção nas ações de intervenção [58; 59].

Nos casos em que **o idoso é a vítima de um abusador que é usuário de drogas**, observaram-se os seguintes fatos [58; 59]: 1) o abusador que usa drogas (em geral alguém sem emprego e sem fonte de renda) vê o idoso (da sua própria família ou de outras famílias) como alvo fácil de exploração financeira; 2) o abusador usa a residência do idoso como local seguro para o uso, e até mesmo para o tráfico de drogas; 3) sob efeito de drogas, os abusadores costumam ser mais intolerantes para com os idosos; 4) às vezes o abusador é o próprio cuidador, que usa uma droga como um mecanismo equivocado para o enfrentamento do estresse da exigência do cuidado do idoso.

Nos casos em que **é o próprio idoso quem apresenta problemas decorrentes do uso arriscado de drogas**, observaram-se os seguintes fatos [58; 59]: 1) o uso arriscado de álcool e outras drogas produz prejuízos cognitivos (que afetam a capacidade do idoso de perceber coação ou fraude por parte dos abusadores) e limitações físicas (que tornam o idoso mais dependente de cuidadores que, por esta razão, podem vir a se tornar abusadores); 3) cuidadores abusadores podem encorajar os idosos a usar drogas para, devido aos efeitos acima, torná-los alvo mais fácil de abuso financeiro e dificultar o relato do abuso; 4) alguns idosos vítimas de abuso usam drogas para aliviar o medo produzido pela relação com o abusador; 5) idosos com padrão de uso constante de drogas por muitos anos têm uma relação deteriorada com membros da sua família, que podem ter se afastado dele por esta razão, perpetuando uma atitude desfavorável ao cuidado do idoso que, por sua vez, se relaciona com a negligência e a auto-negligência; 6) idosos negligentes com o seu autocuidado são mais propensos a ter problemas decorrentes do uso arriscado de drogas.

Enfim, um dos poucos estudos recentes sobre os idosos e as drogas [60] apontou a mais óbvia preocupação em relação a esta população e o uso arriscado de drogas ilícitas:

Muitas drogas ilegais, especialmente a cocaína, as anfetaminas e, até mesmo, a maconha têm efeitos cardiovasculares que são especialmente perigosos quando ocorrem em idosos que já podem ter uma doença cardiovascular subjacente (p. 361).



Vamos pensar no que você aprendeu.

Liste os fatores de risco que tornam os adolescentes, as mulheres e os idosos mais vulneráveis aos problemas decorrentes do uso arriscado de drogas.



Para finalizar, vamos responder perguntas de modo a autoavaliar a aprendizagem do conteúdo deste capítulo:

1. Você sabe descrever as etapas do desenvolvimento do comportamento de usar drogas?
2. Você sabe enunciar o conceito de fator de risco (e de proteção) para o uso de drogas?
3. Pense em uma mãe que teme que o filho se envolva com drogas. Você consegue identificar os fatores de risco para o uso de drogas pelo filho dela?
4. Você é capaz de avaliar a rede social de alguém? Sabe dizer o peso dessa rede como risco ou como proteção para o uso de drogas?
5. Você sabe orientar alguém a refletir sobre valores? Sabe a importância dos valores para a saúde mental?
6. Você sabe dizer por que a religião é um fator de proteção para o uso de drogas?
7. Você sabe analisar o contexto de vida de adolescentes, mulheres e idosos considerando a vulnerabilidade deles aos fatores de risco para o uso de drogas?
8. Considerando o objetivo deste capítulo, qual é a nota, de 0 a 10, que mais reflete o quanto você aprendeu?



Referências

1. Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
2. Becoña, E. Cortés, M. (Coord.). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol, 2011.
3. FATOR. In: DICIONÁRIO Michaelis. Disponível em: <www.uol.com.br/michaelis>. Acesso em: 28 abr. 2013.
4. Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
5. Bigelow G.E, Silverman K. Theoretical and empirical foundations of contingency management treatments for drug abuse. In: Higgins S.T, Silverman K, editors. *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management interventions*. Washington, DC: American Psychological Association; 1999. pp. 15–31.
6. Marlatt, G. (1980). A cognitive-behavioral model of the relapse process. In N. A. Krasnegor (Ed.), *Behavioral analysis and treatment of substance abuse*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
7. Marlatt, G., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
8. Annis, H.M. & Martin, G. (1985). *Inventory of Drug-Taking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.
9. Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.-M., Gemeinhardt, B. y Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9, 111-126.
10. Shaffer, D. R. (2000). *Social and personality development*. Belmon: Wadsworth.
11. Craig, G. J. (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
12. Latendresse, S., Rose, R., Viken, R., Pulkkinen, L., Kaprio, J. y Dick, D. (2008). Parenting mechanisms in links between parents' and adolescents' alcohol use behaviors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 322-330.
13. Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I. (2001). Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 183-203.
14. Longest, K. C. y Shanahan, M. J. (2007). Adolescent work intensity and substance use: The mediational and moderational roles of parenting. *Journal of Marriage and Family*, 69, 703-720.
15. Muñoz-Rivas, M. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
16. Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A. y Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent problems among adolescents presenting for family – based marijuana abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 244-254.
17. González Calleja, F.; García Señorán, M. M.; González González, S. G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 257-267.
18. Swadi H. Drug and substance use among 3,333 London adolescents. *Br J Addict*. 1988 Aug;83(8):935–942.
19. Piko, B. F. y Kovács, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35, 53-58.
20. Gottfredson, D. C. (1988). An evaluation of an organization development approach to reducing school disorder. *Psychological Science*, 10, 196-198.
21. McGue, M. (1994). Genes, environment, and the etiology of alcoholism. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monographs*, 26, 1-40.

22. Pickens, R. W., Svikis, D. S., McGue, M., Lykken, D. T., Heston, L. L. y Clayton, P. J. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. *Archives of General Psychiatry*, 48, 19-28.
23. Cadoret, R. J. (1992). Genetic and environmental factors in initiation of drug use and the transition to abuse. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 99-113). Washington, DC: American Psychological Association.
24. Paton, S., Kessler, R. y Kandel, D. (1977). Depressive mood and illegal drug use: A longitudinal analysis. *Journal of General Psychology*, 131, 267-289.
25. Ohannessian, C. M. y Hesselbrock, V. M. (2008). Paternal alcoholism and youth substance abuse: The indirect effects of negative affect, conduct problems and risk taking. *Journal of Adolescence Health*, 42, 198-200.
26. DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais. 4a edição. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
27. Brook, J., Whiteman, M., Finch, S. y Cohen, P. (2000). Longitudinally foretelling drug use in the late twenties: Adolescent personality and social – environmental antecedents. *Journal of Genetic Psychology*, 161, 37-51.
28. Newcomb, M. y Bentler, P. (1988). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 64-75.
29. Fergusson, D., Boden, J. y Horwood, L. (2008). The developmental antecedents on illicit drug use: Evidence from a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 165-177.
30. Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.
31. Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H. y Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111, 564-572.
32. Pilowsky, D. J., Keyes, K. M. y Hasin, D. S. (2009). Adverse childhood events and lifetime alcohol dependence. *American Journal of Public Health*, 99, 258-263.
33. Villa, M., Rodríguez, F. J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia El consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58.
34. Adams, J., Heath, A., Young, S., Hewit, J., Correy, R. y Stallings, M. (2003). Relationships between personality and preferred substance and motivations for use among adolescent substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 691-712.
35. Sluzki, C. E. (1997). A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
36. Sudbrack, M. F. O. (1996). Construindo redes sociais: metodologia de prevenção à drogadição e à marginalização de adolescentes de famílias de baixa renda. Em R. M. Macedo (Org.), *Família e Comunidade* (pp. 87-113). Coletâneas da ANPPEP.
37. Santos, J. B.. Redes sociais e fatores de risco e de proteção para o envolvimento com drogas na adolescência: avaliação e abordagem no contexto da escola. 2006. n.º folhas. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília. Disponível em: www.bce.unb/tesdesimplificado/tde-busca/arquivo.php?cod.arquivo=2498.
38. Brasil, Ministério da Saúde. (2003). A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional DST/AIDS. Brasília.
39. Robb, H. (2007). Values as Leading Principles in Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 3 (1): 118–23.
40. Hayes, S. C., Bond, F. W., Barnes-Holmes, D., Austin, J. (Eds.) (2006). Acceptance and mindfulness at work: Applying acceptance and commitment therapy and relational frame theory to organizational behaviour management. New York: Haworth Press.

41. Jennifer C Plumb, Ian Stewart, Galway JoAnne Dahl, Tobias Lundgren (Spring 2009). In search of meaning: values in modern clinical behavior analysis. *Behav Anal.* 32 (1): 85–103.
42. Saban, M. T. (2011). Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso. Santo André, ESETec.
43. Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
44. Hayes, L.; Coyne, L. ACT conversations. Values cards for use in individual and group therapy with young people. 2012. Disponível em <http://bondlifeone.files.wordpress.com/2012/03/values-cards-with-questions-15-yrs-hayes-coyne.pdf>
45. Rizardi, C. D. do L.; Teixeira, M. J.; Siqueira, S. R. D. T. (2010). Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 483-487. Disponível em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/483e487.pdf
46. Renu, S.; Manju, Dr. Spiritually and mental health among normal and chronic disease group. *International Journal of Research Studies in Psychology* January 2013, Volume 2 Number 1, 59-68.
47. Sanchez, Z.M.; Oliveira, L.G.; Nappo, S.A. - Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 9(1): 43-55, 2004.
48. Gorsuch, R. L. (1988). Psychology of religion. *Annual Review of Psychology*, 39, 201-221.
49. Lorch, B. R., & Hughes, R. H. (1988). Church, youth, alcohol, and drug education programs and youth substance abuse. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 33(2), 14-26.
50. Payne, I. R., Bergin, A. E., Bielema, K. A., & Jenkins, P. H. (1991). Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning. *Prevention in Human Services*, 9(2), 11-40.
51. Bachman, J. G., Johnston, L. D., & O'Malley, P.M. (1990). Explaining the recent decline in cocaine use among young adults: Further evidence that perceived risks and disapproval lead to reduced drug use. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(2), 173-184.
52. Wallace, J. M., Jr., & Williams, D. (1997). Religion and adolescent health-compromising behavior. In J. SCHULENBERG, J.MAGGS, K.HURRELMANN (Eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence*. New York: Cambridge University Press.
53. Dryfoos, J. G. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Oxford University Press.
54. Epstein, J., Botvin, G., Diaz, T. y Schinke, S. (1995). The role of social factors and individual characteristics in promoting alcohol use among inner-city minority youths. *Journal of Studies on Alcohol*, 56 (1), 39-46.
55. National Institute on Drug Abuse. Women and Drug Abuse. Disponível em <http://archives.drugabuse.gov/WomenDrugs/Women-DrugAbuse1.html>
56. Cormier, R. A.; Dell, C. A.; Poole, N. (2004). Women and Substance Abuse Problems. *BMC Women's Health*, 4 (Suppl1):S8.
57. Hochgraf, P.B.; Zilberman, M.L. & Andrade, A.G. _ Women alcoholics: social, demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. *Alcohol & Alcoholism* 30(4): 427-432, 1995.
58. Elder Abuse & Substance Abuse: Making the Connection. An interview with Charmaine Spencer and Jeff Smith. in *Nexus, a Publication for NCPEA Affiliates*. April 2000. Disponível em <http://www.preventelderabuse.org/nexus/spencersmith.html>
59. Bradshaw, D., & Spencer, C. (1999). The role of alcohol in elder abuse cases. In J. Pritchard (Ed.). *Elder abuse work: Best practices in Britain and Canada*. London: Jessica Kingsley Press.
60. Schalaerth, K. R. (2007). Older Adults and Illegal Drugs. *Geriatrics and Aging*, 10(6):361-364. Disponível em <http://www.medscape.com/viewarticle/559580>



CRRESCE

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Capítulo 5

ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO HOSPITAL GERAL

Janine Andrade Moscon



ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO HOSPITAL GERAL

Janine Andrade Moscon¹

Caro(a) leitor(a).

Muitos desconhecem que, ao menos no papel, as políticas públicas sobre drogas vêm considerando todos os avanços no campo da saúde e dos direitos humanos. Esses direitos garantem a atenção integral aos usuários, feita por serviços articulados, incluindo os serviços com internação, tão em voga na mídia atualmente.

Por esta razão, se você é um profissional que atua no Sistema de Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública ou Ministério Público, receberá demandas de usuários de drogas; e precisará se apropriar do conceito de “atenção integral” aplicada à assistência a essas demandas no nível de complexidade do seu serviço. A apropriação do conceito é um primeiro passo para que você saiba avaliar o que está sendo suficiente ou insuficiente em seu serviço, nos termos dessa atenção integral.

Pra começo da sua leitura, seu serviço deverá ser incluído como parte da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. Como tal, além de primar pela atenção específica ao usuário, seu serviço deverá ampliar o acesso dele à atenção psicossocial, promovendo a vinculação dele aos outros pontos (de referência e contra-referência) dessa rede, de modo articulado e integrado.

Tudo começará no acolhimento a partir das diretrizes do funcionamento da RAPS. Isto envolverá a classificação dos riscos do uso arriscado de drogas para o cuidado às demandas de urgência e emergência (e, para isto, será necessário rever os capítulos deste livro que falam da síndrome de abstinência, da intoxicação e de outras complicações associadas), que deverão ser reconhecidas e manejadas. Seu serviço deverá, também, reconhecer sinais de (e lidar com) comorbidades clínicas e psiquiátricas.

Complementando todos os capítulos deste livro, este capítulo tem o objetivo de descrever a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas no hospital geral (em extensão, nos serviços de atenção às urgências, como o das UPA's – Unidades de Pronto Atendimento). Você conhecerá a legislação específica do Serviço Hospitalar de Referência em álcool e outras drogas e a estrutura, funcionamento e especificidade deste serviço na garantia da atenção integral.

Aproveite bem sua leitura.

1. Médica, Especialista em Dependência Química pela UNIFESP, Mestre em Ciências Fisiológicas pela UFES – Laboratório de Neuropsicofarmacologia, Médica do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos CPTT-CAPS-ad III (Vitória-ES) e do CAPS ad (Serra-ES), Coordenadora de Curso e Professora do CRRESCES.

SEÇÃO 1: Legislação pertinente ao Serviço Hospitalar de Referência em álcool e outras drogas: SHR ad.

A Lei 10216 de 2001, conhecida por lei da Saúde Mental ou Lei Paulo Delgado, redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental daquele antes caracterizado como Manicomial para um Modelo Psicossocial. Nesse Modelo Psicossocial as internações hospitalares só serão demandadas “quando os equipamentos extra hospitalares mostrarem-se insuficientes” à complexidade do caso concreto (BRASIL, 2001). Assim, dentro da “Reforma Psiquiátrica Brasileira”, e com o intuito de garantir a assistência integral ao usuário de Substâncias Psicoativas (SPAS), houve a instituição legal dos leitos de referência para tratamento da intoxicação, abstinência e complicações do consumo de álcool e outras drogas. Essa instituição legal é a **PORTARIA GM/MS n. 1.612 de 09 de setembro de 2005**, que aprova as “Normas de Funcionamento e Credenciamento/Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.”

Este é um serviço hospitalar de caráter PSICOSSOCIAL, no qual está prevista **uma abordagem multidisciplinar que deverá ter a reinserção social do usuário como o objetivo final de um tratamento longo e em várias etapas (sendo o serviço hospitalar uma dessas etapas)**. Para isso, a interlocução com os demais recursos extra-hospitalares que também prestam assistência a esses usuários faz-se mandatória (BRASIL, 2005).

Pela legislação 1.612/05, a descrição do serviço prestado é a seguinte:

“Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - serviço específico de atenção a usuários que apresentem necessidade de suporte de atendimento especializado em saúde mental, individualmente e/ou em grupos, e capacidade operacional hospitalar para quadros de intoxicação e / ou abstinência decorrentes do uso de álcool e outras drogas, com oferta assistencial à população do seu território de abrangência, funcionando em regime de 24 horas diárias. Designação: SHR ad” (BRASIL, 2005, grifo nosso).

Inclui leitos para tratamento de:

1. Intoxicação aguda, em SHR ad (tempo de permanência: 24 a 48 horas em pacientes de 12 a 16 anos);
2. Intoxicação aguda, em SHR ad (tempo de permanência: 24 a 48 horas em pacientes de 17 a 99 anos);
3. Síndrome de abstinência do álcool e outras drogas em SHR ad (tempo de permanência: 03 a 07 dias em pacientes de 12 a 16 anos);

3. Síndrome de abstinência do álcool e outras drogas em SHR ad (tempo de permanência: 03 a 07 dias em pacientes de 17 a 99 anos);
4. Dependência do álcool e outras drogas com a presença de intoxicação aguda com evolução para a instalação de síndrome de abstinência grave, ou ainda outros quadros de síndrome de abstinência seguidos por complicações clínicas, neurológicas e psiquiátricas, em SHR ad (tempo de permanência: 03 a 15 dias em pacientes de 12 a 16 anos);
5. Dependência do álcool e outras drogas, com a presença de intoxicação aguda com evolução para a instalação de síndrome de abstinência grave, ou ainda outros quadros de síndrome de abstinência seguidos por complicações clínicas, neurológicas e psiquiátricas, em SHR ad (tempo de permanência: 03 a 15 dias em pacientes de 17 a 99 anos).

São leitos clínicos, de média complexidade, para ambos os sexos.



Antes de prosseguir, certifique-se do quanto você compreendeu sobre os conceitos apresentados até este ponto.

1. Enumere algumas características dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, de acordo com a PORTARIA GM/MS n. 1.612/2005.
2. Construa uma tabela para consulta rápida sobre o tratamento em SHR ad, contendo quadro clínico, tempo de permanência e observações que julgar relevantes.

A portaria 2842/GM de 20 de setembro de 2010 “Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas: SHR ad” instituindo: parâmetros populacionais (1 leito para cada 15 mil habitantes da área de cobertura); parâmetros hospitalares (15% do total de leitos do hospital, num máximo de 30 leitos por unidade hospitalar); e necessidade de rede de atenção para articulação (atenção primária em municípios com menos de 100 mil habitantes ou serviços especializados em municípios com mais de 100 mil habitantes). A implantação dos serviços deve ocorrer em Hospitais Gerais, preferencialmente de natureza pública ou filantrópica, sendo também desejável a sua utilização como espaços de atuação docente-assistencial.

No mesmo ano, o Governo Federal lança o chamado “Plano Crack” (Decreto 7.179, de 20 de maio de 2010) e, também nesse momento, há destaque para a necessidade da ampliação dos SHR ad, conforme o texto que se segue:

“Art. 5º O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas será composto por ações imediatas e estruturantes.

§ 1º As ações Imediatas do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas contemplam:

I - ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de crack e outras drogas;”

Em 2011, através da Portaria/GM 3088, o Ministério da Saúde institui a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, a qual é constituída pelas seguintes instâncias²:

I Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência e Cultura);

II Atenção Psicossocial Especializada (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades);

III Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família);

IV Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial);

V Atenção Hospitalar (Enfermaria Especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental e com Necessidades Decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas);

VI Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa, Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais).

Estas instâncias são “pontos” de uma rede que deve oferecer uma atenção que seja: 1) integral, articulada e efetiva nos seus diferentes pontos; 2) refletida pela localidade ou região onde está estruturada; 3) flexibilizada às necessidades da comunidade, família e usuário; e 4) territorializada.

2. Sete anos antes, a PORTARIA Nº 2.197/GM de 14 de outubro de 2004 que “Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências” já descrevia os componentes da REDE ASSISTENCIAL AD de forma bem semelhante àquela agora descrita pela RAPS:

1- componente da atenção básica; 2- componente da atenção nos CAPS ad, ambulatorios e outras unidades extra hospitalares especializadas; 3- componente da atenção hospitalar de referência; 4- componente da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS.



Vamos aplicar o conhecimento que você acabou de adquirir?

1. Faça um levantamento dos equipamentos da RAPS existentes no seu município. Qual é a situação atual dessa RAPS?

SEÇÃO 2: Estrutura, funcionamento, especificidades, equipe mínima do SHR ad.

Como se pode concluir, todos os pontos da rede (incluindo o serviço hospitalar) possuem como diretriz fundamental não se constituírem como instâncias de atenção isoladas, mas como instâncias que funcionem em rede com os demais pontos de atenção.

Assim, o SHR ad é um serviço voltado ao atendimento de usuários de SPAS para manejo da intoxicação aguda, síndrome de abstinência ou complicações decorrentes deste uso. Esse serviço deve ser organizado de forma a poder avaliar o caso sob um prisma biopsicossocial, demandando acompanhamento médico 24 horas por dia e trabalho multidisciplinar intensivo, pois a assistência inclui atividades ocupacionais, desenvolvimento de redes sociais e prevenção de recaídas (NHS, 2002 apud DUALIB; RIBEIRO, 2010). A tabela 1 lista as indicações de internação em enfermaria especializada.

Tabela 1: indicações de internação em enfermaria especializada (Fonte: adaptado de NHS, 2002)

- | |
|--|
| 1. Sintomas de abstinência com difícil manejo ambulatorial |
| 2. Complicações e comorbidades físicas e mentais |
| 3. Poli uso de substâncias em situação caótica, comprometendo o funcionamento do paciente e dificultando sua determinação para a abstinência |
| 4. Gravidez e uso de SPA |
| 5. Dificuldade em adesão ao tratamento ambulatorial6. Falta do suporte social, familiar e de amigos que facilitariam o tratamento ambulatorial |

Esta modalidade de internação é substitutiva à dos modelos psiquiátricos mais tradicionais, nos quais as internações são mais prolongadas e contribuem para o isolamento social, perda de vínculos, habilidades e cidadania (FERREIRA et al., 2005). Portanto, é desejável que nela haja presença de equipe especializada em dependência química que desenvolva programas mais específicos de tratamento visando reduzir o tempo de internação e melhorar a articulação da assistência na Rede após a alta (SOUZA; OLIVEIRA, 2010).

É importante ressaltar que as enfermarias especializadas são um espaço não só para estabilização clínica do usuário, mas também para motivação do mesmo a fim de aumentar as chances de ele dar continuidade ao tratamento após sua alta (DUALIB; RIBEIRO, 2010). Isto faz com que os objetivos do tratamento hospitalar sejam biopsicossociais (ver tabelas 2 e 3).

Tabela 2: objetivos do tratamento em enfermaria especializada (fonte: NHS, 2002)
1. Avaliação completa do status físico, psicológico, psiquiátrico e social do paciente, realizada preferencialmente por escalas de avaliações específicas
2. Determinação do nível de gravidade da dependência- uma ou mais substâncias
3. Avaliação dos fatores de proteção e de risco
4. Avaliação das redes social e familiar do paciente, buscando melhorar o relacionamento entre elas
5. Desenvolvimento de um programa de cuidados durante a internação
6. Prescrição de medicamentos, quando indicados, visando à estabilização de sintomas de abstinência, ou como estratégia de prevenção da recaída – por exemplo, o uso de dissulfiram para evitar o retorno de consumo de álcool pós a alta
7. Oferecer ao paciente um período de recuperação, livre de drogas
8. Oferecer intervenções psicológicas especializadas e focais, como entrevista motivacional, terapia cognitivo comportamental (TCC) e prevenção de recaída
9. Oferecer teste e informações sobre HIV, hepatites B e C e demais doenças sexualmente transmissíveis (DST's)
10. Avaliar a necessidade de tratamento de curto e longo prazo do paciente, procurando viabilizá-la no decorrer da internação
11. Formular um programa de tratamento pós alta, seja ambulatorial, seja internação de longa duração, combinado ou não com outras intervenções segundo as necessidades do paciente – por exemplo, terapias focadas no trauma, terapia familiar, etc.

Tabela 3: programas comumente oferecidos pelas enfermarias especializadas (fonte: NHS, 2002)

1. Grupo de pacientes baseado em abordagens motivacionais e prevenção de recaída
2. Atendimento psicológico individual
3. Grupos de família
4. Terapia ocupacional em grupo ou individual
5. Atividades de educação física
6. Farmacoterapia para o manejo da fissura e o tratamento de comorbidades
7. Aconselhamento, trabalho em grupo e atividades de apoio
8. Aconselhamento baseado nos doze passos e grupos de autoajuda
9. Informação sobre comportamento de risco e sexo seguro

As tabelas 2 e 3 mostram que o tratamento oferecido dentro das enfermarias é multidisciplinar, composto por médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e educadores (DUALIB; RIBEIRO, 2010).

A orientação britânica para internação em enfermaria especializada difere daquela dada pela legislação brasileira, sendo indicada permanência por 2 a 4 semanas, podendo chegar a 8 semanas (NHS, 2002). É importante ter em mente o conceito de que a desintoxicação é apenas uma parte da primeira etapa do tratamento da dependência química (NIDA, 2009), devendo ser seguida por outras etapas com diversas modalidades de serviços (como grupos de mútua ajuda, ambulatório especializado, internação de longa duração para casos muito específicos, etc.), o que aumentará a eficácia do tratamento iniciado com a desintoxicação.



Este é o momento de aplicar o que você aprendeu.

1. Pense em um hospital do seu município. Com base no Anexo 1 e em parâmetros de funcionamento e habilitação (reveja a seção 2), esboce um pré-projeto de um SHR ad nesse hospital, considerando objetivos e programas de intervenção em função e equipe a ser disponível em relação à população do município, à quantidade de leitos nessa enfermaria e o porte do hospital.

SEÇÃO 3

Articulação em rede do SHR ad: referência e contra-referência.

Do que foi exposto, conclui-se que, dada a hierarquização dos equipamentos e serviços do Sistema Único de Saúde em níveis de complexidade (baixa [unidades de Atenção Primária à Saúde, por exemplo], média [hospitais secundários e ambulatórios de especialidades] e alta complexidade [hospitais terciários]), existem implicações para a prática nos serviços descritos anteriormente.

Um usuário de SPA poderá procurar qualquer serviço de um ou de outro nível e ser atendido ou ser encaminhado, conforme a complexidade de seu quadro clínico. Se um usuário de SPA com um quadro de alta complexidade procurar um serviço na Atenção Primária ele deverá ser encaminhado para um serviço condizente à complexidade do caso (é a chamada referência). Se este for um SHR ad ou enfermaria especializada ou atenção à urgência e emergência, o serviço deverá, após atender a necessidade e estabilizar o quadro clínico desse usuário, encaminhá-lo a um serviço num nível de menor complexidade (é a chamada contra-referência).

De todo modo, se o usuário chegar, por referência ou busca direta, aos serviços de saúde tratados neste capítulo, a atenção integral deverá ser guiada pela Portaria 3.088 (BRASIL, 2011). Ela dita que o CAPS ad é o responsável por articular e coordenar essa atenção, com a participação direta desses outros serviços da RAPS. Se o usuário buscou primeiro um serviço outro que não o de um CAPS ad, deverá ser providenciada a vinculação dele a um CAPS ad do território, que deverá assumir o caso, elaborando um Projeto Terapêutico Individual (PTI). A atenção integral no hospital geral ou na atenção às urgências e emergências deverá estar articulada com o PTI.



Última pausa para reflexão

A partir da sua experiência nos serviços de saúde destacados neste capítulo, quais são os principais desafios da referência e contra-referência de usuários de SPAS?



Este é o momento de você mesmo julgar o quanto você aprendeu.

1. Você sabe contrapor os modelos de intervenção em saúde mental quando se fala em leitos de referência em hospitais para tratamento da intoxicação, abstinência e complicações do consumo de álcool e outras drogas?
2. Você consegue listar os elementos que imprimem o caráter psicossocial a um SHR ad?
3. Você sabe as normas básicas de funcionamento e habilitação de um SHR ad?
4. Você sabe explicar a relação do nível da atenção hospitalar com os demais níveis de atenção na RAPS?
5. Diante de um pedido de internação de usuário de SPA numa enfermaria especializada, você saberia avaliar se a indicação de internação foi correta em termos técnicos?
6. Integrando todos os capítulos deste livro, você sabe justificar pelo menos três dos objetivos da intervenção em um SHR ad?
7. O que você responderia quando uma mãe (cujo filho usuário de SPA foi internado) lhe perguntar como é o tratamento em uma enfermaria especializada?
8. Você sabe descrever como a articulação dos serviços em álcool e drogas está prevista no funcionamento da RAPS? Como o CAPS ad está situado em relação ao SHR ad?
9. Este capítulo objetivou “descrever a atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas no hospital geral (em extensão, nos serviços de atenção às urgências, como o das UPA's – Unidades de Pronto Atendimento)”. Numa escala de 0 a 10, que nota você daria para o quanto você alcançou deste objetivo?

Anexo 1

Política atual de financiamento do SHR-ad

Incentivo – dar-se-á por meio de convênio após aprovação dos projetos, para adequação da área física, aquisição e instalação de equipamentos, capacitação e atualização das equipes, via Sistema de Contratos e Convênios (SICONV/MS) ou Sistema de Gestão Financeira e de Convênios (GESCON/MS), nos seguintes valores (Portaria 148/2012):

- 18 mil reais – implantação de até 05 leitos;
- 33 mil reais – implantação de 06 a 10 leitos;
- 66 mil reais - implantação de 11 a 20 leitos;
- 99 mil reais - implantação de 21 a 30 leitos.

Importante salientar que a configuração de enfermarias especializadas dar-se-á a partir da implantação de 10 leitos. Abaixo desse número os leitos poderão estar localizados na clínica médica (adultos) ou pediatria (infantis).

Custeio anual (Portaria 148/2012) – repasse fundo a fundo no valor de R\$ 67.321,32 por leito implantado, a ser transferido em 12 parcelas.

O valor das diárias considerado para o cálculo de custeio anual dos leitos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas foi o seguinte:

- I - R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia até o 7º dia de internação;
- II - R\$ 100,00 (cem reais) por dia do 8º ao 15º dia de internação; e
- III - R\$ 57,00 (cinquenta e sete reais) por dia a partir do 16º dia de internação.

A definição da equipe técnica multiprofissional responsável pelo SHR ad observará a gradação do número de leitos implantados, na seguinte proporção (Portaria 148/2012):

I - para o cuidado de até 4 leitos, a equipe técnica multiprofissional mínima será de:

- a) 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) profissional de saúde mental de nível superior; e
- c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos;

II - para o cuidado de 5 a 10 leitos:

- a) 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e
- c) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos;

III - para o cuidado de 11 a 20 leitos:

- a) 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;
- b) 1 (um) enfermeiro por turno;
- c) 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior e
- c) 1 (um) médico, preferencialmente psiquiatra, responsável pelos leitos.

IV - para o cuidado de 21 a 30 leitos:

a) 6 (seis) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno;

b) 1 (um) enfermeiro por turno;

c) 3 (três) profissionais de saúde mental de nível superior;

d) 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos e

e) 1 (um) médico psiquiatra responsável pelos leitos.



Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. LEI 10.2016/GM, Brasília, 2001.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA 2.197/GM, Brasília, 2004. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA 1.612/GM, Brasília, 2005.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA 2.842/GM, Brasília, 2010.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 7179/GM, Brasília, 2010. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA 3.088/GM, Brasília, 2011. BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA 148/GM, Brasília, 2012.
5. DUALIB, L.B.; RIBEIRO, M. Enfermaria Especializada In: Ribeiro, M.; Laranjeira, R. (Org.). O Tratamento do Usuário de Crack. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p.256-62.
6. FERREIRA, F.G.K.Y.; LUZ, J.A.; OBRTUZ-NETO, L.; SANTOS, K.A. Uma visão multiprofissional humanizada no tratamento da pessoa com dependência química em enfermaria psiquiátrica de um hospital geral no Paraná. Cogitare Enferm. v.10, n.2, p.54-62, 2005.
7. NHS – National Treatment Agency for Substance Misuse. Models of care for treatment of adult drug misusers. London: DH; 2002. Disponível em: <www.nta.nhs.uk>.
8. NIDA – National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment – A research-based guide. 2. ed. Baltimore: NIDA/NIH, 2009.
9. SOUZA, F.S.P.; OLIVEIRA, E.N. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. Ciência Saúde Coletiva. v.15, n.3, p.671-7, 2010.



CRRESCE

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Capítulo 6

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE RECAÍDA NO USO DE DROGAS

Elizeu Borloti - Bernardete Cesar



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE RECAÍDA NO USO DE DROGAS

Elizeu Borloti

Programa de Pós-Graduação em Psicologia PPGP/UFES

Bernardete Cesar

CRRESCES

Caro(a) leitor(a).

Como em qualquer doença crônica (e.g., diabetes ou hipertensão), na dependência química a recaída é comum [1]. A ocorrência do uso arriscado de SPA durante o tratamento faz parte do processo comportamental que caracteriza a dependência.

Estima-se que 60% dos usuários voltam a usar álcool, cocaína e opióides após tentativas de parar de usar [2]. Uma pesquisa com usuários adultos estimou a duração e a correlação entre o tempo desde a primeira admissão para tratamento até pelo menos um ano de abstinência. Chegou à seguinte conclusão: um ano inteiro sustentando uma manutenção por completo dos ganhos do tratamento (sem recaída) só acontece, em média, após nove anos, e com três a quatro episódios de reinício do tratamento, após uma primeira busca pelo tratamento [3]. Imagine os custos disso aos serviços de assistência. Por esta razão, a prevenção de recaída tem sido muito bem avaliada pela pesquisa. Atualmente é possível afirmar que a qualidade da atenção às pessoas que fazem uso arriscado de SPA passa obrigatoriamente pela oferta dessa prevenção.

Diversos modelos psicossociais e psicobiológicos foram propostos para explicar porque a recaída ocorre [4]. Este capítulo discute estratégias de prevenção de recaída baseadas no modelo psicossocial mais conhecido na área da dependência química [5].

O capítulo se divide em cinco seções. Nelas, você aprenderá a diferenciar um lapso de uma recaída tendo um olhar crítico sobre estes termos. Saberá identificar quando uma sequência de lapsos pode ser considerada recaída calculando um limite a partir do qual os lapsos fogem do controle do usuário. Saberá também estimar a probabilidade do usuário viver sem usar a SPA ou usá-la atento à redução de danos.

Após alta e/ou encaminhamento a outros setores do serviço público, esta é uma informação que pode e deve indicar a qualidade ou eficiência da intervenção.

Antes de saber os fundamentos da prevenção de recaída, você terá acesso à informações sobre a eficácia das suas estratégias. Este percurso o(a) levará às últimas seções do capítulo. Na penúltima seção você estudará os eventos disparadores e fortalecedores da recaída (em especial, a “fissura” para usar a SPA e os comprometimentos cognitivos do uso contínuo). No final, resumimos as recomendações para o trabalho de prevenção de recaídas em seu serviço, que se seguem de uma lista com algumas estratégias que julgamos relevantes para o seu trabalho.

1. Psicólogo, Doutor em Psicologia, Especialista em Dependência Química e em Terapia Comportamental e Cognitiva, Professor da UFES/PPGP, Coordenador Geral e Professor do CRRESCES.

2. Psicóloga, Especialista em Dependência Química pela UFES, com experiência em medidas socioeducativas, Coordenadora de curso e professora do CRRESCES.

Nossa intenção foi produzir num capítulo substancial sobre a recaída, porém gostoso de ler e com possibilidade de aplicação direta no serviço. Esperamos que goste da leitura. Assim, tome-o como um subsídio no cuidado para a manutenção dos ganhos biopsicossociais que os usuários obtêm como resultado do serviço, seu e da sua equipe.

Aproveite!

Seção 1

Conceito de lapso e recaída

O termo lapso tem origem no latim lapsare: “perder o equilíbrio”. Nas práticas da Inquisição, a Igreja Católica deu ao termo os sentidos de “transgressão moral”, “pecado” e “afastamento da fé” [6]. E foi com esses sentidos que as palavras lapso (ou caída) e relapso (ou recaída) foram muito usadas no Século XIX, pelo Movimento da Temperança, nos Estados Unidos da América, para tentar banir da sociedade os problemas do uso arriscado de álcool [7].

Culpar aqueles que usam álcool pelas desgraças da sua própria vida foi praxe nos Estados Unidos do Século XIX [8]. Os adeptos do Movimento da Temperança pregavam os efeitos destrutivos do álcool e incentivavam a todo custo o parar de beber. Para eles, a sociedade norte-americana era perfeita; o álcool era o grande vilão, responsável por crimes e favelas, por crianças abandonadas e por falências de empresas e de pessoas. “A bebida alcóolica era o bode expiatório, no sentido clássico do termo: algo para ser sacrificado a fim de livrar a América dos seus principais males e problemas. Tudo estaria bem, se toda a nação fosse abstinente” [8, p. 111].

É importante entender esta história de equivalência entre (re)lapso, pecado, erro e culpa, pois é bastante comum, durante o tratamento da dependência química, o usuário de substância psicoativa (SPA) sentir-se culpado ou envergonhado quando há ocorrência do comportamento de uso (lapso) e recorrência do mesmo padrão de uso de quando ele iniciou o tratamento (recaída). Os ranços moral e religioso dessa equivalência de significados podem induzir culpa no usuário e prejudicar a sua motivação para o tratamento. Por isso, alguns pesquisadores [9] dizem que *lapso* e *recaída* são termos que julgam o usuário e que descrevem fenômenos aos quais ele sempre se entregaria de forma passiva, motivos pelos quais deveriam ser substituídos por termos “mais precisos e moralmente neutros”, que descrevem o comportamento. Assim, ao invés de dizer “João teve um lapso depois de ficar muito tempo sem beber” – que pode sugerir fracasso moral – deveria ser dito “João bebeu depois de ficar muito tempo sem beber” – que descreve o comportamento sem julgamento.

Mesmo com toda a discussão da sua adequação, os termos lapso e recaída ainda fazem parte do vocabulário técnico da área da dependência química. Por esta razão, neste capítulo, estes termos aparecem e devem ser compreendidos por você desse modo crítico. Ao invés de significar abandono de fé, falha moral, negligência das próprias responsabilidades pessoais ou sociais, desleixo, desvio dos padrões corretos, falta de força de vontade, deterioração de disciplina ou outras palavras/expressões semelhantes, lapso e recaída significam, respectivamente, ocorrência do comportamento de uso e recorrência do padrão de uso da SPA anterior ao início de um processo de mudança do comportamento de uso.

Em geral, a literatura da prevenção de recaída aborda estes significados aplicados à violação da meta da abstinência do uso da SPA, entretanto você deve aplicá-los a quaisquer metas do tratamento. Quando a meta for a redução da frequência de uso e/ou da quantidade usada, a recaída diz respeito à recorrência do uso da mesma quantidade ou na mesma frequência observadas no início do tratamento. Na lógica da redução de danos, recaída significa a recorrência do uso da SPA na forma observada no início do tratamento, ou seja, uma forma de uso que ignora os danos do uso e coloca o usuário em risco, por exemplo, de envolvimento com a justiça ou com o tráfico, de endividamento, de contaminação com DST/AIDS, de acidentes de trânsito, dentre outras consequências danosas.

Outro alerta importante é que ocorrência do uso (lapso) e recorrência do padrão de uso arriscado de SPA (recaída) não fazem parte do tratamento da dependência química; fazem parte do processo comportamental que caracteriza o uso arriscado de SPA e, portanto, podem ocorrer durante o tratamento [9].

A preocupação em dar um sentido operacional à recaída ficou mais evidente na década de 1980 [5; 11]. Nesse período, as pesquisas sobre a recaída no uso da SPA se afastaram do modelo moral e propuseram um modelo de compreensão do comportamento do usuário. Atualmente, recaída descreve tanto um processo quanto um produto/resultado possível durante a mudança de comportamento. Como processo, ela descreve a instabilidade da saúde (até então estável e sustentada), na qual podem ser observados ciclos excessivos de uso e/ou de problemas decorrentes do uso em algum momento do processo [9]. O lapso é a violação inicial da meta do tratamento (a abstinência, a diminuição da quantidade usada / frequência do uso ou a redução dos danos do uso) em favor da ocorrência do uso em uma frequência ou numa forma indesejada pelo usuário. Usando uma metáfora [10], é como um “escorregão” no processo de aprendizagem de um novo estilo de vida, que pode ser um ponto de transição para a recorrência do padrão; porém, não o é necessariamente.

Mas, em que momento, e com que frequência, a ocorrência (lapso) passa a ser considerada uma recorrência (recaída)?

Esta é uma questão importante que, se não respondida clara e objetivamente, pode dificultar a avaliação do resultado de um serviço de assistência e, em alguns casos, pode definir, de modo arbitrário, o retorno do usuário ao cumprimento de medidas judiciais. Para evitar discordâncias entre profissionais, um modelo estatístico apoiado em critérios biopsicossociais foi proposto para ajudar a definir a recaída de modo objetivo. Tal modelo pode gerar mais concordância entre profissionais e menos equívocos e conflitos entre usuários, familiares e profissionais do Sistema Judiciário [12].

Como calcular quando o lapso passa a ser uma recaída?

No modelo quantitativo de análise da recaída [12], a abstinência é um evento que deve se repetir ao longo das semanas de tratamento. Um lapso interrompe a abstinência. Entretanto, se no dia seguinte não houver ocorrência do uso, a abstinência continua. Se for possível o (auto)monitoramento das ocorrências do uso, será possível calcular um padrão histórico de ocorrências que pode ser comparado a um novo padrão se instalando durante o tratamento: por um lado, de manutenção da abstinência; por outro, de recorrência do padrão de uso.

Por exemplo, o uso da droga num dia pode ser pensado como uma possibilidade de um desvio no padrão de abstinência. No entanto, na medida em que os dias de uso da droga se estendem, a probabilidade de observar esses eventos como um mero acaso de desvio de um padrão de abstinência diminui. Em algum ponto, o uso da droga é tão persistente que já não se pode assumir que é um desvio de um padrão da abstinência. Neste ponto o usuário retornou ao uso persistente da droga [12, p. 687-688].

Isto pode ser calculado. Imagine um usuário hipotético que em 20 semanas de tratamento permaneceu abstinente durante 15 semanas. Voltou a usar a SPA na sexta semana de tratamento, ficou três semanas sem usar e voltou a usar na décima semana. Depois, voltou a usar na 15^a, na 16^a e na 17^a semana. Considerando uma semana como registro da duração da ocorrência (lapso), você pode calcular a média de duração das ocorrências ($MDO=0,33$, ou seja, 5 semanas de lapso divididas pelas 15 semanas de abstinência). A MDO permite calcular o limite superior de controle da recorrência (LSCR) do uso a partir da seguinte fórmula: $LSCR=MDO+3[MDO+1]0,5$. No caso acima, o LSCR é 2,32. Se num período de dois anos de tratamento (100 semanas, aproximadamente), o LSCR desse usuário for ultrapassado em apenas uma vez os lapsos podem ser considerados recaída [12].

Como calcular a probabilidade de manutenção da abstinência?

Você também pode – para fins de relatório para a Justiça, de avaliação de eficácia do seu serviço ou de alta ou de encaminhamento para outros níveis da reabilitação

psicossocial e reinserção social – fazer uma estimativa da probabilidade de manutenção da abstinência pela fórmula $PMA = 1 / (1 + MDO) \times 100$ [12]. Aplicando a fórmula no caso fictício acima, você concluirá que a probabilidade de manutenção da abstinência (PMA) desse usuário é de 75%.

Para avaliar se 75 % probabilidade de manutenção da abstinência é uma taxa razoável, considere que a probabilidade de manutenção da abstinência em pacientes que nunca usam drogas é igual a 1. Para aqueles que usam, a probabilidade de manutenção da abstinência é igual a 0. Assim que o usuário se move em direção à recuperação e passa mais semanas abstinente, a probabilidade de manutenção da abstinência aumenta. Uma taxa de 75% de probabilidade de manutenção da abstinência é melhor do que uma taxa de uso semanal da droga, mas não representa a recuperação. Uma taxa mais alta é necessária. Ao mesmo tempo, uma taxa de 100% de probabilidade de manutenção da abstinência pode ser rara. Uma vez que a dependência química é uma doença crônica, a probabilidade de manutenção da abstinência pode chegar bem perto de 1, mas há sempre uma chance remota da ocorrência do uso da droga [12, p. 691].

Por que uma taxa de 100% de probabilidade de manutenção da abstinência é rara?

Porque fatores biopsicossociais consolidaram o uso da SPA como um padrão de comportamento e, por isso, podem fazer com que o usuário volte a se comportar fazendo uso da SPA. Esses fatores são os eventos ambientais antecedentes e consequentes ao uso (incluindo o ambiente fisiológico do organismo do usuário: as neuroadaptações) que controlam e fortalecem o uso [13]:

- 1) Eventos antecedentes que estiveram presentes durante o uso da SPA passam a evocar a vontade de usar, passam a sinalizar a ocasião em que o uso será seguido pela consequência produzida anteriormente e/ou passam a alterar momentaneamente tanto o valor das consequências do uso quanto a probabilidade do uso [14] (e.g., o local de uso, ou um local apenas parecido com o local de uso, pode evocar a vontade de usar; a tristeza pode sinalizar que o uso pode eliminar esse sentimento incômodo; a privação de sexo pode sinalizar que o uso pode trazer parceria sexual e assim por diante).
- 2) Eventos consequentes fortalecem o uso da SPA por serem eventos positivos que se produzem no contexto, ou aversivos que se cessam ou são retirados do contexto, como consequências do uso da SPA. Consequências “psicológicas” são as consequências ditas “subjetivas”, atrativas ou repulsivas, produzidas pelo uso da SPA, das quais o usuário pode, respectivamente, se aproximar ou se afastar (e.g., a obtenção da parceria sexual ou a cessação da tristeza fortalecem o uso). As consequências “sociais” são ações e falas das outras pessoas de aceitação, facilitação ou incentivo do uso da SPA (e.g., o uso na casa do amigo é seguido pela aceitação do uso pelo amigo). As consequências “psicofarmacológicas” são os efeitos diretos que a SPA produz no Sistema de Recompensa Cerebral (e.g., prazer ou redução dos sintomas de abstinência).

O uso de SPA produz consequências positivas imediatas e aversivas atrasadas (e.g., prazer e “ressaca”, no caso do uso do álcool). O contrário ocorre com os comportamentos relacionados à abstinência: geralmente, produzem consequências

imediatas aversivas (e.g., síndrome de abstinência) e consequências positivas atrasadas (e.g., melhoria da saúde [15]). Este é um dos fatores que explicam porque é difícil evitar comportamentos prejudiciais à saúde e manter comportamentos saudáveis (e.g., fazer dietas e praticar exercício físico) [16].

Um fato é que indivíduos que fazem tentativas de mudar o comportamento que produz consequências positivas imediatas e consequências aversivas atrasadas podem experimentar lapsos que frequentemente conduzem à recaída [17]. Um breve momento de ocorrência do comportamento-problema é altamente provável. Também é possível o retorno ao padrão de comportamento-problema anterior. “Outro resultado possível é o indivíduo ‘voltar’ à direção da mudança positiva” [17, p. 16]. Isto torna relevante a **prevenção de recaída**, isto é, a prevenção da recorrência do padrão arriscado de uso de SPA.

Como parte do processo de mudança, a recaída, muitas vezes, pode ser vista como uma oportunidade do usuário aprender com ela e recomeçar a mudança de seu comportamento estando mais consciente das condições ambientais das quais essa mudança depende, no sentido de ser facilitada ou dificultada [18]. Viver sem usar drogas de modo arriscado pode ser comparado a andar de bicicleta sem usar as rodinhas de apoio. Você deve se lembrar de que, sem o apoio das rodinhas das quais dependia o seu equilíbrio, você caía muito nas primeiras tentativas de andar de bicicleta com autonomia. Na medida em que você foi ficando mais experiente em andar de bicicleta, você foi sentindo o que deveria fazer para manter o seu equilíbrio sem as rodinhas [19].



Este é o momento de você repensar sua compreensão dos conceitos aprendidos:

1. A descrição direta do comportamento em si, pode ser mais facilitadora da melhora e menos prejudicial à motivação do usuário do que descrições morais ou religiosas rançosas. Nesse sentido, descreva o que você entendeu sobre o conceito de “lapso” e “recaída”, reportando-se ao seu significado técnico aplicado aos objetivos da atenção integral em saúde mental-álcool e drogas: redução de danos, redução da frequência/quantidade ou abstinência.
2. Como a descrição operacional da recaída se afasta da descrição moral? Utilize a Média de Duração das Ocorrências (MDO: nº de lapsos dividido pelo nº de abstinência em um período X de tratamento) do “modelo quantitativo de análise de recaída” em sua argumentação, recriando outro exemplo hipotético ou usando um exemplo real de usuário do seu serviço. Finalize fazendo uma estimativa da probabilidade de manutenção da abstinência aplicando a fórmula: $PMA = 1 / (1 + MDO) \times 100$.

3. Como a análise funcional do comportamento (antecedente e consequente) de um usuário nos ajuda a entender a baixa probabilidade de manutenção da abstinência?

Tenha garantida a sua aprendizagem até então, por que a seguir você irá aprender como prevenir a recaída: fundamentos e estratégias.

Como, então, prevenir a recaída?

Há basicamente duas modalidades de intervenções na recaída: as intervenções farmacológicas e as psicossociais, derivadas dos diferentes modelos psicobiológicos e psicossociais de compreensão da recaída [3].

As intervenções farmacológicas consistem no uso de fármacos que:

- (1) agem como terapia de substituição à SPA à qual se é dependente, tratando os sintomas de abstinência aguda (tolerância cruzada) (e.g., benzodiazepínicos versus álcool, metadona versus opióides);
- (2) bloqueiam os efeitos reforçadores da SPA (e.g., antagonistas opióides versus álcool/opiídes);
- (3) funcionam para induzir sintomas aversivos quando em combinação com a SPA (terapia aversiva) (e.g., dissulfiram versus álcool/cocaína);
- (4) diminuem o craving (a síndrome de abstinência protraída, discutida melhor mais adiante) e os componentes do ciclo da adicção (impulsividade e compulsividade) (e.g., risperidona, quetiapina, clomipramina, entre outros);
- (5) agem reduzindo sintomas de transtornos psiquiátricos comórbido (e.g., anti-depressivos, estabilizadores de humor, neurolépticos e psicoestimulantes). Dependendo do caso, é feita a opção por utilização de apenas um fármaco ou por uma combinação de diversas classes deles para se atingir o objetivo do tratamento farmacológico [20].

No âmbito das intervenções psicossociais na dependência química, a **prevenção de recaída é o conjunto de estratégias cujo objetivo é analisar o problema da ocorrência do uso/recorrência do padrão de uso da SPA e manter o comportamento saudável adquirido, prevenindo e/ou manejando a ocorrência do uso e/ou a recorrência do padrão de uso da SPA** [16].

Essa prevenção consiste em, basicamente, ensinar ao usuário dois grupos de estratégias psicossociais: **1) estratégias de identificação de situações de alto risco para ocorrência da resposta de uso ou de recorrência do padrão de uso arriscado anterior e 2) estratégias de enfrentamento dessas situações** [21].

SEÇÃO 2

Fundamentos da prevenção de recaída

“Ensinar as pessoas sobre situações de alto risco e como enfrentá-las de um modo mais efetivo é a essência da prevenção de recaída” [22, p. 47]. Portanto, **o controle que os estímulos ambientais públicos e/ou privados de alto risco exerce sobre a ocorrência do uso de SPA, ou sobre a recorrência do padrão de uso, é o principal fundamento da prevenção de recaída.**

Controle de estímulo na dependência química refere-se ao quanto um estímulo antecedente público (i.e., acessível ao usuário e a outras pessoas, e.g., um horário do dia) ou privado (i.e., acessível apenas ao usuário, e.g., um sentimento) pode determinar a probabilidade de ocorrência da resposta de uso da SPA quando se quer parar de usá-la (ou diminuir a quantidade usada/a frequência de uso ou reduzir os danos do uso). O conhecimento do controle de estímulo e das formas de minimizar esse controle gerou um modelo de intervenção psicossocial de aplicação direta e imediata [22].

A análise e a intervenção na recaída são guiadas por seis perguntas-chave [23] que indicam os elementos do ambiente público ou privado a serem considerados na prevenção da recaída. Vamos enunciar cada uma dessas perguntas e as suas respectivas respostas, para que você entenda os fundamentos das estratégias de prevenção de recaída.

1. Existem eventos ambientais públicos e privados (EAPP's)³ específicos que servem como “gatilhos” ou “recompensa” para ocorrência do uso e recorrência do padrão de uso arriscado da SPA?

Sim, existem esses EAPP's e eles parecem “disparar” ou “recompensar” a ocorrência/recorrência do uso de SPA. Os EAPP's antecedentes ao uso são chamados genericamente de **“gatilhos”** e os consequentes, de **estímulos reforçadores**.

Um primeiro grupo de “gatilhos” compõe-se, tecnicamente falando, dos **estímulos discriminativos** (Sd). Recebem este nome porque estão relacionados com a história de aprendizagem do usuário, que possibilitou que o uso da SPA ficasse sob controle (função discriminativa) da sua consequência imediata. A consequência imediata do uso pode ser um reforço positivo (apresentação de um evento positivo) ou negativo (cessação de um evento aversivo). Assim, diante da “boca de fumo” (Sd), a resposta do usuário “entrar e comprar” (R) fica sob controle da consequência “obtenção da cocaína/crack” (SR+, reforço positivo); estar sentindo “pressão da família” (Sd) sinaliza

3. EAPP – eventos ambientais públicos e privados – incluem objetos, pessoas, pensamentos, sentimentos, ações, horários, locais, atividades etc., suas combinações específicas (e.g. uma atividade com um amigo) e suas propriedades (e.g., um pensamento “negativo”, um sentimento “agradável” ou um local “sinistro”).

a “cessação da pressão familiar” (SR-, reforço negativo) como a consequência do “uso da cocaína/crack” (R). Os eventos assim constituídos apresentam relação de dependência entre si e esta relação é chamada de **contingência**. Nesse caso da “boca de fumo”, a contingência é de três termos (o estímulo discriminativo, a resposta e a consequência da resposta)⁴, sendo R um **operante** porque opera o ambiente produzindo a sua própria consequência.

Um segundo grupo de “gatilhos” compõe-se de **estímulos incondicionais** (US) ou **condicionais** (CS) eliciadores. São **eliciadores** porque eliciam, pelo paradigma pavloviano⁵ em contingências de dois termos, a ocorrência de uma resposta incondicionada (UR) ou condicionada (CR) relacionada ao uso da SPA. Por exemplo, a presença da “cocaína no corpo” (US) elicia “efeitos da cocaína no corpo” (UR) e essa relação não depende de aprendizagem por experiência (acontece com todas as pessoas). Por outro lado, como parte do ritual e do procedimento de uso da SPA, ocorre aprendizagem [24]. Assim, por exemplo, após a visão do “papelote”, um estímulo neutro (NS), ser pareada repetidamente com a presença da “cocaína no corpo” (US), a “visão do papelote”⁶ se torna um CS e passa a eliciar os “efeitos da cocaína no corpo” (CR). Diz-se que essa relação depende das condições da história do usuário (que produz aprendizagem, que varia de pessoa para pessoa), que incluem o pareamento entre US's e NS's do ambiente que, assim, se tornam CS's.

Um terceiro grupo de “gatilhos” é formado pelos **estímulos condicionais** (CS) em contingências de quatro termos envolvendo o uso como comportamento operante⁷: a resposta pode produzir sua consequência reforçadora na presença de um ou de outro dentre dois estímulos discriminativos (B1 ou B2), dependendo de qual estímulo condicional estiver presente (A1 ou A2) [25]. Para que você entenda isto, este exemplo pode lhe ser familiar: madrugada (A1) ou dia/noite (A2) são condições (SC) para que a luz do semáforo (B1: vermelha; B2: verde) atue como Sd sobre o seu comportamento “parar o carro ao dirigir no trânsito” (R). Durante o dia/noite (A2), o parar evita uma colisão (SR) e durante a madrugada (A1), favorece um assalto (i.e., a luz vermelha

4. A notação de uma contingência operante de três termos é $S_d:R \rightarrow SR$ e é lida assim: “estímulo discriminativo sinaliza que se a resposta for emitida ela produzirá o estímulo reforçador”. Uma contingência pode ser descrita na forma “quando-se-então”, por outras pessoas ou pelo próprio usuário, e essa descrição pode ter função de regra/autorregra no controle do comportamento: “quando se sentir entediado, cheire pó e você ficará legal”.

5. Condicionamento clássico ou respondente: processo pelo qual, por emparelhamentos prévios, um estímulo neutro adquire as funções de um estímulo incondicionado e se torna condicionado.

6. É um pequeno invólucro de papel vegetal com uma porção de cocaína. É em papelotes que, normalmente, o “avião” repassa a cocaína do traficante para o usuário.

7. O número mínimo de termos de uma contingência é dois: a resposta (R) e a consequência reforçadora da resposta (SR). A contingência de três termos envolve o controle por um estímulo antecedente à R que adquire controle discriminativo da sua consequência reforçadora. Esse estímulo antecedente sinaliza o reforçamento condicional, sendo representada assim: $S_d:R \rightarrow SR$. Por sua vez, o reforçamento condicional (a contingência de três termos) pode ser colocado sob controle de um estímulo condicional formando uma contingência de quatro termos: $CS_1: S_d:R \rightarrow SR$. Neste capítulo descrevemos a contingência até esse quarto termo. Entretanto, a contingência ainda pode ficar sob controle de um quinto termo: o estímulo contextual. Isto mostra a abrangência e a complexidade dos controles que podem atuar sobre a recaída [25].

tem outro significado na madrugada). No caso de um usuário de cocaína/crack, presença ou ausência de salário no bolso pode ser estímulo condicional para que a “boca de fumo” seja ou não um Sd da consequência reforçadora “cocaína obtida”. Assim, a mesma “boca de fumo” que já oferece risco durante quase todo o mês, no dia do pagamento passa a oferecer risco extremamente alto. Esse mesmo processo ocorre quando um estado emocional, a visita de um amigo ou outro evento particular são estímulos condicionais que, ao mudarem a função (o “significado”) de outros estímulos do ambiente, podem exercer controle sobre a ocorrência do uso da SPA.

A consequência da resposta de uso da SPA pode “valer mais a pena” em uma determinada condição antecedente do que em outra e, assim, o uso se torna mais ou menos provável de ocorrer quando o usuário estiver nessa condição. Essas condições antecedentes são chamadas de operações motivacionais (OM) e afetam a “força” dos estímulos antecedentes e consequentes. Uma OM é qualquer operação ambiental que altera o valor da consequência de um comportamento (efeito estabelecedor do reforço) e, ao mesmo tempo, altera a frequência desse comportamento (efeito evocativo) [26]. Há duas OM's: as operações estabelecedoras (OE's) e as operações abolidoras (OA's). OE's aumentam a frequência de comportamentos e, ao mesmo tempo, tornam suas consequências mais atrativas (e.g., estar em abstinência sexual aumenta o valor de uma relação sexual e também aumenta a frequência de respostas de busca por sexo). OA's diminuem a frequência de comportamentos e, ao mesmo tempo, tornam suas consequências menos atrativas (e.g., estar em saciação sexual diminui o valor de uma relação sexual e também diminui a frequência de respostas de busca por sexo). Condições de privação e de estimulação aversiva são OE's importantes na recaída no uso de SPA. Se um usuário, no passado, aprendeu a aliviar a dor física ou o sofrimento psíquico usando a SPA, essas estimulações aversivas podem ser OE's de uma recaída: aumentam o valor da consequência do uso da SPA (e.g., alívio da dor/sofrimento) e aumentam a probabilidade de ocorrência da resposta que produz esse alívio (e.g., a busca e o uso da SPA).

2. A função dos EAPP's da primeira ocorrência do uso da SPA é a mesma da recorrência do padrão de uso arriscado? Se não, como essas funções podem ser distinguidas?

EAPP's de alto risco podem até ser os mesmos na ocorrência do uso (lapso) e na recorrência do padrão de uso (recaída), mas, em geral, funcionam de modo diferente dependendo da capacidade que o usuário tem para enfrentar esses EAPP's de alto risco. Os comportamentos do tipo pensar e sentir⁸ fazem parte da ou acompanham a capacidade do usuário de enfrentamento desses EAPP's de alto risco e eles são

8. Há dois tipos de eventos privados [15]: os de sentir (i.e., estados do corpo, sensações e emoções, aos quais damos um nome: “vontade”, “expectativa”, “dor”, “tristeza”, “raiva” etc.) e os de pensar (i.e., comportamentos verbais encobertos, pensamentos e crenças/attitudes, aos quais também damos um nome: “pensar”, “ponderar”, “decidir”, “acreditar” etc.). Uma crença é a descrição da probabilidade de ocorrência de um evento (e.g., “Eu acredito que isto não acontecerá comigo”); uma atitude é a descrição de uma preferência, favorável ou desfavorável (e.g., “Eu gosto de me sentir assim”)[29]. Os grupos sociais com os quais o usuário interage reforçam com mais frequência a

diferentes no lapso e na recaída, sendo partes de cadeias de respostas ou compondo classes de estímulos privados. Portanto, para analisar como os EAPP's agem na ocorrência do uso e na recorrência do padrão de uso da SPA, dois conceitos são importantes: classe de estímulos e cadeia de respostas.

Classe de estímulo é o grupo de estímulos antecedentes diferentes (pessoas, lugares, acontecimentos, sentimentos, etc.) que são capazes, como grupo, de evocar um comportamento idêntico ou parecido. Na aprendizagem do uso de SPA, estímulos formam um grupo (ou classe) porque foram relacionados entre si durante a experiência do usuário com a SPA, chegando, em muitos casos, a se tornar equivalentes entre si. Assim, uma ampla gama de “dicas” do ambiente, incluindo aquelas não diretamente associadas e nem formalmente parecidas com o estímulo condicional passa a desencadear o uso da SPA [27]. Por exemplo, se o uso ocorria na presença de amigos, a presença de quaisquer pessoas pode desencadear a vontade de usar; se ocorria na presença de situações “que dão raiva”, quaisquer situações frustrantes podem desencadear a vontade de usar.

Cadeia de respostas é uma série de comportamentos relacionados entre si: cada comportamento produz reforço para o comportamento anterior e serve como estímulo para o próximo comportamento [28]. Seu comportamento de escovar os dentes, por exemplo, é o elo final de uma cadeia de respostas. Se você tomar o “pegar a pasta de dentes” como um ponto inicial da cadeia, verá que várias respostas são necessárias para que ocorra o “escovar os dentes”, dentre elas, “passar a pasta na escova”, “abrir a torneira” e “enxaguar a boca”. Os dentes não poderão ser escovados se os elos anteriores não ocorrerem. Cada comportamento (exceto os das “pontas” da cadeia) têm duas funções: reforço positivo para o comportamento anterior e Sd para o comportamento seguinte. “Pasta sobre as cerdas da escova” é o reforço do “Passar a pasta na escova” e, ao mesmo tempo, é a ocasião (Sd) para que você leve a escova à boca e produza o reforço positivo esperado.

Uma cadeia de respostas que leva ao uso da SPA pode não ser percebida de modo claro pelo usuário. Um elo inicial de uma cadeia, favorecido por uma OE de privação, pode ser a vontade de telefonar para um amigo que não usa (“Tenho que ligar para ele”), mas que conhece pessoas que fazem uso. Esse elo conduz ao aceite do convite do amigo, que conduz à ida a uma festa, que conduz ao uso da SPA. Em exemplos como este, a decisão de ligar para esse amigo é chamada de Decisão Aparentemente Irrelevante (DAI) porque parece não ter relevância para o lapso e a recaída, mas tem muita relevância. O usuário precisa aprender quando e porque toma DAI's e descobrir sua relevância como uma “armadilha” para a recaída. Há uma classe de pensamentos que é como “bandeiras vermelhas” para a recaída e precisa ser identificada: “Tenho que...”, “Posso lidar com...” e “Não há problema se...” [30].

expressão da crença com atitude; e reforçam com mais frequência quando ambas, crença e atitude, parecem estar consistentes com a situação a qual se referem ou com o que pode ocorrer nessa situação (e.g., o usuário dizer “Eu ouvi dizer que há risco de eu ir à festa e beber” é menos convincente aos seus familiares do que se ele disser e, ao mesmo tempo, demonstrar que está gostando do que está dizendo: “Há risco de eu ir à festa e beber e é bom eu pensar assim”)[29, p. 160].

A não ocorrência de um comportamento na “ponta” final de uma cadeia é mais provável quanto mais no início a cadeia for “quebrada”. E isto é importante na prevenção de recaída. O contato com uma classe de EAPP's de alto risco é considerável durante o tratamento ambulatorial da dependência química e eles podem desencadear uma cadeia de respostas que pode se finalizar ou não com a recaída. Por outro lado, uma cadeia eficiente de respostas de enfrentamento desses EAPP's de alto risco é crucial para a prevenção do lapso e da recaída. Uma cadeia ineficiente de respostas de enfrentamento de EAPP's de alto risco pode ser acompanhada dos sentimentos de baixa autoconfiança e de alta expectativa pela consequência positiva do uso da SPA. Esses sentimentos podem ser elos privados da cadeia de respostas que tem o lapso como elo final. Nisso, o lapso pode acontecer e pode ser seguido por duas cadeias de eventos (discutidas adiante) que predizem a recorrência do padrão de uso (recaída): (1) **“efeitos da violação da abstinência”** (EVA's) e (2) **“efeitos iniciais da SPA”** [23].

3. Como o usuário reage (comportamento emocional) e como descreve (comportamento verbal) os EAPP's antecedentes e consequentes à ocorrência do uso e como essa reação e descrição afeta o seu comportamento subsequente quanto à probabilidade de recorrência do padrão de uso arriscado?

Os EVA's resultam da probabilidade de punição da própria violação e, ao mesmo tempo, do não cumprimento da meta do tratamento. É um conjunto de eventos encobertos do tipo sentir (e.g., vergonha, culpa, baixa autoconfiança, baixa autoestima) e do tipo pensar (e.g., autoacusação e autodepreciação em autorregras distorcidas ou discrepantes com as contingências). Os EVA's incluem sentimentos: (1) de desamparo e perda do autocontrole em relação à meta que o usuário definiu para o tratamento do uso da SPA e (2) de vergonha e culpa em relação aos outros e/ou a si mesmo (autoculpa) [30]. Associados a esses sentimentos, os EVA's incluem também pensamentos (crenças e atitudes) negativos: os usuários passam a descrever como inevitável a probabilidade da ocorrência de eventos que não querem que ocorram. Eles passam a desacreditar na sua própria capacidade de mudar e a atribuir a ocorrência do uso a fatores internos a eles mesmos (e.g., “falta de caráter” ou “falta de força de vontade”) ou externos, mas além do controle (e.g., “destino” ou “trabalho feito por alguém”). Em geral, eles se autodescrevem de forma distorcida: “fracassados” e “sem recuperação”. **Os sentimentos e os pensamentos podem ser elos de uma cadeia de eventos privados que pode exercer função para a recorrência do padrão de uso (recaída)** [31]. Em especial, os pensamentos podem atuar como regras e estabelecer a recaída porque são Sd para comportamentos seguintes na cadeia de respostas rumo à recaída (Skinner, 1969) e/ou OM's que alteram o valor da abstinência e/ou do uso da SPA [32].

Assim, o lapso é precipitado por um ou mais EAPP's de alto risco que desencadeiam outros EAPP's relacionados a uma cadeia de respostas ineficientes de enfrentamento. Essa cadeia de respostas ineficientes é acompanhada de dois sentimentos: baixa autoconfiança no enfrentamento do que desencadeou o elo da “ponta” inicial da cadeia e expectativa dos “efeitos iniciais da SPA” após o lapso, como o elo da “ponta” final da cadeia de respostas.

Ao mesmo tempo em que ocorrem os EVA's, ocorrem os “efeitos iniciais da SPA”, que, por reforço positivo ou negativo, aumentam a probabilidade da recaída. O usuário pode experimentar tanto uma consequência que é a apresentação de algo positivo (e.g., a euforia, um reforço positivo) quanto uma consequência que é a cessação de algo negativo (e.g., o sofrimento físico ou psicológico, um reforço negativo). “Dado que usar drogas é assim tão reforçador, a maioria dos usuários não é capaz de fazer um trajeto definitivo do uso para a mudança do uso numa única tentativa” [23].

Uma vez ocorrido o lapso, pode se iniciar uma nova cadeia de respostas envolvendo os EVA's e os “efeitos iniciais da SPA”. Esses efeitos, como visto, exercem controle sobre a recaída propriamente dita. Nesse processo é comum que o próprio usuário apresente um reforçador (autorreforçamento) ou apresente um estímulo aversivo como consequência de um comportamento dele mesmo (autopunição). Os EVA's podem incluir a formulação de autorregras: o próprio usuário descreve uma relação entre eventos e segue o que descreve (e.g., “Já que usei e já era, vou aproveitar mais”). Em especial, os EVA's precisam ser manejados durante a prevenção de recaída como parte do treinamento de respostas efetivas de enfrentamento dos EAPP's de alto risco. O manejo dos EVA's visa a que o enfrentamento possa ocorrer acompanhado do sentimento de autoconfiança e, assim, diminuir a probabilidade da recaída [23].

4. É possível um usuário antecipar a ocorrência do uso e/ou a recorrência do padrão de uso arriscado pensando e visualizando encobertamente (imaginando) uma situação na qual é praticamente impossível “resistir à tentação”?

Sim, é possível. Para que ele consiga antecipar imaginando essa situação-problema de “tentação” máxima ele precisa criar estímulos privados. Isto é feito a partir da lembrança de situações vividas nas quais ele sentiu-se “tentado” a usar e da descrição do que ele próprio acredita que pode ocorrer nessa situação (i.e., ele irá descrever o quanto acredita na probabilidade de ocorrência do uso [27]). Essa capacidade pode ser conseguida como parte da estratégia de solução de problemas, cujos passos iniciais, como você aprenderá na última seção deste capítulo, envolve a definição, o mais detalhada possível, da situação-problema a ser solucionada pelo usuário [33; 34].

5. Em quais momentos do processo de recorrência do padrão de uso arriscado é possível intervir e alterar o curso dos EAPP's antecedentes e consequentes de modo a evitar a recorrência do padrão de uso arriscado inicial?

É possível intervir: (1) antes do lapso, quando se faz a prevenção da recaída propriamente dita, o que envolve treinamento de habilidades de enfrentamento dos EAPP's alto risco (e, conseqüentemente, se aumenta o sentimento de autoconfiança nesse enfrentamento); e (2) após o lapso, quando se faz a intervenção na recaída com estratégias de treinamento de habilidades de enfrentamento mais dirigidas, por

exemplo, para os AVE's (os “efeitos da violação da abstinência”). Ao mesmo tempo se treinam habilidades em estratégias globais, como as citadas adiante (e.g., meditação, prática desportiva, etc.) [23].

6. Durante o tratamento do uso arriscado da SPA, é possível preparar os indivíduos para anteciparem a probabilidade de recorrência do padrão de uso arriscado, ensinando-lhes estratégias de enfrentamento para que possam reduzir a probabilidade de ocorrência do uso e a subsequente recorrência do padrão?

Sim, e deve ser feita essa preparação. A prevenção de recaída parte do princípio de que o usuário de SPA em recuperação pode voltar a usar a SPA (ou voltar a fazer uso sem prevenir danos) porque se vê diante de evento ou situação de risco sem ter aprendido habilidades: (1) de identificação, (2) de enfrentamento desse evento ou dessa situação e (3) de manutenção do comportamento incompatível com o uso [35]. O domínio dessas habilidades faz reduzir a probabilidade do uso e é acompanhado dos sentimentos de autocontrole e autoconfiança [5; 17]. Este princípio informa, como descrito melhor nas seções seguintes, que a prevenção de recaída se ocupa do ensino dessas habilidades com um conjunto de sete estratégias [17] voltadas para:

1. A identificação de EAPP's de alto de risco.
2. A diferenciação entre lapso e recaída.
3. A modificação de pensamentos e sentimentos associados ao uso.
4. O monitoramento e a análise funcional do uso.
5. O treinamento do enfrentamento de evento ou situação de risco.
6. O treinamento do enfrentamento do *craving*.
7. O treinamento de solução de problemas.



Pausa para pensar através dos conceitos aprendidos:

1. Descreva, uma situação (real ou fictícia) identificando os eventos ambientais públicos e privados (EAPP's) que servem como “gatilho” para ocorrência do uso e recorrência do padrão de uso arriscado de SPA.

2. Na mesma linha de raciocínio, descreva outro grupo possível de “gatilho”, através de pareamentos simples utilizando os conceitos de estímulos incondicionados (US), estímulos neutros (NS), finalizando com um estímulo condicionado (CS).
3. Argumente, com suas palavras, como uma situação que leva um dependente químico em abstinência a uma Decisão Aparentemente Irrelevante (DAÍ) pode se revelar em “armadilha” para a recaída. Finalize interligando a quebra de um dos elos dessa cadeia como fator importante para a prevenção de recaída.
4. Explique o que você entendeu do conceito de “efeitos da violação da abstinência”. Você conheceu um caso e saberia contar para ilustrar o processo que esse conceito descreve?
5. Quais são as sete estratégias da prevenção de recaída?

SEÇÃO 3

Definição e eficácia das estratégias de prevenção de recaída

O que são as estratégias de prevenção de recaída?

A prevenção de recaída pode ser descrita como uma estratégia de prevenção terciária com dois objetivos específicos: 1. prevenir um lapso inicial e manter a abstinência ou as metas de tratamento de redução de dano; 2. proporcionar o manejo do lapso quando de sua ocorrência, a fim de prevenir uma recaída. O objetivo fundamental é proporcionar habilidades de prevenção de uma recaída completa, independentemente da situação ou dos fatores de risco iminentes [17, p. 15].

Quais as evidências de eficácia das estratégias de prevenção de recaída?

A prevenção de recaída é uma das intervenções psicossociais de eficácia mais estudada no tratamento da dependência química [36]. Quando foi comparada com a ausência de tratamento ou com outras estratégias de intervenção sem prevenção de recaída, conclui-se que a prevenção de recaída reduz a intensidade do lapso e da recaída [37]. A prevenção de recaída é efetiva na modificação do comportamento de uso da SPA e na melhora geral da adaptação psicossocial do indivíduo [36; 38].

Entre dois níveis possíveis para classificar a eficácia de uma intervenção em dependência química, a evidência de eficácia da prevenção de recaída é o nível 1 (o que significa que a **prevenção de recaída é efetiva no tratamento da dependência química**). Portanto, entre dois graus possíveis de recomendação de estratégias de intervenção, seu grau é o “A” (o que significa que **o tratamento da dependência química deve utilizar a prevenção de recaída para ser considerado efetivo**) [35].

SEÇÃO 3

Estratégias de prevenção de recaída

Como dito anteriormente, a primeira estratégia da prevenção de recaída é identificar EAPP's de alto risco para a ocorrência do uso e/ou a recorrência do padrão de uso da SPA [22]. As demais estratégias (estratégias de enfrentamento específicas e globais) são baseadas no que se aprende e se conclui a partir dessa primeira habilidade.

1. Identificar EAPP's antecedentes de alto risco

Foi identificada uma lista de EAPP's para a recaída a partir das respostas a quatro questões feitas às pessoas que faziam uso arriscado de álcool, estavam abstinentes e voltaram a beber.⁹ Depois, essa lista foi revisada e ampliada com dados de pessoas que faziam uso arriscado de tabaco e de heroína. Então, conclui-se que há duas grandes categorias de situações de alto risco, os chamados **EAPP's para a recaída: (1) intrapessoais (i.e., eventos privados) e (2) interpessoais (i. e., eventos públicos sociais)** [23]. A Tabela 2, a seguir, apresenta as oito categorias de situações de alto risco a partir desses determinantes.



Espaço para anotações

9. "Qual era a situação quando você levou a primeira dose à boca?"; 2. "Como você descreveria a principal razão para tomar o primeiro gole?"; 3. Descreva quaisquer pensamentos ou sentimentos que evocaram a vontade de beber nessa situação."; 4. Descreva todas as circunstâncias ou o conjunto de eventos acontecendo nessa situação que desencadearam a necessidade ou o desejo de dar o primeiro gole." [23].

Tabela 2: Situações de alto risco para recaída no uso de SPA [23].

Grande categoria	Categoria	Subcategoria	Exemplo
Eventos do ambiente privado	(1) Enfrentamento de emoções negativas	Evento antecedente privado do tipo frustração e/ou raiva, dirigido a si mesmo ou ao ambiente não social.	Frustração e raiva quando uma chuva faz cancelar um acampamento.
		Evento antecedente privado, do tipo outras emoções negativas (exceto frustração e raiva), dirigido a si mesmo ou ao ambiente não social.	Medo, tensão, solidão, tédio, preocupação e outras emoções negativas (diferentes da frustração e/ou da raiva).
	(2) Enfrentamento de estados fisiológicos negativos	Evento antecedente privado do tipo estados fisiológicos, associado com o uso anterior da SPA.	Sentir <i>craving</i> .
		Evento antecedente privado do tipo estados físicos ou fisiológicos, não associado com o uso anterior da SPA.	Sentir dor, fadiga ou sintomas físicos de doença específica (e.g., a enxaqueca).
	(3) Intensificação de estados emocionais positivos.		Sentimentos e expectativas em situações quando se quer/se pode aumentar o prazer, a diversão, a liberdade etc. (e.g., férias), incluindo as situações nas quais se quer aumentar os efeitos positivos, o “barato”, produzidos pela SPA (e.g., locais de uso das <i>club drugs</i>).
	(4) Testagem do sentimento de autocontrole.		Sentimentos e expectativas em situação de ocorrência/recorrência do uso para “testar” a possibilidade de uso moderado ou simplesmente “para ver o que acontece” (e.g., testes da eficácia do tratamento, da perseverança ou “força de vontade”).
	(5) Sucumbimento às tentações e impulsos na ausência de outras pessoas.	Evento antecedente privado relacionado à SPA.	A tentação ou o impulso eliciados por situações (e.g., passar em frente ao bar, estar assistindo um comercial na TV, estar num churrasco etc.) que são estímulos para a ocorrência/recorrência do uso.

		Evento antecedente privado não diretamente relacionado à SPA.	A tentação ou o impulso eliciados por situações não conscientes e não diretamente relacionadas à SPA (parecem ser eliciados “do nada”) que são estímulos para a ocorrência/recorrência do uso.
Eventos do ambiente público-social	(6) Enfrentamento de conflito interpessoal.	Evento antecedente privado (emoção negativa) do tipo frustração e/ou da raiva, decorrente de conflitos em relacionamentos interpessoais.	Situação envolvendo alguém ou um grupo, gerando sentimento de frustração e/ou raiva (e.g., situações que demandam argumentação e produzem ciúme ou culpa).
		Evento antecedente privado (emoção negativa) diferente da frustração e/ou da raiva, decorrente de relacionamentos interpessoais.	Situação envolvendo alguém ou um grupo, gerando sentimento de ansiedade, medo, tensão, preocupação etc. (e.g., avaliação de alguém).
	(7) Pressão social para a ocorrência/recorrência do uso da substância psicoativa.	Evento antecedente público-social caracterizando “pressão social direta”.	Situação de contato direto com outra pessoa(s), que pressiona o uso da SPA ou fornece a SPA para o uso (é diferente da situação que ocorre quando o usuário decide por si próprio usar a SPA).
		Evento antecedente público-social caracterizando “pressão social indireta”.	Situação de uso da SPA pela observação de outra pessoa(s), que usa (modelo) ou que favorece indiretamente o uso da SPA.
	(8) Intensificação de estados emocionais positivos na presença de outras pessoas.		Situação com presença de outra(s) pessoa junto com quem se quer incrementar sentimentos de prazer, excitação sexual, liberdade etc. (e.g., uma festa).

Veja na Tabela 2 que as funções dos EAPP's de alto risco (intra e interpessoais) são dadas, em geral, por condição de privação de algum evento agradável ou atrativo que se busca; ou de estimulação aversiva por algum evento desagradável ou repulsivo que se quer eliminar ou evitar. Os determinantes intrapessoais da recaída têm a função de estímulo antecedente privado do tipo sentir [15]. Perceba que pessoas, locais e atividades podem ser “gatilhos” especiais para a ocorrência do uso e a recorrência do padrão de uso arriscado de drogas. Mas não é apenas isso. O *craving* e os comprometimentos cognitivos do uso prolongado da SPA têm papel especial na prevenção da recaída.

Craving e recaída

É impossível traduzir a palavra *craving* num termo técnico [39], e também é difícil diferenciar o *craving* das suas próprias causas e consequências [40]. Ele é o estágio do ciclo da adicção caracterizado por preocupação com o uso e antecipação do uso e, portanto, está intimamente associado à recorrência do uso da SPA [41], definindo a característica crônica e recorrente da dependência [42].

O *craving* é produto do condicionamento dos efeitos reforçadores das SPA's possibilitados pela dopamina, o neurotransmissor associado a esses efeitos. A motivação para a busca da SPA, quando o usuário se depara com estímulos condicionados ao uso da SPA, está relacionada a níveis elevados de dopamina no SNC. Esses níveis elevados têm função na avaliação e na predição da consequência do comportamento, facilitando a aprendizagem por estabelecer a motivação para o valor dessa consequência [43]. Quando o uso da SPA é interrompido surge um estado emocional negativo (disforia, ansiedade e irritabilidade) que pode ser uma resposta condicional eliciada por estímulos do ambiente [44].

Subjetivamente, o *craving* se caracteriza por eventos privados de pensar e de sentir sobre uma atividade ou coisa que, na história de aprendizagem, fora associada com prazer e alívio de desconforto, tornando-se foco da atenção [45]. A vontade irresistível de usar a SPA é como um pico na intensidade da motivação para o uso, entretanto o uso pode ocorrer quando a motivação não é assim tão intensa. Vontade de usar ocorre nas fases de consumo ou de início da abstinência, ou mesmo após um longo período de manutenção da abstinência, tendo uma frequência, uma duração, uma intensidade e uma saliência, características que sozinhas ou combinadas, podem ser nomeadas como “fissura” pelo usuário [41].

Comprometimentos cognitivos e recaída

O enfrentamento dos EAPP's de alto risco tem um importante papel na prevenção de recaída. Entretanto, esse enfrentamento pode ser prejudicado quando o uso arriscado da SPA foi contínuo [46] e trouxe complicações neurológicas [47]. Isto tem que ser

considerado no trabalho de prevenção de recaída, uma vez que usuários que ainda não apresentam esses comprometimentos ficam mais tempo sem apresentar recaídas do que aqueles que já apresentam esses comprometimentos [46]. Quando há esses comprometimentos, o pensamento se torna menos claro e a memória falha ocasionalmente. Esse comprometimento gera dificuldade de resolver problemas cotidianos, o que afeta a autoestima e a autoconfiança. O usuário sente dificuldade de se concentrar, em especial, quando é necessário formar conceitos abstratos.



Hora de parar e assegurar-se de ter aprendido os conceitos:

1. Pense em um caso do seu serviço (ou de conhecido ou de amigo/a) que tenha usado SPA depois de ficar algum tempo sem usar. Você saberia identificar EAPP's de alto risco nesse caso? Em qual categoria e em qual subcategoria você incluiria esse(s) EAPP(s) antecedente(s) de alto risco?
2. Como você explicaria em termos simples o fenômeno do craving a um familiar preocupado com um usuário que diz sentir “fissura”?
3. Como o comprometimento cognitivo se relaciona com a recaída?

2. Aplicar estratégias de enfrentamento para prevenção da recaída

2.1. Abordagem geral na aplicação das estratégias de prevenção de recaída

As estratégias de prevenção de recaída são focais (i.e., focadas em objetivos) e desfusoras (i.e., visam à eliminar a fusão entre a pessoa do usuário de SPA e o seu comportamento-problema, separando a pessoa do comportamento da pessoa). Sua aplicação no serviço pressupõe a autonomia do usuário no seu próprio tratamento. O incentivo da independência do usuário em relação ao profissional que o assiste reforça a adesão e a cooperação no serviço e “os usuários aprendem a perceber seus comportamentos adictivos como algo que eles fazem ao invés de uma indicação de algo que eles são” [23]. Esses pressupostos ajudam o usuário a se sentir menos culpado e a relatar com mais sinceridade o que faz, sente e pensa. Como sujeito ativo da sua própria mudança, o usuário é quem toma as decisões demandadas pelas estratégias de prevenção de recaída. Essa postura na implementação das estratégias de prevenção de recaída no serviço desenvolve os sentimentos de autoconfiança e de domínio da execução da prevenção [23].

Esta abordagem geral indica que as estratégias devem ser dirigidas sob medida a um usuário ou grupo específico de usuários, com base numa avaliação de seus problemas e estilos de vida. Os seguintes aspectos devem ser considerados nessa abordagem geral [23]: (1) o usuário deve ser encorajado a escolher uma combinação de estratégias de prevenção de recaída por critérios técnicos e de preferência; (2) deve ser dado “um passo de cada vez” na intervenção com tais estratégias, sendo as estratégias introduzidas gradualmente de modo a garantir a adesão às fases progressivas da prevenção de recaída; (3) deve haver equilíbrio entre as modalidades de estratégias experienciais (e.g., imaginar cenas de alto risco) e instruacionais (e.g., diferenciar lapso de recaída).

2.2. Abordagem dos componentes terapêuticos da prevenção de recaída

Os ingredientes ativos da mudança de comportamento pelas estratégias de prevenção de recaída [23] incluem:

- (1) Descrição de EAPP's de alto risco, tanto as experimentadas no passado (retrospecto) quanto as com alta probabilidade de serem experimentadas no futuro (prospecto). Nessa descrição se enfatizam os eventos antecedentes e consequentes ao comportamento passado – aberto (o que o usuário fez) e privado/encoberto (o que o usuário sentiu/pensou) – e ao comportamento futuro (o que o usuário provavelmente fará, sentirá ou pensará).
- (2) Análise funcional da ocorrência do uso (lapso) e da recorrência do padrão de uso da SPA (recaída) a partir das descrições de EAPP's de alto risco e das consequências do uso. A análise funcional é a descrição de relações entre eventos comportamentais abertos (fazer, procurar, buscar etc.) e privados/encobertos (pensar: interpretações, crenças, atitudes, etc.; ou sentir: sensações, sentimentos, expectativas etc.) e seus eventos ambientais antecedentes (operações motivacionais e estímulos discriminativos, eliciadores ou condicionais) e consequentes (estímulos reforçadores positivos ou negativos). Em poucas palavras, a análise funcional informa como as situações de alto risco funcionam para controlar a ocorrência/recorrência do uso de drogas. Ela aponta o “para que” ou o “porquê” do uso da SPA na história do usuário como uma pessoa singular inserida em grupos sociais dentro da sua cultura.
- (3) Treinamento de habilidades (individual ou em grupo, em sessões estruturadas) de identificação de EAPP's de alto risco (e.g., ensino da autoaplicação e da autoanálise do IDST-8, o inventário de situações de uso de drogas, [48]); de registro de situações de risco (e.g., o “relógio de horários de risco” [49]); de treinamento de habilidades mais amplas (e.g., o treinamento da assertividade [50]); de consciência das vantagens e desvantagens do uso da droga [49]; dentre outros descritos na seção 5 deste capítulo.

- (4) Prática de habilidades durante as sessões (individual ou em grupo), de identificação e de enfrentamento de EAPP's de alto risco.
- (5) Prática de habilidades no dia a dia em “tarefas de casa”, que devem ser incentivadas e reforçadas pelo profissional e/ou pelo grupo terapêutico.
- (6) Revisão da prática de habilidades no dia a dia durante a sessão.

Em síntese, as estratégias de prevenção de recaída são terapêuticas no sentido em que o profissional que as planeja arranja contingências para que habilidades de identificação e de enfrentamento de EAPP's de alto risco sejam adquiridas e fortalecidas. O contato com EAPP's pode ocorrer tanto nos primeiros estágios da mudança de comportamento quanto durante os estágios de consolidação da mudança. Eles podem comprometer a manutenção dos resultados do tratamento do uso arriscado da SPA [23].

As habilidades de identificação de EAPP's de alto risco permitirão ao usuário localizar “quando”, “onde” ou com “quem” e “porquê” a ocorrência/recorrência é mais provável. A análise funcional do comportamento nessas situações, a partir da história de aprendizagem do usuário, aponta o “porquê” dessas situações exercerem, ou poderem exercer, controle sobre a ocorrência/recorrência do uso. Ela deve incluir a análise das funções dos antecedentes nessas situações, das regras e, em especial, a função das OM's que alteram momentaneamente tanto o valor das consequências quanto a probabilidade da ocorrência/recorrência do uso [14]. “Gatilhos” [23] ou “sinalizadores” [49] têm sido os termos para abordar os estímulos antecedentes nessa análise funcional com o usuário.

Ao se ensinar a análise funcional dos eventos encobertos do tipo pensar (interpretações, crenças, atitudes etc.) que estão sob controle de eventos ambientais antecedentes e consequentes nas situações de alto risco, o profissional deve atentar às suas funções nas denominadas tomadas de *Decisões Aparentemente Irrelevantes*, DAI (*Apparently Irrelevant Decisions*, [23]).

As DAIs são como “enganos” de percepção dos usuários, em geral não conscientes, “planejados encobertamente para trazer-lhes problemas ao colocá-los cada vez mais perto das situações que são extremamente tentadoras e difíceis de resistir” [23]. Na análise funcional das DAIs, o profissional, juntamente com o usuário, deve atentar para as descrições verbais distorcidas dos fatos, uma vez que elas podem, como regras discrepantes das contingências, controlar a tomada de uma decisão que, de fato, é relevante para a ocorrência do uso ou recorrência do padrão de uso da SPA. Exemplos de “enganos” ou “distorções” aparecem no comportamento verbal do usuário, por exemplo, de negação do risco, de superestimação da capacidade de autocontrole ou de racionalização de uma razão outra para a decisão, inventada como esquiva da punição pela tomada de uma decisão que não é admitida como de risco.

A análise funcional dos eventos consequentes ao uso de drogas deve indicar a necessidade de o usuário programar mudanças importantes no seu estilo de vida, de modo que as consequências produzidas pelo uso de drogas, na medida do possível, possam advir de outros comportamentos ou atividades saudáveis ou não prejudiciais.

Drogas tornam-se parte de uma dependência porque são usadas como uma estratégia de enfrentamento dos altos e baixos contínuos da vida. Progressivamente, torna-se difícil para os usuários viverem suas vidas aumentando ou diminuindo a intensidade de suas experiências sem estarem “de fogo” ou alterados. Quando param de beber, cheirar, fumar ou injetar drogas eles começam a aprender que podem confiar em seus sentimentos e experiências sem tentar escondê-los por trás da névoa da intoxicação. A prevenção de recaída ensina aos usuários novos métodos para lidar com o estresse e aumentar o número de “desejos” ou de atividades agradáveis em seu estilo de vida diário [23].

A análise da função dos eventos antecedentes e consequentes, então, permite que o usuário possa antecipar ocorrências do uso e recorrências do padrão de uso no percurso longo do tratamento e, portanto, preparar-se para os altos e baixos desse percurso.

2.3. A intervenção na recaída: estratégias específicas e globais

O trabalho de prevenção de recaída se inicia com a diferenciação entre lapso e recaída e com a identificação dos EAPP's de alto risco imediatos e precipitantes da ocorrência do uso de drogas (lapso). Caso essa ocorrência seja um fato durante a prevenção de recaída, o trabalho prossegue com a modificação do comportamento verbal e do comportamento emocional (os EVA's) relacionado a essa ocorrência, de modo a impedir que a ocorrência do uso (lapso) seja recorrente (recaída) [23].

Por estarem focalizadas na análise funcional do comportamento em situações específicas imediatas e precipitantes da ocorrência do uso (ou, se for o caso, da recorrência do padrão de uso), as estratégias de trabalho no início da intervenção sobre a recaída são denominadas de estratégias específicas. Uma vez que o usuário tenha dominado essas estratégias específicas, o profissional continua a proceder, juntamente com o usuário, uma análise funcional mais estendida da vida do usuário, além da análise da primeira ocorrência do uso durante o tratamento. Essa análise funcional mais ampla irá indicar estratégias que objetivam modificar estilos de vida e eventos privados e encobertos relacionados à recorrência do padrão de uso. Por serem estendidas e amplas, essas estratégias são denominadas de *estratégias globais*.

As estratégias específicas e globais são agrupadas em categorias [51]:

(1) Estratégias de avaliação. As estratégias de avaliação consideram a probabilidade de ocorrência do uso e/ou recorrência do padrão de uso para identificar ou mensurar: problemas consequentes ao uso, EAPP's de alto risco, motivação para a mudança de comportamento (de acordo com a meta do serviço e do usuário), fatores de risco e proteção (do indivíduo, da família, dos pares, da comunidade e da escola/faculdade).

(2) Estratégias de amplificação da consciência. Essas estratégias são planejadas para que o usuário possa identificar e descrever processos comportamentais relativos ao desafio da mudança diante da probabilidade de ocorrência do uso e/ou recorrência do padrão de uso. Incluem estratégias que têm o objetivo de identificar e descrever contingências: ações (eventos públicos), pensamentos e sentimentos (eventos privados) e seus eventos ambientais antecedentes e consequentes. Essas contingências podem conter crença, atitude, interpretação, fatos distorcidos de fatos e fatos de sentimentos (e.g.; craving, tendência ou intenção de procurar situações envolvendo a SPA, autoconfiança, culpa, preferência, vergonha, autodepreciação, raiva e outros).

(3) Estratégias de treinamento de habilidades de enfrentamento. Essas estratégias arranjam contingências para que o usuário adquira habilidades para lidar com EAPP's de alto risco. Podem envolver a aquisição e/ou a modificação de: eventos comportamentais públicos e/ou privados: treinamento da assertividade [50], treinamento de resolução de problemas [33; 34], implementação de “saídas de emergência” [49] etc.; e eventos comportamentais privados do tipo pensar e sentir: treinamento de questionamento de crenças/regras discrepantes com as contingências, balança decisória ou quadro de vantagens e desvantagens do uso de drogas [49], técnicas para lidar com o craving [21], técnicas para identificar pensamentos precorrentes relacionados às DAI's [30], dentre outras.

(4) Estratégias de modificação do estilo de vida (globais). “São planejadas para fortalecer a capacidade global do usuário e reduzir a frequência e a intensidade do craving frequentemente produzido pelo estresse e pelo destresse provocado por um estilo de vida desequilibrado” [23]. Podem incluir: treinamento de meditação, treinamento de relaxamento muscular progressivo, treinamento autógeno, clarificação e hierarquização de valores¹⁰, treinamento de condicionamento físico, treinamento desportivo, treinamento em administração do tempo, programação de atividades religiosas, sociais e de lazer, entre outras. Algumas são oferecidas por profissionais do serviço (e.g., professor de educação física, psicólogo ou arte-terapeuta) e outras são possibilitadas por equipamentos ou movimentos comunitários (e.g., academias populares de musculação, cursos de teatro, atividades religiosas, etc.).

10. A estratégia clarificação e hierarquização de valores está descrita no capítulo “Análise de fatores de risco e proteção para o uso de drogas”.



Agora vamos parar para refletir

1. Você saberia falar sobre dois elementos da abordagem geral da prevenção de recaídas?
2. Você sabe dizer porque a análise funcional do comportamento é o ingrediente ativo mais importante da prevenção de recaída?
3. Todos nós podemos tomar decisões aparentemente irrelevantes que nos aproximam daquilo que queremos, mas devemos evitar. Você viveu uma situação assim? Conhece uma situação assim em um caso de usuário (ou de conhecido ou parente)? Como você descreveria essa situação com os aspectos envolvidos em uma Decisão Aparentemente Irrelevante?
4. As estratégias de prevenção de recaída têm como principal meta a prevenção do lapso inicial e a manutenção da abstinência/redução de danos. Utilizado a Tabela 2, escolha um EAPP de cada ambiente: intrapessoal (privado) e interpessoal (público social). Em seguida, estabeleça manejo da situação de lapso indicando habilidades de prevenção que seriam estratégicas ao enfrentamento desses EAPP's. Se possível, classifique essas estratégias em específicas ou globais.

O que você aprendeu até agora o/a torna capaz de criar técnicas, atividades, dinâmicas ou estratégias para prevenir recaídas. A seguir listamos algumas para que você as inclua na sua lista de estratégias.

SEÇÃO 5

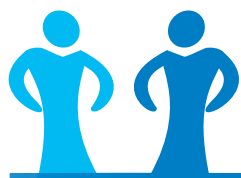
Algumas estratégias úteis na prevenção de recaída



Minha autobiografia [21]

O objetivo aqui é identificar os EAPP's de alto risco e obter uma avaliação inicial de como o usuário se descreve com e sem o padrão de uso arriscado da SPA. Busca-se avaliar a distância entre comportamentos atuais e uma autoimagem positiva. A estratégia provoca uma consciência sobre a necessidade de mudança e permite a avaliação de comportamentos de risco que poderão facilitar a recaída. Solicite, como tarefa de casa,

que o usuário escreva uma pequena autobiografia contendo a história do desenvolvimento do uso da SPA e a expectativa dele em relação ao futuro sem usar a SPA ou reduzindo danos do uso, no sentido de “o que estará fazendo concretamente”. O usuário deve ser instruído: (1) quanto ao passado, a imaginar ele mesmo avançando nos estágios de consolidação do seu padrão atual de uso arriscado da SPA e, a partir do que imagina, escrever um parágrafo que destaque os seguintes aspectos: o uso na família, o primeiro “porre” ou abuso da SPA, os momentos em que a SPA foi usada na vida adulta, situações e acontecimentos associados ao aumento da gravidade dos problemas relacionados ao uso da SPA, a autoimagem enquanto usuário da SPA e o que funcionou e não funcionou no passado como estratégia para mudar o comportamento de uso da SPA por si mesmo ou por ajuda de outras pessoas; (2) quanto ao futuro, a imaginar ele mesmo avançando nos estágios de mudança do seu padrão atual de uso arriscado da SPA e, a partir do que imagina, escrever um parágrafo que destaque o que estará fazendo no futuro quando seu padrão de uso for mudado ou deixar de ocorrer.



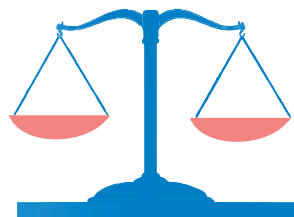
Recaídas do passado

O objetivo desta estratégia é identificar os EAPP's de alto risco e déficits nas habilidades de enfrentamento nas recorrências anteriores do padrão de uso da SPA. A partir da Tabela 2, construa um quadro de fácil compreensão das situações de alto risco para recaídas. Apresente o quadro ao usuário. Solicite que ele relate os episódios da sua história de recaídas. Ajude-o a classificar esses episódios e a indicar quais são as situações de alto risco que o tornam mais vulnerável à recaída. Fique atento às atitudes e crenças do usuário diante das recaídas passadas, pois elas dão pistas de como ele poderá se comportar diante de uma recaída futura (e.g., “Eu odiei ter fracassado”, “Eu não tenho determinação”, “Eu não tenho força de vontade”, “Tenho medo de recair novamente”). Reformule regras/crenças na existência de algo interno como explicação da recaída. Por fim, enfatize a recaída como resultado da falta de habilidades, que serão aprendidas na prevenção de recaídas.



Recaída Imaginária [21]

Objetivo da “recaída imaginária” é identificar os EAPP's de alto risco para recorrências futuras do padrão de uso da SPA. Peça para o usuário imaginar e relatar uma cena bem detalhada na qual ele provavelmente voltaria a usar a SPA. Se o usuário negar a possibilidade da recaída ou achar difícil imaginar uma cena, ajude-o a partir do relato de recaídas passadas ou de respostas a algum instrumento de identificação de situações de alto risco (e.g., o IDST-8, o inventário de situações de uso de drogas [48]).



Balança decisional

Esta estratégia é para avaliar as vantagens e desvantagens que o usuário percebe ao utilizar a SPA. Sabe-se que a utilização de SPA é mantida por reforçadores positivos imediatos evidentes (e.g., prazer) ou por reforçadores negativos (e.g., alívio do desprazer), contudo, uma série de outras “vantagens” e “desvantagens” também pode ser percebida no uso da SPA pelo próprio usuário. As ações, sentimentos e pensamentos que se seguem ao uso podem ser, por exemplo, concentração melhorada, culpa, conflitos conjugais, sentir-se mais poderoso, perda do autocontrole, ter mais coragem, etc. A balança decisional torna mais claro para o usuário quais são essas ações, sentimentos e pensamentos como consequências imediatas ou atrasadas do uso, se são vantagens ou desvantagens na visão dele. Conduza a reflexão sobre o “peso” das vantagens e desvantagens na balança, possibilitando que ele perceba que, em geral, os benefícios do uso da substância são passageiros, enquanto as desvantagens na utilização são mais duradouras. Assim, postergar o prazer em algumas situações pode apresentar mais vantagens do que desvantagens. Além disso, pretende-se que o usuário se dê conta que há a possibilidade de uma vida prazerosa na manutenção dos comportamentos saudáveis adquiridos no tratamento.

	USAR	NÃO USAR
VANTAGENS		
DESVANTAGENS		

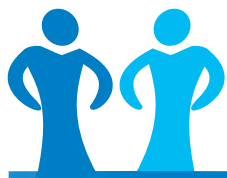
Solicite ao usuário de SPA que preencha os quadrantes do quadro acima. Facilite uma postura de aceitação e de questionamentos da existência desses aspectos. Geralmente os ganhos com o consumo surgem em menor proporção em relação às perdas; daí a importância de trabalhar a influência (mesmo que seja mínima) desses aspectos sobre o comportamento do usuário, pois são esses que possibilitaram ou podem possibilitar a recaída.

O PIG: o Problema da Imediata Gratificação [21]

“A expectativa dos efeitos positivos imediatos da SPA acompanha os importantes da cadeia de respostas que conduz à recaída. Em inglês, este fenômeno foi chamado de Problem of Immediate Gratification [Problema da Imediata Gratificação] abreviado como PIG, que em português significa “porco”. Como fazer: trabalhe a imagem de um porco como um animal que fuja tudo para tentar matar uma fome insaciável. Isto serve como uma metáfora do problema dos custos do uso compulsivo da SPA. Combine esta estratégia com a balança decisional e ajude o usuário a compensar a sua tendência a valorizar os efeitos positivos imediatos e a desvalorizar os efeitos negativos atrasados do uso da SPA.

Cartão de Enfrentamento do Lapso [21]

Quando ocorre um lapso, ele não deve ser visto nem como catastrófico, nem como inofensivo. É um momento de crise que deve ser enfrentado de modo emergencial, por exemplo, com o “Cartão de Enfrentamento do Lapso”. O Cartão é um lembrete e deve ser impresso, plastificado e carregado pelo usuário para ser usado em caso de ocorrência do uso da SPA. É um conjunto de seis regras para agir na ocorrência do uso, que o usuário deve adequar ao seu caso, de acordo com seus déficits e recursos comportamentais: *“(1) Pare, olhe e escute. A primeira coisa a fazer quando ocorre um lapso é parar a corrente de eventos e perceber o que está acontecendo. O lapso é um sinal de alerta indicando que você está em perigo. (2) Fique calmo. A primeira reação ao lapso pode ser sentir-se culpado e culpar a si mesmo pelo que aconteceu. Esta reação é normal e esperada. Dê a si mesmo tempo suficiente para permitir surgir e passar essa reação, como uma onda do mar que começa forte, atinge um pico e depois se desfaz. (3) Renove seu compromisso. Depois do lapso, o problema mais difícil de lidar é a sua perda de motivação. Você pode querer desistir. Pense novamente sobre as principais razões pelas quais você decidiu mudar o seu comportamento. Renove seu compromisso. (4) Reveja a situação que o levou ao lapso. Não caia na cilada de culpar-se pelo que aconteceu. Em vez de culpar-se, veja o lapso como um evento separado de você e pergunte a si mesmo: O que me levou a usar novamente? Houve algum elo da corrente de eventos, um sinal de aviso, que eu não percebi? Qual foi o tipo de situação de alto risco que disparou o lapso? (5) Retome sua meta de manutenção do tratamento. Depois de um lapso, você deve renovar sua meta em um plano de ação a ser executado imediatamente. Em primeiro lugar, pense em como romper a corrente de eventos que leva você a usar a droga pelos elos iniciais da corrente. Em segundo lugar, se possível, evite a situação de alto risco. Se necessário, encontre um meio alternativo de obter prazer e satisfação. (6) Peça ajuda. Ficará mais fácil para você se você aceitar que precisa de ajuda. Peça aos amigos ou conhecidos que estão presentes na situação para ajudar como puderem. Se você estiver sozinho na situação, ligue para alguém e peça ajuda e apoio”.*



Enfrentando os EVA's [21]

Depois que ocorreu um lapso, o usuário da SPA terá que enfrentar os EVA's. Conduza o atendimento do usuário com empatia, de modo a que ele tenha certeza de que seu comportamento não será punido (criticado). Ele deve sentir-se acolhido e compreendido no atendimento logo após um lapso. A partir de um balanço do lapso (análise funcional: antecedentes e consequentes), enfatize o que foi aprendido na experiência do lapso e que, certamente, poderá servir para lidar com situações parecidas no futuro. Encoraje o usuário a analisar os detalhes da corrente de eventos públicos (ações) e privados (pensamentos e sentimentos) que o conduziram ao lapso, para que esses detalhes indiquem quais respostas de enfrentamento serão mais eficazes em situações futuras. Trabalhe os sentimentos e pensamentos relacionados ao lapso enfatizando que a ocorrência do uso foi devida à falta de habilidades e não à falta de caráter ou de força de vontade.

A corrente que me prende pode me libertar

Esta estratégia pode ser feita com uma cadeia de respostas de um lapso que ocorreu ou que pode vir a ocorrer (e.g., os da “recaída imaginária”). Prepare canetas hidrocor num gradiente de cores que vai do “frio” ao “quente” ou que signifique a “atenção” e o “perigo” do trânsito (e.g., verde, amarelo, laranja e vermelho), tiras de papel (retângulos de aproximadamente metade de uma folha de papel A4: 590x100mm), grampeador, cola e tesoura. Ajude o usuário a descrever a cadeia de respostas envolvida na ocorrência do uso da SPA. Ensine análise da função de cada resposta na experiência, enfatizando os sentimentos e pensamentos do usuário, ou seja, o que ele foi sentindo e pensando durante o encadeamento de respostas, quando a resposta anterior serviu de “dica” para a seguinte que, por sua vez, serviu de reforço à anterior e assim sucessivamente. Peça para o usuário escrever cada resposta da corrente em uma tira de papel usando cores “frias” para os elos iniciais e cores “quentes” para os elos finais da corrente. Na ordem dos acontecimentos que culminaram no lapso, peça para o usuário grampear as tiras formando uma corrente. Ajude-o a analisar as habilidades de enfrentamento com as quais ele poderia “quebrar” um ou mais elos da corrente, em especial os iniciais, pois são mais fáceis de enfrentar. Encoraje-o a reestabelecer o compromisso com a mudança e solicite-o que corte o elo correspondente ao compromisso que ele acabou de assumir. Inicie, então, o treinamento da habilidade relacionada ao enfrentamento de um ou mais dos elos da corrente. O objetivo desta estratégia pode ser alcançado com pedras de dominó (o usuário escreve cada resposta num pedaço pequeno de papel, o fixa com fita adesiva em uma pedra de dominó e enfileira as pedras em pé, na ordem das respostas na cadeia), mostrando o “efeito dominó” na cadeia de respostas.

Surfando na fissura [21]

Esta estratégia visa ao bloqueio da esquiva da experiência do craving, possibilitando ao usuário de SPA o contato com o “ir e vir” desse evento privado que está no corpo dele, mas que não é ele. Numa linguagem simples e acessível, explique ao usuário que o desconforto e a agitação que caracteriza as sensações internas do craving são respostas condicionais ao uso da SPA e sua aparição é natural e esperada, podendo ser eliciada por estímulos condicionais particulares da história dele com o ambiente de uso ou associados ao uso da SPA. A estratégia “Surfando na Fissura” cria uma contingência para o usuário desacreditar no poder dos impulsos e tentações (na percepção errônea dele, a “onda” do craving começa, se intensifica e, necessariamente, precisará destruir tudo pela sua frente). Para que sua crença seja modificada, ele precisa passar pela experiência que ensina que as respostas condicionais no corpo (sensações internas) são como ondas no mar: aparecem, aumentam de intensidade, atingem um pico e desaparecem. A estratégia ajuda o usuário a melhorar o sentimento de autoconfiança diante do craving, visto, em geral, como um evento incontrollável, uma tsunami ao qual ele deve se render. Durante o atendimento, o usuário é instruído a imaginar-se “sentindo o mar (o corpo) se agitando, a onda (craving) sendo formada, se intensificando e se desfazendo”. Em seguida ele é instruído sobre como agir no cotidiano quando o craving aparecer. Instrua-o a sentar-se quando sentir o “mar agitando-se” em seu corpo, imaginar o craving como uma “onda” sobre a qual ele irá surfar, sentindo a intensidade se movimentando de modo crescente até um ponto da “crista” e, depois, de modo decrescente até o eventual declínio.



Treinamento de solução de problemas [33;34]

O treinamento de solução de problemas é uma estratégia que ensina ao usuário de SPA um método geral, estruturado em passos, para resolver problemas. O objetivo do treinamento é melhorar a competência social e reduzir o sofrimento psicológico gerado por problemas cotidianos durante o tratamento da dependência química. O treinamento parte do princípio de que problemas resultam de comportamentos ineficazes de enfrentamento, daí sua importância na prevenção da recaída. As seis regras básicas do treinamento são: (1) enfrente o problema (se é que se está diante de um problema), (2) defina o problema, (3) gere soluções alternativas, (4) analise as soluções e tome a decisão por uma solução de cada vez, (5) planeje a solução e (6) implemente e teste a solução. O **passo um** orienta que você reflita com o usuário o fato de que problemas existem e sempre existirão (deve-se refletir se existe de fato um problema na situação). Discuta que um problema não está no problema em si, mas na falta de habilidades para solucionar problemas. No **passo dois**, um problema do usuário (um problema de cada vez) precisa ser definido concretamente (o que é, como ocorre, como pode ser medido, etc.). O **terceiro passo** é uma “tempestade de ideias” para

gerar o máximo possível de soluções alternativas para cada problema. Nesse passo, qualquer ideia é aceita sem censura porque pode ser uma solução potencial. O **quarto passo** é a análise das vantagens e desvantagens das soluções propostas, de modo a evocar a tomada de decisão por pelo menos uma solução. O **quinto passo** é o planejamento da execução dessa ideia. O **sexto passo** envolve a execução de pelo menos uma solução e, ao mesmo tempo, a avaliação dos resultados dessa execução. (Segue-se o reinício do processo, se necessário). Um jeito fácil de resumir a resolução de problema é por perguntas: há um problema? Qual é o problema? Quais soluções são possíveis? Quais as consequências de cada solução pensada? Por qual solução eu decido? Quando e como farei? Como saberei se deu certo?



Treinamento da Assertividade [50]

Conforme você viu na Tabela 2, pessoas fazem parte das situações de alto risco para recaída no uso de SPA. Isto justifica o Treinamento da Assertividade (TA) dos usuários como parte do trabalho de prevenção de recaídas. O TA reduz o estresse sentido pelo usuário nas situações de conflito ou de pressão social envolvendo outras pessoas. A assertividade é uma característica do comportamento assertivo: a expressão dos sentimentos e direitos pessoais. O objetivo do TA é aumentar a probabilidade de ocorrência do comportamento assertivo e, ao mesmo tempo, diminuir a de ocorrência de comportamentos passivos e/ou agressivos. O usuário deve se tornar assertivo no sentido de conseguir defender os direitos dele e não violar os direitos dos outros. Na **primeira etapa** do TA, crie uma oportunidade de conscientização dos direitos do usuário nas relações interpessoais (e.g., “Você tem o direito de sentir e expressar dor”) e das regras dele que, em geral, se opõem a esses direitos (e.g., “As pessoas não querem saber se eu estou sofrendo. Não devo incomodar os outros com os meus problemas”). Na **segunda etapa**, a partir de cenas fictícias de interação entre pessoas, ensine-o a identificar os três estilos básicos de comportamento interpessoal: estilo agressivo, estilo passivo e estilo assertivo. Depois, obtenha uma lista de avaliação da assertividade em três aspectos: (1) o quando ele se comporta de forma não assertiva (e.g., quando tem uma opinião diferente da opinião da outra parte na interação), (2) o com quem ele se comporta de maneira não assertiva (e.g. com os pais) e (3) o que ele quer e não pode conseguir sendo não assertivo (e.g., tornar o fim de semana em família menos chato e aborrecedor). Em seguida, ajude-o a entender a função do comportamento não agressivo a partir do terceiro aspecto da lista. Na **terceira etapa** você deve obter do usuário uma descrição das situações interpessoais problemáticas, detalhando o primeiro e o segundo aspecto da lista de avaliação da assertividade. A descrição das situações interpessoais problemáticas deve conter seis elementos: quem (incomoda), quando (incomoda), o que (incomoda), como (resolve o incômodo), receios (de ser assertivo) e objetivos. Incentive o usuário a descrever sentimentos e pensamentos em

cada elemento (e.g., “Meu pai é injusto agindo assim” ou “Eu sempre estrago tudo”). A **quarta etapa** implica em ajudar o usuário a montar o *script* para a mudança dele em uma situação escolhida. O *script* é o plano de enfrentamento da situação interpessoal problemática e contém seis elementos: (1) definição do objetivo em relação ao direito na situação (e.g., “Quero conseguir que os fumantes próximos a mim não fumem perto de mim, e eu tenho o direito a ter as minhas próprias opiniões em relação ao que quero para a minha saúde”); (2) planejamento do quando, do onde e do com quem o objetivo será alcançado; (3) definição da situação de modo bem específico; (4) descrição de sentimentos e atitudes na situação (e.g., “Eu fico chateado e desmotivado em continuar no tratamento”); (5) expressão de um pedido (e.g., “Eu gostaria que você não fumasse na minha presença”); (6) reforço da mudança do outro pelas consequências da solução do problema (e.g., “Assim você mostra o quanto gosta de mim ao colaborar com a minha recuperação”). A **quinta etapa** é o treinamento da linguagem corporal assertiva, feita em cinco regras: (1) mantenha contato visual direto; (2) mantenha uma postura ereta; (3) fale com clareza e firmeza; (4) não choramingue e nem se justifique; (5) use gestos e expressões faciais que enfatizem o objetivo. A **sexta etapa** é o ensino do comportamento de ouvir com assertividade. O ouvir assertivo envolve (1) o preparar-se para ouvir (e.g. o usuário se auto-perguntar/pensar: “Estou pronto para ouvir meu pai?”); (2) o ouvir e o esclarecer o que foi ouvido (e.g., “Eu não entendi muito bem o seu ponto de vista. Poderia me esclarecer melhor?”); o reconhecimento do que foi ouvido (e.g., “Agora eu consegui entender porque você fez aquilo comigo”). A **sétima etapa** é a chegada a um acordo viável, um acordo justo, que as duas partes em conflito aceitem. Eis alguns exemplos de sentenças que induzem um acordo viável: “Do meu jeito desta vez, do seu jeito da próxima. Combinado?”, “Deste jeito fica bom só para você. Como podemos fazer para ficar bom para mim e para você?”, “Vamos tentar do meu jeito agora. Se não der certo, você pode ser contra da próxima vez”, “Aceito fazer algumas coisas que pediu. Outras, não”. A **oitava etapa** envolve ensinar o usuário estratégias verbais para evitar a manipulação por parte dos outros (e.g., tentativas de inculcação de culpa, de mudança de uma opinião razoável, de mudança de regras que foram acordadas previamente, etc.). O “CD arranhado” é uma dessas estratégias, muito útil quando o usuário estiver diante de alguém que se nega a concordar com um pedido razoável feito por ele. Implica em escolher uma sentença concisa e, sem mudar o tom da fala e sem desconsiderar o que o outro sente, repeti-la continuamente durante a interação com a outra parte: “Eu entendo que precisa fumar agora, mas gostaria que não fumasse aqui”. O “Questionamento do negativo” é outra dessas estratégias. Consiste em perguntar, sem contra-argumentar, sobre o aspecto negativo apontado pelo crítico (“Como assim 'sem força de vontade'?”) até “minar” a crítica em um ponto em que a razão da crítica seja revelada (no caso, a outra parte poderia, por exemplo, estar criticando o usuário por não acreditar na possibilidade da mudança dele). O “Nevoeiro” é outra, também muito importante e útil. Com ela o usuário poderá concordar com a verdade, o *princípio* ou a *possibilidade* expressa na crítica. Por exemplo, diante da crítica “Quero só ver até quando você vai ficar sem usar”, o usuário pode concordar; (1) com “a verdade por trás

da crítica” (e.g., “Você tem razão em se preocupar. Eu também não sei até quando, mas quero ir sempre mais longe”), (2) com “o princípio por trás da crítica” (e.g., “Você tem razão em se preocupar. É por isso que tenho que ficar atento aos 'gatilhos' da recaída) ou (3) com a “probabilidade contida na crítica” (e.g., “Você tem razão em se preocupar. Eu sei que a recaída é sempre uma possibilidade durante o tratamento”).

Identificando DAI's [50, p. 73-74]

O objetivo desta estratégia é triplo: criar oportunidade para a compreensão das *Decisões Aparentemente Irrelevantes* (as DAI's, que podem fazer parte da cadeia de respostas encobertas cujo elo final é o uso da SPA), identificar exemplos de DAI's em histórias de outros e de si mesmo e praticar a tomada de decisões seguras, relevantes à saúde. A estratégia tem três partes, uma para cada objetivo. Por exemplo, com um usuário de cocaína, na **primeira parte** você explica o conceito de DAI e, em seguida, diz: *“Eu vou lhe contar a história de uma pessoa que tomou várias DAI's que o levaram a uma situação de alto risco e, por fim, a voltar a cheirar. Enquanto eu estiver contando a história, tente identificar as decisões que ele tomou ao longo do caminho e que, em conjunto, aumentaram a chance de ele voltar a usar cocaína”*. Certifique-se de que o usuário entendeu a tarefa e, se necessário, esclareça dúvidas. Em seguida conte a história: *“João, que estava limpo por várias semanas, dirigia sua moto do trabalho para casa numa noite em que sua mulher, uma auxiliar de enfermagem, estava de plantão no hospital. No caminho, em um cruzamento, ele decidiu virar à esquerda ao invés de à direita para que, segundo ele, pudesse desfrutar da 'paisagem' de um trajeto diferente. Nesse trajeto diferente, ele passou em frente ao bar que costumava frequentar no passado e onde ele já comprou e usou cocaína. Como naquele dia fazia muito calor, ele decidiu parar nesse bar para tomar um refrigerante. Uma vez no bar, no entanto, ele decidiu que seria bom tomar uma cerveja, pois, segundo pensou, o seu problema era com a cocaína e não com a bebida. Após duas cervejinhas, ele se deparou com um amigo que 'por acaso' tinha um papete de cocaína e ele a consumiu”*. Depois, trabalhe três questões: (1) a identificação de quando começou a cadeia de respostas: *“Quando você acha que João começou a cair na armadilha da recaída 'pensando' na cocaína?”*; (2) a consciência do ponto mais fácil e mais difícil de quebrar da cadeia de decisões: *“Uma coisa certa sobre essas cadeias de decisões que levam ao uso de cocaína é que elas são muito mais fáceis de quebrar no início da cadeia. Estando longe da cocaína é mais fácil interromper o processo de tomada de decisões do que quando você está mais perto”*; (3) a não consciência, ou a consciência parcial, da tomada da DAI: *“O que você acha que João estava dizendo para ele mesmo no momento ele tomou a decisão de mudar o trajeto de volta para casa?”*. Discuta que a maneira de pensar poderia ser pista para João saber que estava tomando uma DAI: *“Tenho que fazer tal coisa”, “Devo ir para casa por aqui” ou “Antes vou passar ali e ver isso e mais isso porque...”* Tais maneiras de pensar são formas verbais de evitar a autopunição pelo uso da SPA (são racionalizações) e tornam mais provável a recaída por não parecerem que são elos da cadeia de respostas cujo elo final pode ser a recaída. Reflita que, às vezes, o usuário “racionaliza” sobre a situação de alto risco fazendo com que ela se pareça segura, quando pode não ser. Na **segunda parte**

encoraje o usuário a relatar exemplos, no caso dele, de cadeias de DAI's. Pergunte: *“Isto que aconteceu com João já aconteceu com você?”*, *“Vamos tomar este exemplo e repassar a fita do filme da sua vida tentando identificar as DAI's?”*, *“O que poderia interromper essa cadeia?”* Na **terceira parte** trabalhe, então, a tomada de decisões seguras: *“Vamos voltar à história de João: quando as DAI's foram tomadas por ele e quais decisões mais seguras ele poderia ter tomado?”*, *“Como foi sua semana em relação à tomada de decisões seguras?”*, *“Você conhece as principais coisas envolvidas em DAI's de usuários de cocaína? São elas: beber ou fumar baseado; ter bebida em casa; manter com você a parafernália envolvida com o uso; ir a festas onde há bebida e cocaína; manter relações com quem usa; manter segredo do uso para os familiares; não falar sobre a vontade de parar de usar com os seus conhecidos que usam; não planejar o que fazer em seu tempo livre; ter muito tempo ocioso ou ter muita coisa chata para fazer; estar muito cansado ou estressado. O que é mais arriscado no seu caso? Como poderia tomar uma decisão segura em relação a isso?”*. Resuma com as seguintes instruções: quando você tiver que tomar qualquer decisão: (1) considere todas as opções possíveis; (2) pense sobre as consequências positivas e negativas de cada decisão, estando alerta para pensamentos/regras do tipo “bandeira vermelha”: *“Tenho que...”*, *“Posso lidar com...”*, *“Não tem problema se eu...”*; (3) selecione uma decisão segura: aquela que minimiza o risco da recaída.



Pausa para você avaliar o que aprendeu:

- 1) Você sente confiança para explicar a diferença entre ocorrência (lapso) e recorrência (recaída) do padrão de uso da SPA no processo de mudança do comportamento de um usuário de drogas?
- 2) Sabe calcular quando uma sequência de lapsos pode ser considerada recaída?
- 3) Sabe argumentar sobre a importância de saber a probabilidade do usuário manter os ganhos do tratamento?
- 4) Consegue identificar EAPP's de alto risco para recaídas?
- 5) Sabe explicar para alguém o que é o efeito da violação da abstinência?
- 6) Pode conceituar uma Decisão Aparentemente Irrelevante?
- 7) Sabe enumerar as estratégias que possibilitam a aquisição de habilidades para reduzir quantidade/frequência/danos do uso da SPA aumentando o autocontrole e autoconfiança do usuário?
- 8) Sente segurança para aplicar estas estratégias na prevenção de recaída no uso arriscado ou no uso sem redução de danos?

- 9) Consegue vislumbrar uma pessoa que faz uso arriscado de drogas que frequenta a sua Unidade/Programa/Núcleo e com quem você gostaria de tentar aplicar o que aprendeu?
- 10) Após o estudo deste capítulo, e considerando seu objetivo, como julga seu conhecimento em relação ao objetivo deste capítulo? Que nota de 0 a 10 atribui a si mesmo(a)?



Referências

1. MCKAY, J.R. Effectiveness of continuing care interventions for substance abusers: Implications for the study of long-term effects Evaluation Review, 25. pp. 211–232. 2001.
2. MCLELLAN, A.T.; ALTERMAN A.I.; METZGER, D.S; GRISSOM, G.R.; WOODY, G.E., LUBORSKY, L. et al. Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: Role of treatment services. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 62, 1141–1158. 1994.
3. DENNIS, M. L.; SCOTT, C. K.; FUNK, R. & FOSS, M. A. The duration and correlates of addiction and treatment careers. Journal of Substance Abuse Treatment, 28(Suppl. 1). S51–S62. 2005.
4. CONNORS, G.J; MAISTO, S.A & DONOVAN, D.M. Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. 1996.
5. MARLATT, G.A. & GORDON, JR. Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford. 1985.
6. Online Etymology Dictionary. Disponível em: http://www.etymonline.com/index.php?l&p=4&allowed_in_frame=0
7. WHITE, W. Slaying the dragon: The history of addiction treatment and recovery in America. Bloomington, IL: Chestnut Health Systems. 1998.
8. LEVINE, H. The alcohol problem in America: from temperance to alcoholism. British Journal of Addiction, 79, 109-119. 1984.
9. WHITE, W & ALI, S. Lapse and relapse: Is it time for a new language. Posted at www.facesandvoicesofrecovery.org. 2010.
10. BAUS, José et al. Metáforas e dependência química. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 19, n. 3, Dec. 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2002000300001&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2002000300001>.
11. BROWNELL, K.D.; MARLATT, G.A.; LICHTENSTEIN, E.; WILSON, G.T. Understanding and Preventing Relapse. American Psychologist, Vol. 41(7), 765-782. 1986.
12. ALEMI F, HAACK M & NEMES S. Statistical definition of relapse: Case of family drug court. [Addict Behav.](#) 2004 Jun;29(4):685-98.
13. BECOÑA E. Adquisición y mantenimiento de la conducta de fumar. En Bobes J, Casas M, Gutiérrez M, eds. Manual de Evaluación y Tratamiento de Drogodependencias. Barcelona: Ars Médica. 2003, p. 382-393.
14. LANGTHORNE P & MCGILL P. A tutorial on the concept of the motivating operation and its importance to application. Behavior analysis in practice, 2009, Vol.2 (2), pp.22-31.
15. BAUM, W.M. Compreender o Behaviorismo. Ciência e Comportamento e Cultura. Porto Alegre: Artmed. 1999.
16. MARLATT, G.A. & GORDON, J.R. Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. 1980.

17. MARLATT, A.; DONOVAN, D. & Cols. Prevenção de Recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2ª ed. Porto Alegre. Artmed, 2009.
18. OLIVEIRA, M., JAEGER, A.; SCHREINER S. Abordagens terapêuticas no tratamento das adições. Em Caminha, R.; Wainer, R.; Oliveira, M.; Piccoloto, N. (Orgs.). Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Porto Alegre: Casa do Psicólogo, 193-210. 2003.
19. MARLATT, G.A. & WITKIEWITZ, K. Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. In MARLATT, G.A. & DONOVAN, D.M. (Eds.). Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, Second Edition, 2 ed., 416. New York: The Guilford Press. 2005.
20. DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (Coord.). Dependência química-prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre, RS: Artmed. 2011.
21. DONOVAN, D.M. Relapse prevention in substance abuse treatment. In SORENSEN J.L.; RAWSON, R.A.; GUYDISH, J. & ZWEBEN, J.E. (Eds.), 2003. Drug abuse treatment through collaboration: Practice and research partnerships that work (pp. 121 – 137). Washington, DC: American Psychological Association.
22. MARLATT, G.A. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91(Suppl.). 1996. S37-S49.
23. MARLATT, G.A.; PARKS, G.A.P.; WITKIEWITZ, K. Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy. A Guideline Developed for the Behavioral Health Recovery Management Project, University of Chicago. 2002. Disponível em <http://www.bhrm.org/guidelines/RPT%20guideline.pdf>
24. BANACO, R.A. Teoria comportamental. Em ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas (pp. 135-151). Porto Alegre: Artmed, 2013.
25. SIDMAN, M. Functional analysis of emergent verbal classes. In: THOMPSON, T.; ZEILER, M.D. (Eds.) Analysis and integration of behavioral units. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1986. p.213-45.
26. LARAWAY, S., SNYCERSKI, S., MICHAEL, J., & POLING, A. Motivating operations and terms to describe them: Some further refinements. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 407-414. 2003.
27. ADCOCK, Amanda C.; MERWIN, Rhonda M.; WILSON, Kelly G.; DRAKE, Chad E.; TUCKER, Christina I.; and ELLIOTE, Camden. "The Problem is Not Learning: Facilitated Acquisition of Stimulus Equivalence Classes Among Low-Achieving College Students," *The Psychological Record*: Vol. 60: Iss. 1, Article 3. *The Psychological Record*, 2010, 60, 43-56. 2010. Available at: <http://opensiuc.lib.siu.edu/tpr/vol60/iss1/3>
28. TEIXEIRA Jr., R.R.; SOUZA, M. A. O. Vocabulário de Análise do Comportamento: um manual de consulta para termos usados na área. São Paulo: ESETec. 2006.
29. GUERIN, B. Attitudes and beliefs as verbal behavior. *The Behavior Analyst*, 1, 17 (pp. 155-163). 1994.
30. CARROL, K. M. Therapy manual for drug addiction series. A cognitive behavioral approach, treating cocaine addiction. National Institute on Drug Abuse, National Institute of Health Publication No. 98-4308, USA. 1998.
31. CURRY, S.; MARLATT, G.A. & GORDON, J.R. Abstinence violation effect: Validation of an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 145-149. 1987. De acordo
32. SCHLINGER, H., & BLAKELY, E. Function-altering effects of contingency-specifying stimuli. *The Behavior Analyst*, 10, 41-45. 1987.
33. D'ZURILLA, T. J.; GOLDFRIED, M. R. Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*. v. 78, p. 107-126, 1971.

34. NEZU, A. M.; NEZU, C. M. Treinamento em solução de problemas. In: CABALLO, V. E. (Org.). Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos Editores, 1996, cap. 22, p. 471-493. Tradução de: Marta Donila Claudino.
35. BECOÑA, E.; CORTÉS, M. (Coord.). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Valencia: Socidrogalcohol, 2011.
36. IRVIN, J.E.; BOWERS, C.A.; DUNN, M.E.; WANG, M.C. Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), pp. 563–570. 1999.
37. SUPNICK, J.A.; COLLETTI, G. Relapse coping and problem solving training following treatment for smoking. *Addict Behav.* 9(4):401-4. 1984.
38. MAGILL, M. & RAY, L.A. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 516-27. 2009.
39. JULIA, M. HORMES and ROZIN, Paul. Does “craving” carve nature at the joints? Absence of a synonym for craving in many languages. *Addictive Behaviors* Volume 35, Issue 5, Pages 459–463. May 2010.
40. SAYETTE, M. A., SHIFFMAN, S., TITFANY, S. T., NIAURA, R. S., MARTIN, C. S., & SHADEL, W. G.. The measurement of drug craving. *Addiction*, 95(Suppl. 2), S189–S210. 2000.
41. KAVANAGH, D. J.; STATHAM, D. J.; FEENEY, G. F.X.; YOUNG R. McD.; MAY, J. e, ANDRADE, J. Et al. Measurement of alcohol craving. *Addictive Behaviors*, 38, pp. 1572-1584. 2013.
42. KOOB, G.F.; VOLKOW, N.D. Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*, v.35, p.217-238, 2010.
43. VOLKOW, N.D; FOWLER, J.S.; WANG, G-J; SWANSON, J.M. Dopamine in drug abuse and addiction: results of imaging studies and treatment implications. *Arch Neurol*, v.64, n.11, p.1575-79, 2007.
44. CAMÍ, J; FARRÉ, M. Drug Addiction. *N Engl J Med*, v.349, p.975-86, 2003.
45. KAVANAGH, D. J.; ANDRADE, J. & MAY, J. “The imaginary relish”: A cognitive–emotional model of craving, desires and appetitive rumination. *Psychological Review*, 112(2), 446–467. 2005.
46. TAPERT, S. F.; OZYURT, S. S.; MYERS, M. G. and BROWN, S. A. Neurocognitive Ability in Adults Coping with Alcohol and Drug Relapse Temptations *THE AMERICAN JOURNAL OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE* Vol. 30, No. 2, pp. 445–460, 2004.
47. GOFORTH, H. W.; MURTAUGH, R. Neurologic Aspects of Drug Abuse Francisco Fernandez, MD *Neurol Clin* 28, 199–215. 2010.
48. ANNIS, H.M. & MARTIN, G. Inventory of Drug-Taking Situations. Toronto: Addiction Research Foundation. 1985.
49. KNAPP, Paulo; BERTOLETE, Jose Manoel. Prevenção da recaída. Porto Alegre: Artmed, 1994.
50. DAVIS, M.; ESHELMAN, E. R. & MCKAY, M. Manual de relaxamento e redução do stress. São Paulo: Summus. 1996.
51. WANIGARATNE, S.; WALLACE, W.; PULLIN, J., KEANEY, F. & FARMER, R. Relapse Prevention for Addictive Behaviours: A Manual for Therapists (Oxford, Blackwell). 1990.



CRRESCE

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Capítulo 7

GERENCIAMENTO DE CASO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA



GERENCIAMENTO DE CASO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Rafael R. de Q. Balbi Neto¹

Núria Nascimento Kadio²

Caro(a) leitor(a)

Todos concordam que a utilização de substância psicoativas na sociedade ocidental é tão antiga quanto a própria necessidade que o ser humano tem de situações que gerem prazer. Nesse contexto, a busca do prazer é apenas uma das finalidades dessa utilização. Uma das consequências da utilização, entretanto, é a dependência da substância doença crônica frequentemente associada a outras doenças ou transtornos (psicológicos ou fisiológicos).

Nesse capítulo nos interessa contribuir para que você entenda como a dependência química e suas consequências podem ser gerenciadas de forma efetiva pelo Gerenciamento de Caso (GC). A estratégia GC é focada no usuário e em suas demandas com objetivo de melhorar a integração entre os diversos serviços e métodos destinados a ele, ressaltando a continuidade do seu tratamento e uma melhor utilização dos recursos comunitários que lhe estão, ou deveriam estar, disponíveis.

Ao longo de sua leitura você vai compreender como e porque o GC tornou-se uma das estratégias para tratamentos mais eficazes deste problema. A busca da eficácia é urgente diante desse problema multifacetado, caracterizado pela baixa adesão do usuário à intervenção terapêutica ou ambulatorial e pela dificuldade de manutenção dos ganhos dessa intervenção. Os passos necessários ao GC variam de acordo com o objetivo das intervenções (da desintoxicação e manutenção da abstinência à redução gradual do consumo ou redução dos danos do consumo), consideradas as demandas biopsicossociais como especificidades de cada usuário e família.

Na primeira seção você acompanhará o percurso histórico do GC de modo a entender porque ele se tornou importante na assistência integral e intersetorial ao usuário de drogas e familiares. Contextualizado nessa história, na segunda seção o seu foco será dirigido ao gerenciamento propriamente dito dessa assistência integral/intersetorial. Nela você aprenderá as funções básicas do GC, as competências e habilidades do gerente, os modelos e pressupostos do seu trabalho. Na terceira seção seu conhecimento o permitirá compreender os elementos funcionais essenciais do GC aplicados diretamente à dependência química. Por fim, na Quarta seção, você será instrumentalizado(a) sobre

1. Psicólogo, Especialista em Psicologia Clínica, Mestre em Psicologia, Doutorando em Psicologia (UFES/PPGP), Psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (Vila Velha-ES), Professor de Psicologia na IESFAVI, Coordenador de Material Didático e Professor do CRRESCES.

2. . Assistente Social, Gerente de Proteção Social Especial (Domingos Martins-ES), Professora do CRRESCES.

avaliação, planejamento e resolução de problemas, técnicas possivelmente necessárias aos casos que poderá vir a gerenciar.

Esperamos que a leitura do capítulo possa ajudá-lo (a) no conhecimento dessa metodologia e na implementação dela na sua prática profissional.

Um excelente gerenciamento de caso a todos!

Seção 1: História da estratégia de gerenciamento de caso

Ao fazer o resgate histórico do uso de drogas na sociedade ocidental observa-se que droga ou substância psicoativa é um elemento que existe há muito tempo. Seu consumo para alterar o estado de consciência, pensamento e humor é um fenômeno cultural, que ocorre em diversos contextos (social, econômico, religioso, medicinal). Não há registros de sociedade sem drogas. O que observamos é que há diferentes finalidades no uso delas. A busca de experiências de prazer é apenas uma dessas finalidades (CNJ, 2011).

Entretanto, o uso, inicialmente por prazer, pode levar à dependência química, doença crônica redicivante (passível de fases de crise, de recuperação e, novamente, de crise) e frequentemente associada à comorbidades (i.e., à concorrência de, pelo menos, mais uma patologia, fisiológica ou psicológica). Contudo, essa dependência pode ser tratada de forma efetiva (CNJ, 2011).

A despeito da efetividade do tratamento, ele costuma ser marcado por empecilhos. Um deles se deve a uma das características da dependência química. Ela, inicialmente, traz, sob o ponto de vista do usuário dependente, alguns benefícios (e.g., sensação de prazer ou alívio de mal estar) que funcionam para impedir a adesão dele ao tratamento. Outro se deve ao funcionamento inadequado da rede de assistência/tratamento. Essa rede, que deveria ser intersetorial, geralmente costuma se apresentar de forma fragmentada (e, conseqüentemente, pouco eficaz), o que torna mais difícil a adesão do usuário às intervenções. Dessa forma, mudanças metodológicas no tratamento da dependência química, na reabilitação e na reinserção social do usuário podem ser necessárias e bem vindas. É nesse cenário que o GC ganha adeptos (FONSECA; ALVES; LEMOS, 2011).

O tratamento da dependência química pode ter objetivos diversos (e.g., redução de danos, abstinência ou redução do consumo). Na desintoxicação (e, posteriormente, na manutenção da abstinência) muitas vezes se lança mão de estratégias medicamentosas. . Outras vezes, a redução gradual do consumo de uma substância, ou a redução dos danos desse consumo, é mais indicada para um usuário, ou mesmo, é o que é possível a ele no momento. Independente do objetivo, a equipe terapêutica (ou o

o profissional) que realizará o GC deverá estar apta a lidar com as diversas demandas apresentadas pelo usuário (sociais, econômicas, educacionais, médicas, jurídicas, psicológicas). Na atenção integral a essas diversas demandas, fatores psicossociais são tão ou mais importantes que o diagnóstico do padrão de uso da droga (FONSECA; ALVES; LEMOS, 2011).

Fonseca, Alves e Lemos relatam pesquisas que apontam que nos últimos anos houve uma grande redução das opções terapêuticas de internação em função de um tratamento ambulatorial mais focado no paciente e na convivência familiar e comunitária (que também é mais barato) no tocante ao tratamento da dependência química. Porém, ocorreu no mesmo período um aumento das demandas relacionadas ao uso continuado de substâncias dependógenas. (FONSECA; ALVES; LEMOS, 2011).

Diante do exposto tem-se o campo favorável ao surgimento do GC como estratégia para lidar com a natureza crônica, multifacetada e redicivante da dependência química. Esta estratégia tem sido implementada em diversos países, apresentando resultados positivos quanto à adesão ao tratamento (para redução do consumo, redução dos danos do consumo ou abstinência) do uso de diversas substâncias psicoativas e à reabilitação e reinserção social da pessoa em manutenção dos ganhos do tratamento (FONSECA; ALVES; LEMOS, 2011).

O GC é visto como um novo modelo de prestação de serviço de saúde, em um contexto capaz de garantir eficiência e qualidade dos serviços. Teve início nos anos de 1940, com as práticas individuais (pagamento por procedimento), se fortaleceu na década de 70 com a medicina de grupo e se consolidou nos anos 90 com a necessidade de sistemas integrados de prestação de serviços de saúde (GONZALES et al., 2003).

Nos Estados Unidos esse sistema é utilizado no atendimento a diversas populações: idosos (serviços de saúde e de assistência), usuários de drogas e outros doentes crônicos, deficientes, crianças com acompanhamento de desenvolvimento atípico, populações em situação de vulnerabilidade, entre outras. Os locais de oferta do GC também são diversos – instituições, comunidades ou residências –, podendo suas ações estarem presentes no cuidado intensivo (e.g., o cuidado hospitalar), na reabilitação, em programas comunitários e no cuidado domiciliar (GONZALES et al., 2003).

Algumas companhias de seguro na década de 70 utilizavam o GC como estratégia de controle de tratamentos caros (acidentes e doenças graves). Assegurando a qualidade do cuidado do caso, a estratégia possibilitava e encaminhava o atendimento do caso por um especialista que o revisava e, se necessário, propunha alternativas na sua condução (GONZALES et al., 2003).

Em meados dos anos 80, com as restrições financeiras sofridas pelos hospitais, estes buscaram então o desenvolvimento de estratégias alternativas para oferta do cuidado com resultados satisfatórios. Nesse contexto surge então o gerente de casos interno (o que seria equivalente ao técnico de referência no sistema de saúde do Brasil), que hoje faz parte de quase todos os sistemas de prestação de cuidados de saúde (GONZALES et al., 2003).

É ainda importante lembrar que a organização dos serviços de saúde vem sendo amplamente discutida nos últimos anos, tanto em outros países como no Brasil. Por meio dessas discussões, buscam-se alternativas que orientem os serviços a se reorganizarem frente a uma necessidade de reduzir custos elevados e, ao mesmo tempo, de aumentar os índices de insatisfação dos usuários e famílias com a qualidade dos serviços prestados. Muitos termos são usados para definir esse sistema, referentes a diferentes modelos, mas há aspectos que são consensos dentre todos: o foco no usuário e em suas demandas e a atenção continuada e integral (GONZALES et al., 2003).

O GC pode ser utilizado em diversas situações na intervenção com usuário, não importa se a adesão dele tenha sido voluntária ou por decisão judicial. Como você verá, embora o GC exija o emprego de mais recursos terapêuticos e reabilitadores, e, conseqüentemente, o envolvimento mais intensivo de multi-profissionais, a relação custo-efetividade dessa estratégia tem demonstrado ser ela claramente satisfatória, uma vez que aumenta a adesão ao tratamento e reduz o custo social da dependência abordada de maneira inadequada (FIGLIE; LARANEIRA, 2004).



Pausa para refletir:

Você saberia justificar a importância do GC com base nas dificuldades do tratamento do uso arriscado de drogas e da reabilitação do usuário?

Você saberia contar para alguém as razões econômicas para o surgimento do GC?

Sessão 2: Gerenciamento de caso e atenção integral.

A estratégia GC é focada no usuário e em suas demandas com objetivo de melhorar a integração entre os diversos serviços e métodos destinados a ele, ressaltando a continuidade do seu tratamento e uma melhor utilização dos recursos comunitários que lhe estão, ou deveriam estar, disponíveis. Consagrado em diversas culturas, o GC opera por meio de uma grande variedade de modelos, já que cada sociedade e cada usuário demandam necessidades singulares (FONSECA; ALVES; LEMOS, 2011).

Entretanto, apesar das grandes variações, o GC é considerado o “ramo da intervenção na clínica das dependências que providencia cuidado continuado e que busca aumentar a ligação com recursos comunitários e diversos contextos terapêuticos” (FONSECA; ALVES; LEMOS, 2011, p. 275).

As funções básicas do GC são: **vínculo, avaliação e abordagem geral, planejamento interventivo, monitoramento e suporte legal**. E algumas qualidades desejáveis para o processo do GC são: **direcionar o caso a partir de características singulares do usuário; relacionar-se com os recursos comunitários; ser pragmático objetivo e, ao mesmo tempo, flexível, culturalmente sensível e moldável; proporcionar um ponto-base de contato com diversas instâncias terapêuticas e reabilitadoras, em vários dos setores dos serviços de assistência** (FIGLIE; LARANEIRA, 2004).

O GC é um cuidar estendido, que ultrapassa o mero atendimento por um único serviço ou setor e que se preocupa com todos os aspectos da vida do usuário. Pode-se dizer que é nova a sua aplicação aos casos de dependência química no Brasil, mas ela é bem divulgada e diversificada em outros países. A variação na forma de fazer o GC informa que não há um método padronizado para este trabalho, pois necessita adaptar-se às diversas culturas e aos usuários, com suas demandas e necessidades específicas (FIGLIE; LARANEIRA, 2004). Entretanto, é possível descrever as competências básicas de um gerente de caso que influenciarão a sua capacidade de lidar com essa necessidade de adaptações.

ANTES de iniciar o GC, o gerente deve (FALLER, s. d., p.8):

1. **Mapear** a rede socioassistencial/recursos sociais disponíveis no município/território e a possibilidade de sua articulação para a efetivação da condução do caso pelo GC;

2. **Conhecer** a instituição (ou setting de tratamento) inicialmente ou sequencialmente indicada por critérios técnicos, e de preferência será realizada (e.g., CAPSad, unidade de urgência e emergência ou outros), bem como o suporte oferecido pela mesma aos usuários (em âmbito interno) – estrutura, equipe, abrangência, modelo/filosofia de intervenção etc;

3. **Integrar-se** com a equipe de trabalho da instituição indicada e com os demais profissionais envolvidos na rede, buscando uma parceria colaborativa no sentido de preparar o contexto e articular o compartilhamento das necessidades do caso, em termos de outras intervenções nessa e/ou em outras instituições/serviços/setores;

4. **Participar** de reuniões da rede (matriciamento) de forma sistemática, elaborando e discutindo relatório de apresentação de cada caso, a serem entregues às instituições pertencentes à rede com o objetivo de facilitar a comunicação dos casos intra e entre reuniões;

Veja, no Quadro 1, os Componentes de um processo de gerenciamento de caso. Note que eles são normalmente habilidades de um gerente de caso ou atividades e atribuições desenvolvidas por ele.

Componentes de um gerenciamento de caso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fornecer suporte individualizado aos usuários e familiares; 2. Auxiliar o usuário na solução de problemas; 3. Auxiliar no suporte da família e na empregabilidade do usuário; 4. Facilitar o acesso do usuário ao tratamento; 5. Facilitar o acesso do usuário a interconsultas para tratamentos específicos em caso de necessidade; 6. Manter-se alerta as mudanças nas necessidades e os problemas do usuário durante a intervenção; 7. Garantir ao usuário que ele poderá ser contatado e encorajado a retomar o tratamento; 8. Reforçar e dar continuidade ao processo gradativo de mudança do usuário de modo menos intensivo – fornecer suporte na sua reabilitação e reinserção social.

Quadro 1 - Componentes de um GC.

Fonte: Figlie e Laranjeira, 2004.

O Quadro 2 apresenta as características desejáveis de um gerente de caso. Essas características são pré-requisitos para o exercício da função.

Características de um gerente de caso
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ter formação acadêmica adequada; 2. Realizar atualização continuada; 3. Ter compromisso com a filosofia do local de tratamento e da rede de atenção como um todo; 4. Possuir conhecimento e experiência sobre dependência química; 5. Apresentar interesse em pesquisar diversas áreas da vida do usuário; 6. Perceber e reconhecer a própria incompletude profissional e incompletude institucional; 7. Possuir treinamento inicial cuidadoso, suporte administrativo, habilidades de trabalho em equipe, ser supervisionado regularmente, saber aplicar protocolos e manuais e planejar intervenções.

Quadro 2 - Características de um gerente de caso

Fonte – Figlie e Laranjeira, 2004.



Pausa para refletir

Talvez você tenha percebido agora que você e outros colegas do serviço já executam algumas das ações de um gerente de caso.

Portanto, propomos em exercício de autoanálise de suas competências e habilidades nesse sentido. Elabore perguntas para si mesmo(a), a partir do que você estudou. Seguem duas perguntas como exemplo: eu tenho um mapa da rede socioassistencial/recursos sociais disponíveis no meu município/território? Eu conheço a estrutura, equipe, abrangência, modelo/filosofia de intervenção etc dos equipamentos dessa rede?

A qual conclusão você chega sobre você ser um gerente de caso?

Modelos e pressupostos do gerenciamento de caso

Independente do modelo, o GC é feito por uma equipe definida (pode ser um profissional) que se responsabiliza pela atenção integral e intersetorial do usuário durante todo o processo clínico e psicossocial. Essa atenção determinará cada nível da prestação dos serviços necessários na resolução dos problemas nesse processo, na interface com outros serviços de saúde, promoção social, educação, profissionalização, moradia e outros. Em suma, a função dessa equipe (ou profissional) é fazer a supervisão ou o gerenciamento do usuário ao longo do processo de mudança e resolução de problemas em diferentes pontos ou setores de serviços do cuidado integral (GONZALES et al., 2003).

Os modelos mais comuns de GC são: **Generalista** (esse modelo possui como características uma atenção breve, com objetivo de identificar necessidades e a forma de resolvê-las), **Tratamento Comunitário Assertivo/Intensivo** (esse modelo é realizado por equipe multidisciplinar, caracterizado por uma busca ativa mais agressiva, atenção familiar e intervenções em crises), Clínico (acrescenta o atendimento clínico psicoterápico às suas intervenções e é recomendado para usuários com longo histórico de internação) e **Baseado nas Potencialidades dos Usuários** (Nesse modelo, as habilidades e características positivas do paciente, seu sistema de suporte individual e comunitário são enfatizados). Observou-se que os modelos Generalista e Baseado nas Potencialidades dos Usuários obtiveram melhores resultados (FALLER, s. d.).

De 1993 a 2003 foram avaliados os efeitos de GC em diversas populações de dependentes químicos. Os modelos “generalistas” e o “baseado nas potencialidades” foram os que obtiveram os melhores resultados, relacionados à redução de internações: aumento do acesso e da permanência nos serviços de saúde e melhora na satisfação e na qualidade de vida do usuário (FALLER, s. d.).

No contexto geral de atenção à saúde, enfermeiros são vistos como os profissionais que normalmente assumem a função de gerente de caso, devido a sua habilidade para oferecer cuidado adequado e ao seu conhecimento clínico e das demais profissões que compõe o quadro de profissionais de saúde. Dentre as habilidades do cuidado integral está a necessária articulação dos serviços em favor dos usuários e familiares (GONZALES et al., 2003).

No contexto específico de atenção psicossocial (saúde mental) ou de promoção social, os assistentes sociais são vistos como profissionais mais apropriados para exercer a função de gerente, já que possuem mais conhecimento da rede de serviços socioassistenciais, estão capacitados para dar suporte à família e auxiliar na empregabilidade do paciente (FONSECA; ALVES; LEMOS, 2011).

Dependendo do momento do continuum do tratamento/reabilitação, o gerente do caso pode ser mudado ou integrar-se a outro, formando uma equipe (ou equipe gerencial). Isto significa que outros profissionais podem exercer a função de gerente de caso, desde que atendam as características supracitadas para exercê-la.

O sistema de GC tem como objetivo principal a coordenação do cuidado e dos serviços oferecidos aos pacientes e familiares. Para alcançar esse objetivo, o cuidado integral intersetorial deve ser oferecido com as seguintes metas (mesmo não sendo quantitativas):

- Qualidade (cuidado ou assistência com resultado eficaz, eficiente e efetivo);
- Tempo de permanência reduzido (período mínimo necessário ao cuidado institucional);
- Recursos padronizados (e.g., protocolos de atendimento e fluxograma de tomada de decisão);
- Controle de custos;

Nesse sentido, os esforços dos gerentes de caso são no intuito de minimizar a fragmentação dos serviços por meio das seguintes ações: avaliação acurada das necessidades dos usuários e famílias; realização de encaminhamentos apropriados; e asseguarção da efetividade dos encaminhamentos (GONZALES ET AL., 2003).

Há tempo o GC tem sido também uma poderosa intervenção para assistir pessoas que possuem problemas psicossociais decorrentes de doenças mentais crônicas (incluindo os transtornos emocionais ou invasivos do desenvolvimento na infância) e/ou idade avançada. Entretanto, apenas recentemente essa estratégia tem sido adaptado ao trabalho com dependência química (GONZALES ET AL., 2003).

É importante destacar que o GC tem se apresentado como de difícil implementação, devido a necessidade dos potentes sistemas de informação e comunicação interdisciplinares, conhecidos como referência e contra-referência (FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).



Pausa para revisar e aplicar o que você aprendeu

Você sabe descrever, para um colega, um dos modelos de GC?

Pensando nos pressupostos do GC e nas dificuldades enfrentadas por você no seu serviço, quais questões você destacaria para uma reformulação na dinâmica de funcionamento do seu serviço? E na dinâmica de outro serviço ou setor diretamente atrelado ao seu?

Sessão 3: Descrição dos elementos do gerenciamento de caso em dependência química: identificação de problemas, definição de metas, identificação de recursos, especificação de planos e monitoramento de progresso.

Aplicado à dependência química, o gerenciamento pode direcionar o caso para diversos objetivos de acordo com o modelo escolhido ou apropriado à situação. Ao descrever esse direcionamento, Faller (s. d.) detalha mais como ele se procede no modelo baseado nas potencialidades do usuário, no qual as habilidades e as características positivas do paciente, bem as do seu sistema de suporte individual e comunitário estão em foco (FALLER, s. d.). Por isto, este modelo está sendo apresentado a você neste capítulo.

O GC no **modelo baseado nas potencialidades do usuário**, quando aplicado especificamente à dependência química desempenha algumas funções (apresentadas no quadro 1) ao fornecer ao usuário e familiar: suporte individual; auxílio na solução de problemas; facilidades processo em diversas situações; atenção quanto as mudanças durante o processo; garantia de retorno ao tratamento/reabilitação; e garantia da continuidade do tratamento/reabilitação (FALLER, s. d.).

Tais funções são particularmente importantes com casos complexos, nos quais é evidente a vulnerabilidade, a cronicidade e a comorbidade. Esses casos, via de regra, estão incluídos numa parcela da população de usuários que exige muito mais do serviço para que responda à intervenção proposta. Em geral, são esses os casos que demandam mais a conexão intersetorial. Dada essa exigência, o gerente de caso deve atentar constantemente aos **problemas que geralmente vêm agregados à dependência química em casos complexos**:

- 1) Formas mais severas de dependência química;
- 2) Coexistência de transtornos fisiológicos e psicológicos;
- 3) Incapacidade severa em várias áreas da vida;
- 4) Desvantagem socioeconômica;

- 6) Desemprego e pobreza;
- 7) Estigmatização social (vitimização por preconceito);
- 8) Extensiva utilização do serviço público;
- 9) Problemas presentes por longos períodos (cronicidade).

Complexos ou não, na condução da assistência de qualidade nos casos de dependência química, algumas questões necessitam serem definidas, como:

Funções do gerente de caso. A ideia é que esse profissional exerça uma posição de referência para o cliente (e para outros serviços) no serviço. Nessa posição, é fundamental que esse profissional esteja muito integrado à equipe e conectado com outros serviços/setores, uma vez que atuará como um interlocutor entre a(s) proposta(s) de intervenção e as necessidades do usuário, de modo a viabilizá-las, no seu e em outros serviços/setores.

Dessa forma, o GC possui cinco elementos funcionais essenciais.

1. **Avaliação** - Identificação e avaliação das necessidades do usuário (Ver sobre ASI6 na Seção 4, Apêndice 1 e 2);
2. **Planejamento** - Planejamento e desenvolvimento da intervenção a ser aplicada (Ver Quadro 3 – Relação entre necessidades e intervenções);
3. **Vínculo** - Estabelecimento de um vínculo entre usuário/familiar e recursos apropriados e/ou disponíveis;⁴
4. **Monitoramento** - Monitoramento dos casos e do uso dos serviços;
5. **Apoio Jurídico** - Implementação e viabilização dos direitos do paciente junto ao Sistema Judiciário (prisão, guarda de filhos e outros).

Uma das funções mais importantes do gerenciamento de caso é a **Avaliação** (Item 1), já que quando esta é mal feita, superficial ou precipitada, pode levar a um planejamento pouco eficaz ou até mesmo as consequências prejudiciais para o usuário. Com isso, deve-se considerar:

Prazo para início. A demora em iniciar a Avaliação pode diminuir as chances de adesão ao tratamento, logo deve ser iniciada em até 48h, a partir da tomada de contato com o caso.

História clínica. Na busca dessa história está a importância de: 1) analisar situações de uso, risco de uso, consequências sociais, psicológicas e de saúde decorrentes do uso e, ao mesmo tempo, de criar o vínculo profissional a fim de favorecer o engajamento do usuário no serviço; 2) buscar compreender o contexto dentro do qual o padrão de uso se desenvolveu; 3) identificar os fatores que favoreceram a instalação desse padrão;

4. Ver capítulo “Intervenções Motivacionais na Dependência Química” deste livro para saber mais sobre estabelecimento de vínculo, em especial a Habilidade de Empatia.

4) identificar os fatores que mantêm a dependência ou o abuso; 5) identificar os fatores que favorecem a abstinência ou a redução de danos; 6) reunir condições para estabelecer a hipótese diagnóstica.

Motivação para tratamento. É essencial que uma avaliação cuidadosa identifique os problemas e a condição atual e os objetivos apropriados e possíveis ao tratamento de acordo com o estágio da motivação do usuário para a mudança de comportamento. Neste contexto, a motivação do usuário orienta o gerente de caso na identificação dos diferentes recursos que podem ser apropriados aos diferentes estágios de motivação. Dependendo do estágio da sua motivação, o paciente requer uma intervenção singular. É possível obter mais informações sobre isto no capítulo “Intervenções Motivacionais na Dependência Química” deste livro.

Abaixo, algumas sugestões de áreas, atividades e métodos verificáveis que podem auxiliar na adesão do usuário ao serviço e na manutenção dos ganhos da intervenção.

TABELA 1
ÁREAS E ATIVIDADES PARA INICIAR A ADERÊNCIA DO USUÁRIO À INTERVENÇÃO.

Área	Objetivo	Atividades	Dado de verificação
Trabalho	Auxiliar no engajamento em trabalho voluntário Orientar na obtenção de emprego/trabalho	Obtenção de informações sobre oportunidades de trabalho voluntário. Auxiliar na confecção do curriculum vitae e na obtenção de referências. Tentar agendar entrevistas com recrutadores ou agências de emprego.	Ligação telefônica feita. Folders, material publicitário, preencher inscrições em ONGs Imprimir o curriculum vitae. Ter um cartão de visitas.
Educação	Fomentar a elevação do grau de escolaridade	Obter informações através de aulas ou no programa específico do serviço.	Material de aula assistida. Folder informativo apresentado. Inscrição feita.
Família	Fortalecer a performance familiar	Resolver problemas legais relacionados aos filhos. Incentivar passeios e a ter maior contato com os filhos.	Escrever cartas, dar suporte financeiro, participar de eventos de vida e sociais que envolvam a família.
Saúde	Realizar check-up médico	Agendar consultas médicas e dentárias. Obter informações do médico sobre diagnósticos, resultados de exames, medicamentos, etc.	Disponibilizar o programa de tratamento para futuros contatos com os profissionais envolvidos

Alimentação	Melhorar a alimentação	Encaminhar para uma dieta balanceada ou consulta com nutricionista.	Disponibilizar o programa de tratamento para futuros contatos com os profissionais envolvidos
Habitação	Viabilizar moradia / alojamento	Encontrar moradia apropriada às condições de vida e necessidades do cliente.	Listar prós e contras das condições e preços
Tratamento	Gerenciar o tempo Aumentar o compromisso com o tratamento Afiliação-se a grupos de autoajuda Organizar jornal com notícias sobre dependência de álcool, bem como leituras de autoajuda	Comparecer pontualmente aos encontros e compromissos agendados. Listar as metas do tratamento. Obter informação sobre participação. Frequentar um número mínimo de encontros. Completar questionários nestes jornais para testar conhecimentos.	Verificar performance no tratamento. Checar a lista de metas. Obter panfletos e informações. Disponibilizar o programa de tratamento para futuros contatos com os conselheiros. Discutir estes questionários no tratamento.
Financeiro	Organizar as finanças	Pagar contas, identificar com clareza a situação financeira e procurar caminhos para resolvê-la	Checar durante o tratamento. Montar planilhas através dos recibos de pagamento.

Fonte: (Figlie e Laranjeira, 2004, Adaptado)



Pausa para aplicar a aprendizagem.

Pense em um caso complexo atendido em seu serviço, cujos problemas incluem os da dependência química. Faça um relatório de encaminhamento desse caso ao gerente de caso, ou para discussão em sua equipe, listando os problemas que demandam um gerenciamento do cuidado integral e intersetorial ao usuário.

Agora, continue este exercício prático. Seja específico indicando serviços e setores potencialmente relevantes na condução da resolutividade dos problemas do caso. Adiante o trabalho do gerente de caso, antecipando para ele as áreas relevantes e, pelo menos, uma atividade para a adesão desse usuário (caso) às intervenções demandadas pela complexidade do seu caso.

Seção 4: Instrumentos do gerenciamento de caso

Escala de gravidade da dependência (ASI6)

Há uma diversidade de instrumentos para avaliação da dependência química, cada um deles possui finalidades específicas ou gerais. Esses instrumentos podem ser agrupados da seguinte forma (FORMIGONI; CASTEL, 1999):

1. Instrumentos para triagem (AUDIT [Alcohol Use Disorders Identification Test], FTND [Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina], CAGE Questionnaire, QMPA [Questionário de Mobidade Psiquiátrica do Adulto], DUSI [Drug Use Screening Inventory]).
2. Instrumentos para diagnóstico (ADS [Alcohol Dependence Scale], CIDI [Composite International Diagnostic Interview], SADD [Short Alcohol Dependence Data]).
3. Instrumentos para avaliação do consumo de álcool e drogas (ADS).
4. Instrumentos para avaliação de comportamentos associados ao consumo de álcool e drogas (IDS [Inventory of Drinking Situations], IDTS [Inventory of Drug Taking Situations]).
5. Instrumentos para avaliação do comprometimento em outras áreas (ASI [Addiction Severity Index], ADS, FAM [Family Assessment Measure]).
6. Instrumentos para planejamento do tratamento (ASI, IDS).
7. Instrumentos para análise do processo de tratamento (TSR [Treatment Service Review]).
8. Instrumentos para avaliação dos resultados (ASI, ESA [Escala de Severidade de Alcoolismo]).

Para escolha de escala(s) de avaliação, é necessário considerar uma série de características como: população-alvo, objetivo (utilidade clínica), período de tempo que se pretende avaliar, existência de normas para a população-alvo, nível de treinamento necessário para aplicação, tipo de aplicação, e outros custos (FORMIGONI; CASTEL, 1999).

No Brasil, vários instrumentos já validados, como AUDIT, ASSIST, FTND, ADS, ASI, DUSI, FAM, IDS, SADD e ASI (Formigoni; Castel, 1999). A principal escala de avaliação de dependentes químicos no mundo é o questionário Addiction Severity Index (ASI), que foi desenvolvido na Filadélfia. Tem como público alvo pessoas que apresentam abuso ou dependência química. O instrumento está na sexta edição e é utilizado em mais de 60 países (KESSLER et al., 2010).

O questionário ASI (Escala de Gravidade de Dependência) é aplicado na forma de entrevista semi-estruturada em pacientes adultos. O instrumento fornece informações sobre diferentes áreas da vida do paciente. O ASI é aplicado no início do tratamento por profissionais treinados, normalmente da área da saúde. O questionário avalia a gravidade de problemas em várias áreas (sub-escalas): 1) Médica (saúde física), 2) Emprego/Sustento (educação, emprego e finanças), 3) Drogas, 4) Álcool, 5) Legal (envolvimento com Justiça Criminal e/ou atividades ilegais), 6) Lazer, 7) Família e relacionamentos sociais, 8) Trauma (preocupação ou incomodo com pensamentos ou sentimentos), 9) psiquiátrica (problemas psicológicos ou psiquiátricos) – ver Apêndice 2 (KESSLER et al., 2010). Questões objetivas (uma para cada área) mensuram o grau de preocupação do indivíduo. Depois de apontar as dificuldades, o entrevistado relata seu grau de necessidade de intervenção em cada área pesquisada (KESSLER et al., 2010).

A pesquisa de validação do ASI no Brasil foi realizada em diferentes centros (UFRGS, UFRJ, UNIFESP, USP e UFBA). Os participantes (n=740) de pesquisa foram avaliados com o instrumento em ambientes diferentes (ambulatórios e internações de locais para tratamento de dependentes químicos) (KESSLER et al., 2012).

Além dos instrumentos que avaliam aspectos da dependência, outros instrumentos de avaliação podem ajudar na compreensão dos casos, especialmente alguns testes psicológicos, dado que a comorbidade é comum em casos de dependência química. Testes psicológicos de personalidade, como Teste de Pfister (VILLEMOR-AMARAL, 2005) e Teste de Zulliger ZSC (VILLEMOR-AMARAL; PRIMI, 2009), e de avaliação de sintomas, como Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp, ISSL, (LIPP, 2000), Inventário de Ansiedade de Beck, Inventário de Depressão de Beck (CUNHA, 2001), podem ajudar a identificar comorbidades, contribuindo assim para a avaliação e o planejamento do tratamento.

Planejamento de ação

A Organização Mundial de Saúde aponta cinco ingredientes para os cuidados em saúde mental: 1) Farmacoterapia, 2) Psicoterapia, 3) Reabilitação Psicossocial, 4) Reabilitação profissional e emprego, 5) Habitação. Os três primeiros são considerados fundamentais para o processo de intervenção para recuperação da saúde mental (WHO, 2001).

Dessa forma, para cada necessidade identificada na ASI6 deve-se aplicar ou solicitar intervenção relacionada. O quadro 3 relaciona as necessidades identificadas com o uso do ASI6 e as possíveis intervenções a serem realizadas/solicitadas pelos gerentes de caso.

Quadro 3 – Relação entre necessidades e intervenções

Necessidade identificada na ASI6	Intervenção
1) Médica (saúde física)	Farmacoterapia, Psicoterapia
2) Emprego/Sustento (educação, emprego e finanças)	Psicoterapia, Reabilitação Psicossocial, Reabilitação profissional e emprego, Habitação
3) Drogas	Farmacoterapia, Psicoterapia, Reabilitação Psicossocial
4) Álcool	Farmacoterapia, Psicoterapia, Reabilitação Psicossocial
5) Legal ⁵ (Justiça Criminal e atividades ilegais)	Psicoterapia, Reabilitação Psicossocial
6) Lazer	Psicoterapia, Reabilitação Psicossocial
7) Família e relacionamentos sociais	Psicoterapia, Reabilitação Psicossocial, Habitação
8) Trauma (preocupação ou incomodo com pensamentos ou sentimentos)	Farmacoterapia, Psicoterapia, Reabilitação Psicossocial, Habitação
9) Psiquiátrica (problemas psicológicos ou psiquiátricos)	Farmacoterapia, Psicoterapia, Reabilitação Psicossocial

Deve-se destacar que o quadro 3 apresenta sugestões ou indicações de intervenções. Normalmente, as intervenções devem ocorrer concomitantemente, porém em alguns casos, uma ou outra podem não ser adequadas, por exemplo, o uso de psicoterapia para o tratamento de saúde física (como uma infecção bacteriana) pode ser desnecessário ou inadequado. Por outro lado, nestes casos, a psicoterapia pode ser utilizada para lidar com os problemas decorrentes da doença física, com o sentimento de culpa por ficar sem trabalhar ou sem dar assistência a familiares, como cônjuge ou filhos. Cabe ao gerente de caso propor o encaminhamento para serviços com intervenções coerentes com os problemas identificados.

Outras Intervenções possíveis são (FALLER, s.d.):

1. Articulação da Rede
2. Compartilhamento de Casos (Matriciamento)
3. Realização e Revisão de Contrato Comportamental
4. Identificação de Potencialidades
5. Exames de Urina
6. Contatos Telefônicos
7. Controle do Calendário
8. Reavaliações
9. Benefícios Sociais (vale transporte, cesta básica, aluguel social, etc.)

Entre as outras intervenções possíveis listadas acima, as duas primeiras (Articulação da Rede e Matriciamento) são fundamentais em casos mais complexos, já as outras são utilizadas conforme a necessidade do caso.

Recursos da comunidade para a atenção integral

As intervenções de reabilitação psicossocial na atenção integral podem ocorrer em diversos contextos e de diferentes formas. Essas intervenções devem realizar uma articulação com os recursos comunitários disponíveis, a fim de maximizar os efeitos da intervenção (BONADIO, 2011). Alguns dos recursos da comunidade que podem ser utilizados são: centros de atenção psicossocial, cooperativas de trabalho, moradias assistidas, ateliês terapêuticos, grupos de mútua ajuda, escolas, áreas de atividade religiosa-espiritual e áreas de atividade física (BONADIO, 2011, DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). Mais informações sobre reabilitação psicossocial podem ser encontradas no capítulo “Reabilitação Aplicada à Dependência Química” deste livro.

Técnicas de solução de problemas

Com o tempo, uma vez que o uso da droga tornou-se um meio singular e comum de lidar com problemas, muitos usuários têm seus repertórios adequados de enfrentamento e de resolução de problemas quase extintos ou ocorrendo numa frequência bem mínima. Muitos deles não têm conhecimento dos problemas que surgem e têm que enfrentar e, por isso, os ignoram até que tais problemas se tornem ou se relacionam com crises graves. Portanto, para muitos – especialmente para aqueles que têm estilos impulsivos ou que não estão acostumados a pensar ou agir alternativamente – solucionar problemas mostra-se uma habilidade particularmente útil.

Será apresentada aqui uma estratégia básica que pode ser aplicada a uma gama de problemas relacionados com o abuso de drogas, bem como a variedade de problemas que, invariavelmente, vão surgir depois que os pacientes deixam o tratamento. A ideia de que a vida será mais fácil e livre de problemas após a interrupção do uso da droga é uma das fantasias de muitos pacientes. Somente após tornassem abstinentes, que na maioria das vezes eles se tornam conscientes de problemas que têm negligenciado ou ignorado.

O profissional deve transmitir que todo mundo tem problemas de vez em quando e que a maioria pode ser efetivamente resolvido. Além disso, apesar de problemas estarem relacionados com a ansiedade (e outras emoções negativas), a resolução eficaz de problemas leva tempo e concentração, e a primeira solução impulsiva não é necessariamente a melhor.

Problema, Solução e Solução Eficaz

O problema é uma relação particular entre pessoa e ambiente, ele aponta o desequilíbrio ou a diferença entre as demandas do ambiente as capacidades (habilidades) da pessoa para lidar com estas demandas (CABALLO, 1996).

Dessa forma, a solução é qualquer comportamento que auxilie no enfrentamento do problema, das emoções negativas relacionadas a ele, ou ambos (CABALLO, 1996). A solução eficaz, além de alcançar estes objetivos de enfrentamento, maximiza as consequências favoráveis (benefícios) e minimiza as perdas (custos). Os custos e benefícios incluem consequências em curto, médio e longo prazo.

Processo de solução de problemas

O processo de solução de problema consiste em buscar e encontrar uma solução eficaz para um problema. O processo de solução de problema é composto por cinco etapas (D'ZURILLA, 1971, CABALLO, 1996):

- 1) **Orientação para o problema**
- 2) **Definição e formulação do problema**
- 3) **Levantamento de alternativas**
- 4) **Tomada de decisão**
- 5) **Prática da solução e verificação**

Cada um das etapas é descrita abaixo:

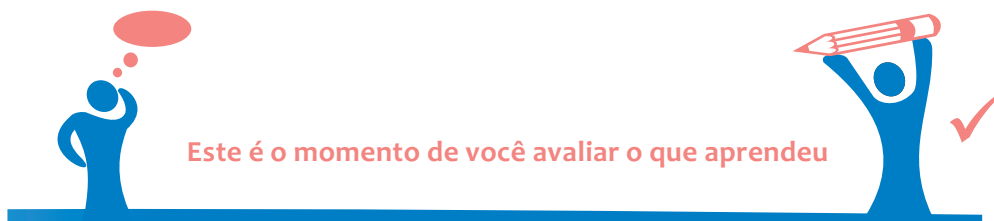
1) Orientação para o problema (“Há algum problema?”) – Nesta etapa busca-se avaliar se há de fato um problema. O reconhecimento de problemas pode vir de várias pistas, incluindo preocupação, raiva e depressão, problemas apontados por outros; estar preocupado, e sempre sentindo como se está em crise. Dessa forma, esta etapa é diferente das outras, pois trata-se da percepção sobre as evidências comportamentais da existência do problema e a análise sobre a existência de um problema real (CABALLO, 1996).

2) Definição e formulação do problema (“Qual é o problema?”) - É mais fácil resolver os problemas que são concretos e bem definidos do que aqueles que são globais ou vagos. Nesta etapa deve-se definir objetivamente o que é problema, ou quais são os problemas. Para grandes problemas que parecem insolúveis é importante tentar dividi-los em etapas menores, de mais fácil solução. Tentar resolver um problema muito “grande” de uma vez ou muito rápido pode gerar outros problemas, por isso é recomendável que estes sejam divididos em problemas menores de mais fácil e/ou rápida solução (CABALLO, 1996).

3) Levantamento de alternativas (“O que eu posso fazer para resolver o problema?”). Nesta etapa deve-se fazer uma tempestade-de-ideias, ou seja, gerar o maior número de soluções possíveis (preferencialmente por escrito), sem considerar, em primeiro lugar, quais são “boas” ou “más” ideias, quais são mais ou menos eficazes. Neste momento, é mais importante ter quantidade de soluções, e não analisar a “qualidade” (eficácia) das soluções. Escrever é especialmente importante, pois facilita a etapa seguinte (tomada de decisão), ajuda a criar novas soluções, fruto da combinação de duas já escritas, e é possível voltar à lista no futuro, mesmo após a escolha de uma solução. É importante perceber que não fazer nada imediatamente também é uma opção (CABALLO, 1996).

4) Tomada de decisão - ("Qual a melhor alternativa em curto, médio e longo prazo?"). Esta etapa envolve pensar no futuro. Reveja cada alternativa, considere tanto as consequências positivas e negativas de todas as soluções possíveis, em curto, médio e longo prazo. Esta etapa pode envolver também coletar mais informações e avaliar se algumas soluções são executáveis ou impossíveis (CABALLO, 1996).

5) Prática da solução e verificação - ("O que aconteceu quando eu ...?"). Neste momento deve-se por em prática a solução escolhida, além disso, deve verificar as consequências da solução posta em prática. Deve-se salientar que, apesar de alguns problemas serem fáceis de resolver, outros são mais difíceis. Com isso, para problemas mais difíceis, pode ser necessário repetir os passos de um a cinco por diversas vezes antes de um problema complexo que está resolvido (CABALLO, 1996).



Em que sentido os instrumentos do GC podem ser úteis ou já estão sendo úteis ao seu trabalho no serviço onde você atua?

Agora é o momento de você simular uma prática:

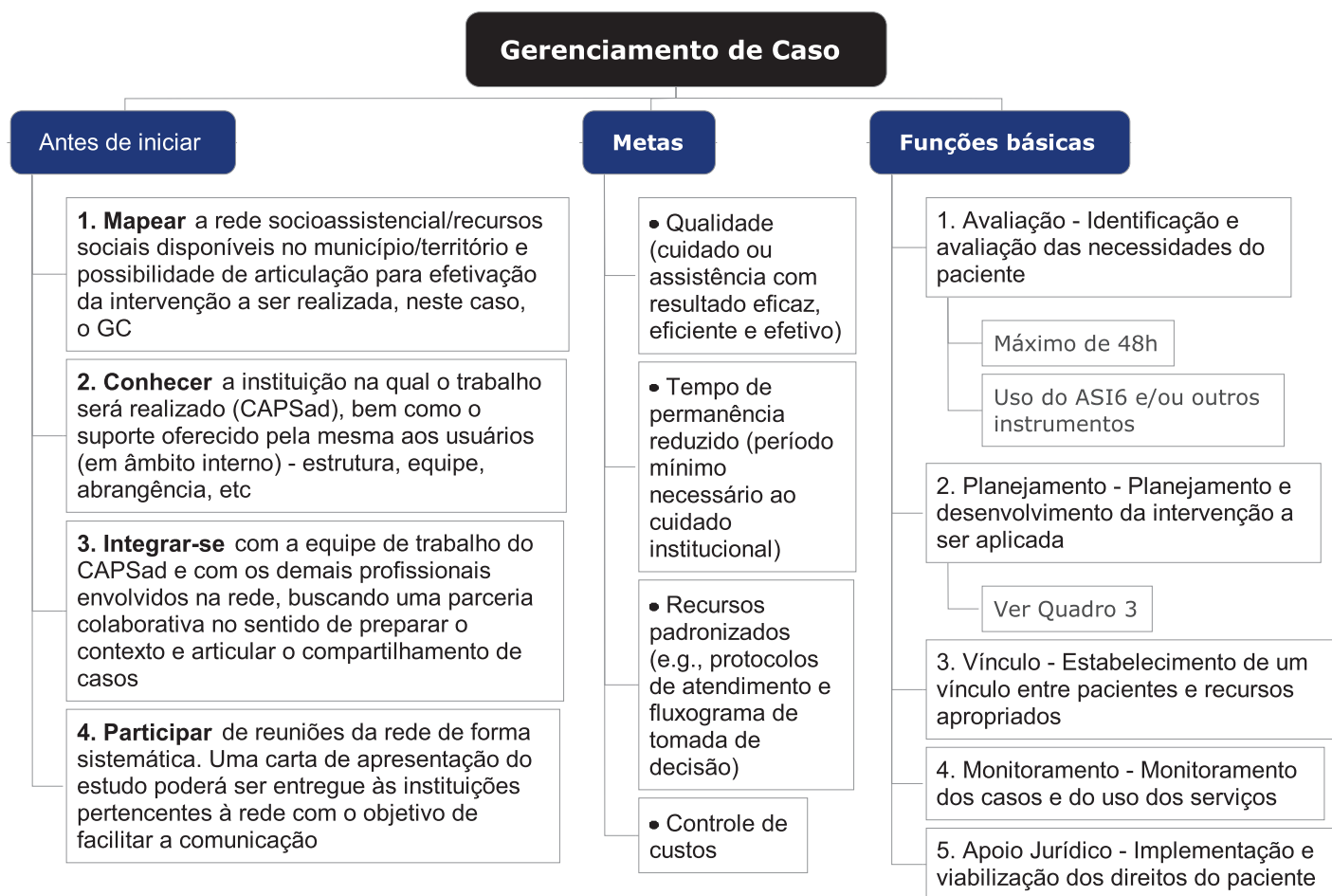
Imagine que você aplicou o ASI6 em um usuário e identificou necessidades nas áreas 1, 5, 7 e 8. Faça uma tabela com três colunas: 1) necessidade, 2) intervenção (separe uma a uma) indicada e 3) local de encaminhamento nos sistemas do governo.

Conclusão

O GC é uma estratégia poderosa de mudança. Sua aplicação adequada provavelmente afetará a qualidade de vida do usuário e o modo como ele utiliza os serviços da rede de atenção psicossocial e os serviços de outros setores. Assim, provavelmente, também afetará o modo como os servidores do SUS, do SUAS e de outros sistemas prestam seus serviços em direção à qualidade da assistência integral.

Por um lado, os resultados das intervenções com GC são maximizados de maneira a reduzir custo de serviços e aumentar os efeitos desses serviços sobre a vida do usuário. Isto se torna particularmente mais efetivo para aqueles que recorrem e se apropriam frequentemente e intensamente da rede de serviços. E se torna mais necessário para aqueles usuários cujos casos são complexos. Segue a figura 01 com o resumo do GC:

Figura 1 – Resumo do Gerenciamento de Caso



Por outro lado, os resultados intervenções podem não ser satisfatórios. Isto ocorre quando: 1) o GC é executado de forma incompleta ou irregular, 2) as intervenções não são eficazes, eficientes ou efetivas (intervenções de baixa intensidade), 3) há problemas entre membros da equipe e entre setores (ausência da intersectorialidade), 4) há ausência de treinamento ou o treinamento foi insuficiente; e 5) o gerente de caso tem pouca experiência na função. Além dessas, outras dificuldades podem gerar ineficiência dos resultados das intervenções: a demora no início do GC, a ocorrência de diagnóstico incoerente e a ausência de moradia e de transporte para os usuários, fatos que, por vezes, os impedem de estar nos locais das intervenções ou seguirem recomendações ou prescrições profissionais. Se essas dificuldades não forem minimizadas ou resolvidas, o GC não será aplicado de forma adequada e, por conseguinte, pode se tornar mais um serviço fragmentado na rede de atenção psicossocial.



Agora no final, é preciso autoavaliar sua aprendizagem

1. Você sabe enumerar as funções básicas do GC?
2. Você sabe enumerar as competências e habilidades de um gerente de caso? Você domina uma quantidade suficiente dessas competências e habilidades de modo a tornar-se um gerente de caso?
3. Você sabe descrever pelo menos um dos modelos de GC?
4. E sobre os pressupostos do GC, saberia citá-los?
5. Você sabe justificar a necessidade do GC nos casos complexos de dependência química? Poderia justificar isto a partir de um caso complexo real que você conhece?
6. Você sabe descrever pelo menos dois dos instrumentos do GC? Conseguiria aplicar um deles em um caso real do seu serviço?
7. Você sabe explicar como os instrumentos do gerenciamento são mutuamente dependentes uns dos outros? Em que sentido um planejamento adequado de ação depende de uma avaliação adequada do caso?
8. O quanto você aprendeu? Que nota de 0 a 10 reflete esse quanto?



Referências

- BONADIO, A. N. Reabilitação psicossocial. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Artmed, 2011.
- CABALLO, V. E.; CLAUDINO, M. D. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. Santos, 1996.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Cartilha Sobre o Crack, 2011.
- CUNHA, J. A. Manual da versão em português das Escalas Beck. Tradução de Jurema Alcides Cunha. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- D'ZURILLA, Thomas J.; GOLDFRIED, Marvin R. Problem solving and behavior modification. Journal of abnormal psychology, v. 78, n. 1, p. 107, 1971.
- FALLER, S. (s. d.) Manual de aplicação do gerenciamento de casos orientados para usuários de crack em tratamento em CAPSad. Acessado em 17 de outubro de 2013.
<http://www.cpad.org.br/site2/br/downloads-e-escalas/category/1-arquivos-para-download?download=48%3Amanualgerenciamentocaso>
- FIGLIE, A. Neliana Buzi; LARANEIRA, B. Ronaldo. Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool Case Management applied to the Treatment of Alcohol Dependence. Rev Bras Psiquiatr, v. 26, n Supl I, p. 63-67, 2004.
- FONSECA, V. A. S.; ALVES, H. N. P.; LEMOS T. Gerenciamento de caso. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- FORMIGONI, M. L. O. S.; CASTEL, Saulo. Escalas de avaliação de dependência de drogas: aspectos gerais. Revista de Psiquiatria Clínica, v. 26, p. 5-31, 1999.
- GONZALES, R. I. C. et al. Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. Rev Latino-am Enfermagem, v. 11, n. 2, p. 27-31, 2003.
- KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Manual de Aplicação da Sexta Versão da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6). Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.
- KESSLER, Felix et al. Avaliação multidimensional do usuário de drogas ea Escala de Gravidade de Dependência. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 32, n. 2, p. 48-56, 2010.
- KESSLER, Felix et al. Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 34, n. 1, p. 24-33, 2012.
- LIPP, M. N. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). Casa do Psicólogo, 2000.

VILLEMOR-AMARAL, A. E. As Pirâmides Coloridas de Pfister. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia, 2005.

VILLEMOR-AMARAL, A. E.; PRIMI, R. O Teste de Zulliger no Sistema Compreensivo ZSC Forma Individual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report: 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva; 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01en.pdf>. Apêndice 1 - Orientações de Aplicação da Escala de Gravidade de Dependência (ASI6) – (KESSLER; PECHANSKY, 2006, p.26-49)

PERGUNTAS COMUNS SOBRE O ASI

O FORMATO DA ENTREVISTA – DEVE SER UMA ENTREVISTA?

Talvez esta seja a pergunta mais comumente feita a respeito do ASI. Na procura por métodos mais rápidos e fáceis de coletar dados, muitos clínicos e pesquisadores vêm solicitando uma versão autoadministrável do instrumento (seja por computador ou via papel e lápis). Contudo, enquanto esses métodos ainda não chegam ao Brasil, torna-se importante o treinamento na forma de entrevistar corretamente com o instrumento ASI6.

Ainda não existe demonstração convincente de que o formato de entrevista produza informação menos confiável que a de outros métodos de administração. Tem-se notado que o formato padronizado de entrevista é o único método viável para assegurar a plena compreensão das questões perguntadas, o que é particularmente importante para alguns segmentos da população que abusa de substâncias (isto é, pacientes psiquiatricamente comprometidos, idosos, pacientes confusos ou com doenças clínicas). Sem o contato pessoal, costuma-se perder impressões clínicas do paciente que podem ser uma fonte adicional de informação importante à equipe clínica.

Existem, de fato, muitos instrumentos autoadministráveis úteis, válidos e confiáveis, apropriados para a população que abusa de substâncias. Vários questionários autoadministráveis como o Inventário de Depressão de Beck (BDI – Beck Depression Inventory), MAST, SCL-90 e outros instrumentos podem ser aplicados com resultados muito satisfatórios. Contudo, estes enfocam um único tema, para o qual alcançaram validade e consistência. O ASI é propositadamente abrangente com as finalidades acima colocadas.

PAPEL DO ENTREVISTADOR – QUAIS SÃO AS QUALIFICAÇÕES NECESSÁRIAS PARA UM ENTREVISTADOR DO ASI?

Tendo indicado a importância do processo de entrevista, sabe-se que a mais importante parte do ASI é o próprio entrevistador que coleta a informação. O entrevistador não é somente o registrador de uma série de informações subjetivas. O entrevistador é responsável pela integridade da informação coletada e deve estar disposto a repetir, mudar as palavras e questionar até que sinta que o paciente entende a questão e que a resposta reflete o melhor julgamento do paciente, consistente com a intenção da pergunta. Deve ser enfatizado que o entrevistador deve entender a intenção de cada questão. Isto é muito importante uma vez que a despeito da gama de situações e respostas incomuns que nós descrevemos no manual, uma nova exceção ou situação nunca ouvida previamente sempre pode ocorrer. Consequentemente, os entrevistadores do ASI não devem esperar encontrar respostas no manual a todas as situações incomuns que encontrarão no uso deste instrumento. Inversamente, é importante que o entrevistador entenda a intenção da pergunta para dispor da informação mais completa disponível pelo paciente e, então, registrar a resposta mais apropriada, incluindo comentários.

Há um conjunto bastante restrito de qualidades necessárias para se tornar um entrevistador capacitado. Primeiro, o futuro entrevistador deve ter aparência e maneira agradáveis a fim de facilitar a empatia com o paciente que abusa de substâncias, ou seja, ser capaz de formar um bom vínculo. Segundo, o entrevistador deve estar apto a ajudar o paciente a separar as áreas problemáticas e examiná-las individualmente usando as perguntas disponíveis. Qualidades igualmente importantes ao futuro entrevistador são a inteligência básica para entender a intenção das perguntas na entrevista e o compromisso de coletar a informação de maneira responsável.

Não há perfil educacional ou de antecedentes que seja mais confiável em relação à habilidade de realizar uma entrevista boa. Em outros países, um grande número de pessoas, das mais diversas profissões, incluindo recepcionistas, policiais e oficiais de justiça, médicos, entrevistadores profissionais e psicólogos, já foram treinados para aplicar o ASI. E, em cada um destes grupos, alguns indivíduos foram incapazes de realizar entrevistas, sendo excluídos durante o treinamento (aproximadamente 10% de todos os treinados) ou nas checagens de confiabilidade subsequentes. Os motivos de exclusão mais comuns foram a incapacidade de estabelecer um vínculo razoável com os pacientes, insensibilidade à incompreensão ou desconfiança do paciente, incapacidade de efetivamente aprofundar respostas inicialmente confusas com questões esclarecedoras suplementares ou simplesmente não concordância com a abordagem do ASI (examinando problemas individualmente ao invés de considerá-los como função do abuso de substâncias).

ESCORES DE GRAVIDADE – QUAL SUA IMPORTÂNCIA E UTILIDADE?

É digno de nota que os escores de gravidade foram historicamente o último item a ser incluído no ASI. Eles são considerados itens interessantes e um resumo conveniente para pessoas que desejam um perfil geral rápido do estado problemático de um determinado paciente. Eles são disponíveis principalmente para conveniência clínica e menos para uso em pesquisa, permanecendo especialmente úteis para planejamento inicial do tratamento e encaminhamento.

UMA OBSERVAÇÃO SOBRE “GRAVIDADE”

A definição de gravidade adotada pelo ASI (que alguns considerarão arbitrária) é a “necessidade de tratamento adicional”. Contudo, os Escores de Gravidade do Entrevistador (EGE) que faziam parte do ASI5, não são mais utilizados no ASI6. Pesquisas de mais de uma década produziram evidências a respeito das falhas em um dos grupos originais desses índices sumários, os EGEs. Os EGEs eram escalas globais de 10 pontos em cada área do ASI, baseadas na impressão subjetiva do entrevistador, sobre o funcionamento passado e recente (últimos 30 dias). Embora McLellan e cols. relatassem inicialmente elevadas confiabilidades entre os entrevistadores para os EGEs, quando codificados por entrevistadores altamente treinados, evidenciou-se que os EGEs eram geralmente mais modestos e, quando o treinamento tinha menor qualidade, também eram menos válidos. Por isso, o seu uso passou a ser menos recomendado.

ESCORES COMPOSTOS – PARA QUE SERVEM, POR QUE FORAM CONSTRUÍDAS DESSA FORMA E QUAIS AS NORMAS?

Usuários familiarizados com edições prévias do ASI sabem que há um manual separado desenhado para descrever seu uso e mostrar como calculá-los (ver “Composite Scores from the Addiction Severity Index” – McGahan et al., 1986). Os escores compostos foram desenvolvidos a partir de combinações de itens em cada área problemática capaz de mostrar alteração (isto é, baseado no período dos 30 dias anteriores e não da vida toda) e que mostre a estimativa de estado problemático de maior consistência interna. As complicadas fórmulas usadas no cálculo dessas composições são necessárias para assegurar igual peso a todos os itens na composição.

Estas composições têm sido muito úteis aos pesquisadores, como medidas de alteração do estado problemático matematicamente calculadas, mas não têm tido valor aos clínicos como indicações do estado atual em uma área problemática. Isto é devido à falha em se desenvolver e publicar valores normativos para grupos representativos de pacientes que abusam de substâncias (por exemplo,

homens em manutenção de metadona, mulheres dependentes de cocaína em tratamento livre de droga, etc.). Com o risco de ser defensivo, nosso interesse primário foi medir alteração entre nossos pacientes locais e não comparar o estado problemático atual de vários grupos de pacientes ao longo do país. Além disso, ainda não se buscou o leque de interesse que tem sido mostrado no instrumento.

UMA OBSERVAÇÃO ESPECIAL SOBRE POPULAÇÕES ADOLESCENTES

O ASI não é apropriado para adolescentes devido a seus conceitos subjacentes a respeito de autosuficiência e porque simplesmente não estuda questões (como, por exemplo, escola, relações com colegas, problemas familiares da perspectiva do adolescente, etc.) críticas para uma avaliação de problemas do adolescente. Até o momento, há duas versões do ASI desenvolvidas para populações adolescentes e que mostraram evidência de confiabilidade e validade nesta população. Há um terceiro instrumento que não está no mesmo formato do ASI, mas tem mostrado confiabilidade e validade excelentes. Leitores interessados podem contatar estes indivíduos diretamente para mais informações sobre estes instrumentos:

Sartes, L.M.A. (2005). Versão Brasileira do Teen Addiction Severity Index (T-ASI): Análise da Consistência Interna e Validação da Área de Uso de Substâncias. Tese de Mestrado.

ou

Kathy Meyers, Research Department, Carrier Foundation, Belle Meade, New Jersey – “Carrier – Addiction Severity Index”

ou

Yifrah Kaminer, Adolescent Chemical Dependency Program, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pa. – “Teen – Addiction Severity Index”

ou

Al Friedman, Adolescent Substance Abuse Program, Department of Psychiatry, Philadelphia Psychiatric Center, Phila., Pa. – “Adolescent Drug and Alcohol Diagnostic Assessment”

QUESTÕES ADICIONAIS PARA O ASI

Posso fazer perguntas adicionais e/ou retirar algum dos itens atuais?

Como indicado acima, o ASI foi desenhado para captar a informação mínima necessária para avaliar a natureza e gravidade dos problemas de tratamento dos pacientes na admissão ao tratamento e no seguimento (follow-up). Por esta razão, encoraja-se a adição de questões particulares e/ou instrumentos adicionais no curso da avaliação de pacientes.

As perguntas da forma como estão descritas servem como um forte guia à entrevista, mas não necessitam ser seguidas à risca desde que a intenção/ideia chave seja comunicada.

As potenciais investigações e os esclarecimentos que seguem as questões com “por exemplo” ou “–”, ou são incluídos ocasionalmente nos parênteses ou devem ser usados seletivamente como parte da entrevista. Durante suas primeiras entrevistas, use estas investigações/clarificações adicionais livremente. Fazendo deste modo, você desenvolverá uma percepção de: 1 – como os entrevistados compreendem e respondem às perguntas; e 2 – como fazer a entrevista fluir e ao mesmo tempo conseguir a informação exata. Assim que você se sentir mais confortável com a entrevista e adquirir uma percepção de cada cliente especificamente, você será capaz de determinar o quanto investigar e em que momentos isto é necessário. Esclareça quando necessário – para verificar a informação, para assegurar-se de que o cliente compreendeu o significado da pergunta, e para conseguir informações qualitativas quando puderem ser valiosas. Entretanto, como há muitas perguntas esse processo deve ser seletivo, conforme a necessidade, a fim manter a entrevista em, mais ou menos, uma hora.

Não se estimula a eliminação ou substituição de itens presentes no ASI6

Novamente, os itens do ASI (independentemente de serem eles bons ou ruins para necessidades de indivíduos em particular) têm sido testados para confiabilidade e validade como itens individuais e também como parte dos escores compostos e/ou de gravidade (das versões anteriores). A eliminação ou substituição dos itens existentes poderia reduzir significativamente a confiabilidade e comparabilidade destes escores. É possível eliminar sessões inteiras (áreas problemáticas) do ASI se problemas particulares não são aplicáveis a populações específicas ou ao foco de intervenções terapêuticas específicas.

Na versão do ASI6 e neste manual, estão incluídos um conjunto de itens adicionais que foram acrescentados ao ASI5 a fim de obter informações em áreas que eram inadequadamente cobertas em outras versões. Esses itens são apresentados na mais recente versão do questionário e as instruções específicas para perguntar estas questões e para interpretar as respostas serão discutidas em cada uma das áreas problemáticas na parte de Instruções Específicas do Manual. Deve ficar claro que estes itens não são utilizados no cálculo dos escores compostos, portanto é importante salientar que o uso de versões anteriores do ASI ainda promoverá dados comparáveis nos escores compostos e na maioria dos itens, uma vez que eles não foram alterados ou eliminados, apenas suplementados.

Com o passar dos anos, também foram desenvolvidas outras entrevistas e questionários para coleta de informações gerais e especializadas em usuários de substâncias. Alguns destes instrumentos merecem destaque especial pelo fato de poderem ser usados em substituição ou em complementação ao ASI para fornecer informações aprofundadas ou especializadas.

INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO DO ASI6

Em primeiro lugar, é particularmente importante que o paciente perceba o propósito da entrevista. Se ela for usada somente como uma entrevista clínica, deve ser descrita como o primeiro passo na compreensão do leque completo de problemas pelos quais o paciente está procurando ajuda e a base para o plano inicial de tratamento. Se o ASI for usado somente para finalidade de pesquisa, então o entrevistador deve explicar que a entrevista ajudará a fornecer uma descrição de sua condição antes e depois da internação ou procedimento pelo qual passará. O entrevistador deve também aproveitar esta oportunidade para descrever quaisquer benefícios potenciais que o paciente possa esperar ao participar no projeto de pesquisa.

O entrevistador deve se apresentar e afirmar brevemente que ele deseja perguntar ao paciente algumas questões sobre o plano para tratamento. Deve acrescentar que estas questões são perguntadas a todos os participantes do tratamento/pesquisa, que a entrevista será completamente confidencial, e que as informações não sairão do ambiente de tratamento/pesquisa. Observação: isto deve ser reenfatizado ao longo de toda a entrevista.

O entrevistador deve, então, descrever o modelo da entrevista, enfatizando as sete áreas problemáticas em potencial. Estas áreas são: Médica, Ocupação/Sustento, Álcool e outras Drogas, Legal, Familiar/Social, e Psiquiátrica. É importante que se reforce a natureza da contribuição do paciente. Por exemplo, o entrevistador deve afirmar: “Nós observamos que enquanto todos os nossos pacientes têm problemas com álcool ou outras drogas, muitos também têm problemas significativos em outras áreas, como a médica, ocupacional, familiar, legal e psiquiátrica. Em cada uma dessas áreas, eu lhe perguntarei se você sente que tem problemas, quanto você tem se incomodado por estes problemas, e quanto você julga ser importante o tratamento para estes problemas. Esta é uma oportunidade para você descrever seus problemas mais importantes; aqueles que você sente precisar de mais ajuda”.

A etapa final da introdução é a explicação da escala de escores que serão dados pelo paciente (ver anexo e instruções específicas). Esta escala de 5 pontos será usada pelo paciente para responder questões subjetivas em cada área problemática e será apresentada para referência neste ponto da entrevista. O entrevistador deve descrever o uso da escala e oferecer um exemplo para testar a compreensão pelo paciente.

À medida que o foco da entrevista prossiga de uma área para a próxima, é muito importante que o entrevistador apresente cada nova seção e altere o foco do paciente a partir da área anterior. Por exemplo: “Bem, eu conversei com você sobre seus problemas médicos; agora, eu vou lhe perguntar algumas questões sobre qualquer problema ocupacional ou de sustento que você tenha”. Assim, o paciente estará preparado para se concentrar em cada uma das áreas independentemente. Nesse sentido, é importante que o paciente não confunda problemas em uma área particular com dificuldades experimentadas em outra área, como problemas psiquiátricos confusionais como aqueles devidos diretamente aos efeitos fisiológicos da intoxicação do álcool ou outras drogas.

REGRAS GERAIS PARA CODIFICAÇÃO DO ASI6

Os “pulos” são usados em todas as partes como uma maneira de encurtar a entrevista. Quando uma resposta posterior contradiz uma informação prévia, investigue a fim de esclarecer, e se for constatado que o “pulo” dado anteriormente não é mais válido, a entrevista e a codificação devem conciliar com a melhor informação disponível. Por exemplo, ao atravessar a lista de problemas médicos graves/crônicos, o cliente revela uma recente hospitalização médica que não foi mencionada na seção Médica (M). A seção M deve ser recodificada o quanto for necessário, e informação suficiente deve ser obtida para fazer isto precisamente.

Codifique a resposta que representa a situação mais problemática quando uma resposta inexata é obtida.

Se o entrevistado responder com duas opções adjacentes e a resposta precisa não é obtida, por exemplo, a idade do primeiro uso de cocaína: “24 ou 25”, selecione a resposta que é mais problemática. Assim, neste caso, o início precoce de uso é pior, selecione, consequentemente, “24”. Da mesma maneira, se o cliente disser que ele/ela usa por “10 ou 11” anos, selecione “11” que é a opção mais grave.

Se o entrevistado responder em escala, sem esclarecimento adicional, selecione o ponto médio na escala, por exemplo, o cliente diz ter ganhado entre R\$300 e R\$350 no trabalho – codifique R\$325,00. Se a escala não tiver um ponto médio, selecione o número mais próximo à média mais problemática, por exemplo, o entrevistado diz que se ocupou com 3 a 6 dias de atividades ilegais – codifique 5 desde que seja um dos números do meio (4 ou 5), e o mais grave. Se a escala com a qual o entrevistado responde requer que você faça um cálculo, escolha a média deste cálculo; por exemplo, o entrevistado diz que ele (a) tem usado cocaína “1 ou 2 vezes por semana”, desde que você necessite codificar o uso nos últimos 30 dias, a melhor resposta seria 6 dias, que é o ponto médio, uma vez por semana $\times 4 = 4$ dias, e duas vezes por semana $\times 4 = 8$ dias.

Estas regras gerais devem ser seguidas a menos que houver uma forte evidência para proceder de outra maneira, isto é, exceções. Por exemplo, se seguir à regra faria a informação inconsistente com respostas numerosas, aparentemente válidas, em outros itens. Também, alguns itens, como na seção de Moradia (M), estão relacionados entre si e a combinação não pode exceder, por exemplo, 30 dias vivendo em várias instituições. Nesses casos, a regra poderá ter que ser aplicada flexivelmente de modo que o número de dias não exceda a resposta máxima permissível (por exemplo, 30 dias) para o grupo de itens relacionados. Um exemplo concreto: se um entrevistado indicar que ele esteve na prisão durante 25-30 dias e internado (desintoxicação) por 4 ou 5 dias, você não pode selecionar 28 na prisão e 5 dias na internação, sendo fiel à regra, mas adicionar até 33 dias (excedendo a resposta máxima para esse item). Você deve usar seu julgamento de modo que a combinação de respostas não exceda 30 dias – neste caso pode-se codificar 26/27 dias de prisão e 4/3 dias de internação.

Outros princípios de codificação das respostas

Estas regras aplicam-se tanto para codificar uma entrevista observada quanto em conduzir uma entrevista. Naturalmente, quando você conduz uma entrevista, consiga tanta precisão quanto possível para codificar um item, e ao mesmo tempo não prolongue indevidamente a entrevista ou fique preso em distinções relativamente pequenas ou sem sentido. É também certo, e preferível, se o tempo permitir, fazer o “cálculo” durante a entrevista, e oferecer ao entrevistado sua estimativa para depois ser validada pelo cliente, ou até mesmo para ele oferecer uma resposta mais precisa.

Às vezes, os entrevistados respondem com datas aproximadas em vez de número de dias

Frequentemente não conseguem dizer facilmente quantos dias experienciaram algo nos últimos 6 meses. Então, você pode ouvir respostas do tipo “eu estava no hospital de maio a julho”: supondo 30 dias = 1 mês, o número dos dias poderia ser tanto 90 (isto é, todos os dias de cada um daqueles 3 meses) ou somente 32 dias (isto é, todo mês de junho e um dia ou dois em maio e julho). Embora muitas vezes não possamos obter absoluta precisão, a escala (32-90) para o exemplo acima é, contudo, demasiadamente imprecisa e uma maior investigação é necessária. Se o entrevistado puder recordar datas exatas será, certamente, ideal, mas muito frequentemente não é o caso. Consequentemente, se as datas não são conhecidas, algumas investigações como “isto ocorre no início de maio, no meio ou no fim de maio?” e uma investigação similar para julho

estreitasse a escala da resposta. Por exemplo, a média de ambos os meses seria ~ 60 dias, ou do começo de maio até o fim de julho seria ~75-80.

Como no ASI5, usa-se o arredondamento (14 dias = 1 mês, 6 meses = 1 ano), exceto nas perguntas onde se pede especificamente uma determinada quantidade de tempo (por exemplo, abstinência por pelo menos 1 ano).

ENTREVISTAS DE SEGUIMENTO (FOLLOW-UP)

Se uma entrevista de seguimento será realizada em algum ponto mais tarde, isto também deve ser incluído na introdução. Por exemplo: “Com sua permissão, nós gostaríamos de estar de novo em contato com você em aproximadamente 6 meses a fim de lhe perguntar algumas questões similares. Dessa forma, esperamos avaliar nosso programa, para ver quão útil ele tem sido”.

Espera-se que introduzindo a entrevista de forma clara e descritiva, esclarecendo quaisquer incertezas, e desenvolvendo e mantendo um vínculo continuado com o paciente, a entrevista de admissão produzirá informações válidas e úteis.

Entrevistas de seguimento não devem ser realizadas antes de um mês da entrevista prévia, uma vez que o período de avaliação é dos 30 dias anteriores. A entrevista pode ser conduzida de forma confiável e válida pelo telefone, desde que ocorra em um contexto onde o entrevistado se sinta livre para responder honestamente e o entrevistador tenha fornecido uma introdução apropriada para a entrevista, enfatizando a confidencialidade das informações (Ver McLellan et al., 1980; 1985).

As questões para seguimento do ASI6 ainda não foram definidas. Assim que elas forem selecionadas, estes itens serão capazes de mostrar alterações do paciente em relação à entrevista anterior. Certos itens na entrevista de seguimento terão, por exemplo, na seção de emprego, questões sobre a extensão de educação formal ou treinamento, na intenção de refletir o acréscimo de educação desde a entrevista prévia. Em função desta necessidade de informação adicional, o entrevistador é orientado a ter o original ou uma cópia da entrevista prévia disponível para referência. Quando isto não é possível, o entrevistador é orientado a simplesmente a codificar a informação adicional (p. ex., mais 2 meses de escola, 2 tratamentos adicionais para abuso de álcool, etc.) próximo ao quadro de resposta e adicionar este número à resposta da entrevista prévia quando for possível referir a este formulário.

ESCALA DE ESCORES DO PACIENTE

É especialmente importante que o paciente desenvolva a capacidade de comunicar a extensão dos problemas experimentados em cada uma das áreas selecionadas e com que extensão sente que é importante o tratamento para estes problemas. Estas estimativas subjetivas são centrais para a participação do paciente na abordagem de sua condição.

No intuito de padronizar estas avaliações, nós empregamos uma escala de 5 pontos (0-4) para os pacientes graduarem a gravidade de seus problemas e até que ponto eles sentem que o tratamento para eles é importante.

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

Para alguns pacientes, é adequado simplesmente descrever a escala e seus valores na introdução da entrevista e, a partir daí, ocasionalmente. A preocupação do entrevistador com estes itens deve ser conseguir a verdadeira opinião do paciente. Conseguir que o paciente use sua própria linguagem para expressar uma opinião é mais apropriado do que forçar uma escolha da escala.

Diversos problemas com relação a esses escores podem ocorrer. Por exemplo, o escore do paciente para a extensão de seus problemas em uma área não deve se basear em sua percepção de qualquer outro problema. O entrevistador deve se esforçar para esclarecer cada escore como uma área problemática separada, e focar o período de tempo nos 30 dias anteriores. Assim, o escore deve ser dado com base nos problemas atuais, e não em problemas potenciais. Se um paciente não relata problemas durante os 30 dias anteriores, então a extensão com que ele/ela tem se incomodado por estes problemas deve ser o (zero) e o entrevistador deve fazer uma pergunta confirmatória para checar a informação prévia. “Uma vez que você disse não ter tido problemas médicos nos últimos 30 dias, posso assumir que, neste ponto, você não sente necessidade para qualquer tratamento médico?” Observação: Se o paciente não for capaz de entender a natureza do procedimento de dar escore, então, insira um “X” para estes itens.

ESTIMATIVAS

Várias questões pedem que o paciente estime por quanto tempo experimentou um problema particular nos últimos 30 dias. Estes itens podem ser difíceis para o paciente e pode ser necessário sugerir mecanismos de estruturação de tempo: isto é, períodos fracionados (como a metade do tempo) ou pontos-âncora (fins-de-semana, dias de semana). Finalmente, é importante que o entrevistador não imponha suas respostas ao paciente com afirmações do tipo: “Parece que você tem um problema médico extremamente sério!”. O entrevistador deve ajudar o paciente a selecionar uma estimativa apropriada sem forçar respostas específicas.

ESCLARECIMENTO DE QUESTÕES E RESPOSTAS

Durante a administração do ASI há ampla oportunidade para esclarecimento de questões e respostas e isto é considerado essencial para uma entrevista válida. Para garantir a qualidade da informação, certifique-se de que a intenção de cada questão está clara para o paciente. Cada questão não necessita ser perguntada exatamente como colocado; mude as palavras ou use sinônimo apropriado para cada paciente em particular, e registre qualquer informação adicional nas seções de “Comentários”.

Observação: quando fica firmemente estabelecido que

o paciente não consegue entender uma questão em particular, esta resposta não deve ser registrada. Coloque um “X” no primeiro quadro daquele item. No caso do paciente parecer ter dificuldades de entender muitas questões, pode ser vantajoso interromper a entrevista. Neste caso, é melhor esperar um dia ou mais para que o paciente se recupere da confusão inicial e efeitos desorientadores do abuso recente de álcool ou outras drogas, do que registrar respostas confusas.

OBSERVAÇÃO GERAL A RESPEITO DOS ESCORES DE GRAVIDADE

Deve ser entendido que estes escores são apenas estimativas do estado problemático, derivado de um único ponto no tempo e sujeito a alterações no contexto imediato da vida do paciente. Além disso, estes escores não podem tomar o lugar da informação mais detalhada fornecida pelo paciente em cada uma das áreas problemáticas.

SITUAÇÕES DIFÍCEIS OU INAPROPRIADAS

Prisão prévia ou tratamento hospitalar

Várias questões dentro do ASI requerem julgamentos relativos aos 30 dias prévios ou ao ano anterior. Em situações nas quais o paciente foi encarcerado ou tratado em ambiente hospitalar, torna-se difícil desenvolver um perfil representativo do comportamento do paciente. Nesse caso, sugere-se restringir o período de avaliação destes itens aos 30 dias prévios à entrevista independentemente do estado do paciente durante este tempo.

Mesmo com esta compreensão geral, existem ainda itens individuais que são particularmente difíceis de responder para pacientes que tenham estado presos ou em ambiente algo controlado. Talvez, o exemplo mais comum seja encontrado na seção de emprego. Aqui nós definimos “dias de problemas”, contando somente quando um paciente tem, de fato, se esforçado em achar trabalho ou quando há problemas no trabalho. Numa situação em que o paciente não teve a oportunidade de trabalhar não é possível, por definição, que tenha

problemas de emprego. Em situações como esta, na qual o paciente não teve a oportunidade de encontrar a definição de um dia problemático, a resposta apropriada é um “N” e os escores do paciente que seguem devem também ser “Ns”, uma vez que eles dependem da questão dos dias problemáticos. Em tese, a letra N vai representar as respostas que “não se aplicam”.

Respostas duvidosas

Alguns pacientes responderão no sentido de apresentar uma imagem particular ao entrevistador. Isto geralmente resulta em respostas inconsistentes ou inapropriadas que se tornam aparentes durante o curso da entrevista. À medida que estas respostas se tornam aparentes, o entrevistador deve se esforçar para assegurar ao paciente a confidencialidade dos dados, explicar novamente o propósito da entrevista, investigar respostas mais representativas e esclarecer respostas prévias de validade questionável. Se a natureza das respostas não melhorar, o entrevistador deve simplesmente descartar todos os dados que pareçam questionáveis, colocando um “X” quando apropriado e registrando isto no formulário. No caso extremo, o entrevistador deve terminar.

Compreensão pobre

Os entrevistadores podem encontrar pacientes que simplesmente são incapazes de entender os conceitos básicos da entrevista ou de se concentrar em questões específicas, geralmente por causa dos efeitos de abstinência de álcool ou outras drogas ou devido a outros transtornos mentais. Quando isto se torna aparente, a entrevista deve ser finalizada e outra sessão agendada.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA O PREENCHIMENTO (CONCEITOS)

Há instruções gerais sobre os procedimentos utilizados no preenchimento do formulário logo no início do instrumento.

Informações Gerais (página 10)

É sempre importante iniciar uma entrevista se apresentando ao paciente e explicando os seus objetivos. Além disso, cabe salientar que: “Esta entrevista poderá ajudar no seu tratamento, assim como futuramente poderá ajudar no tratamento de outras pessoas. Agora vou ler algumas informações antes de começarmos”. Conforme as orientações dos comitês de ética, em caso de pesquisa, deve-se entregar um consentimento livre esclarecido para o sujeito ler e assinar antes do início da entrevista. Sugere-se que se leia toda a introdução. Esta foi escrita para ser breve e ir direto ao ponto. Ocasionalmente, os entrevistados querem saber mais, não há nada errado em fazer algumas perguntas. Não obstante, leia da forma em que está escrito sempre que possível, e explique brevemente, a menos que tenha razões convincentes para fazer de outra maneira.

Nome do paciente – Coloque o nome do entrevistado ou insira apenas as iniciais. G1 – Coloque o número de identificação atribuído ao entrevistado, se houver um. Nome do entrevistador – Coloque seu nome. G2 – Coloque seu código de entrevistador, se houver um. G3 – Serve para treinamento ou para confiabilidade entre entrevistadores e para codificar sua identificação se você está observando, mas não conduzindo a entrevista. Os observadores devem somente observar, e não fazer nenhuma pergunta durante a entrevista. O observador e o entrevistador devem codificar suas entrevistas independentemente, e somente discutir os casos depois que terminarem de preencher o formulário de entrevista do ASI6. G4 – Coloque a data da realização da entrevista. G5 – Coloque a data em que o entrevistado ingressou no tratamento atual (ambatório ou internação). G6 – Dependendo do tipo de estudo que está sendo realizado as entrevistas poderão ser referentes ao dia da entrevista, à data de admissão ou a período anterior a outras datas. G10 – Pergunte; não presuma a raça, nem fale sobre as outras raças ou faça algo para deixar o entrevistado ciente de que múltiplas respostas são aceitáveis. Pergunte simplesmente qual cor ele (a) se considera. G11 – Por exemplo, no caso de hospital-dia ou centro de atenção psicossocial (Caps): marcar como “outro local”. G12 – Codifique o estado civil atual. Por exemplo, se o entrevistado é divorciado ou separado e agora está casado ou vivendo como casado, essa última condição é a que deve ser codificada. Também é necessário deixar claro ao entrevistado que “vivendo como casado” é uma resposta válida; vivendo com o (a) namorado (a) não significa necessariamente vivendo como casado depende da percepção do entrevistado. Então, por exemplo, dois entrevistados podem estar vivendo com um (a) parceiro (a) romântico e cada um ser codificado de maneira diferente dependendo de sua percepção. Se ele (a) disser que está vivendo com um (a) parceiro (a), você pode sondar perguntando:

“Você diria que está vivendo como casado ou não?”. Outra possibilidade, quando a resposta não tiver sido clara é ler cada alternativa de resposta e deixar a pessoa escolher o que fizer mais sentido para ela. Escolha o senso comum. Ex.: 1 – se a pessoa está separada há tempo, mas não está divorciada legalmente, no entanto, considere-se que a pessoa está separada. 2 – vivendo como casado pode ser codificado para parceiros homossexuais. 3 – se o paciente nunca se casou, pule para G14. G13 – Codifique o número de anos e meses que a pessoa permanece em algum estado civil. Essa pergunta é pulada se a pessoa nunca se casou. G14 – O entrevistado deve referir a fonte de encaminhamento para esse específico programa de tratamento. Se ele mencionar vários, deixe o cliente escolher a principal, que na maioria dos casos será a mais recente.

Preencher as lacunas

É importante diferenciar os itens que não são aplicáveis ao paciente (os quais devem ser registrados como “N”) dos itens que o paciente não pode entender ou não responderá (os quais devem ser registrados com “X”). Por favor, não deixe nenhum item sem código, exceto quando houver pulos.

Moradia (página 10)

Para manter o entrevistado focado nos últimos seis meses, uma abreviação de letra única para cada mês é provida ao entrevistador (acima de “moradia”) para facilitar a contagem. Ex.: se a entrevista foi feita em 06/04/2003: A (abril) = 0, M (março) = 1, F (fevereiro) = 2, J (janeiro) = 3, D (dezembro) = 4, N (novembro) = 5, O (outubro) = 6, portanto o tempo de 6 meses seria de 05/10/2002 até 06/04/2003.

Questões sobre moradia

Se o entrevistado passou a noite numa prisão hospital nos últimos 6 meses, isso é codificado como noites em H5 prisão (não em noites H3/H4 ex.: não em hospitais psiquiátricos). Mas conte hospitalizações no M25 ou P1 para representar mais precisamente a gravidade que isso representa na vida do indivíduo. H1 – Refere-se a qualquer ambiente controlado ou supervisionado (exceto abrigos que são codificados separadamente no item H8). H1A (últimos 6 meses) deve ser igual à soma de H2A a H7A. Similarmente, H1B (últimos 30 dias) deve ser igual à soma de H2B a H7B. H1B não deve jamais ser maior que H1A.

Se, em H1A, o paciente reportar que não passou nenhuma noite em um ambiente controlado nos últimos 6 meses, pule para H8A. Esse é o primeiro de vários “pulos” que foram feitos para deixar a entrevista mais fluída. Não é necessário preencher os quadrados vazios com zeros. H2 – Inclui tratamento residencial e comunidades terapêuticas, assim como pacientes internados em unidades de desintoxicação. H3 – Inclui hospitalizações por problemas médicos, não psiquiátricos ou por álcool e outras drogas. H4 – Inclui hospitalizações por problemas psiquiátricos, noites passadas em unidades psiquiátricas. Se alguém é hospitalizado por álcool ou outras drogas e problemas psiquiátricos, será incluído somente no H2. H6 – Este item deve ser codificado quando o paciente não está apenas em tratamento, mas também morando no local. H7 – Um ambiente controlado refere-se a uma situação de vida na qual o indivíduo foi restringido de sua liberdade de movimentação e de seu acesso ao álcool e outras drogas. Isto geralmente significa estar residindo em um local de tratamento ou instituição penal. Um hospital-dia ou hospital-noite não é, geralmente, um ambiente controlado. Se o indivíduo estava em dois tipos de ambiente controlado, coloque o número do ambiente no qual ele passou a maior parte do tempo. Nestes casos, o tempo de permanência em ambiente controlado refletirá o tempo total em todos os ambientes. Inclui pequenos hospitais e outros lugares estruturados para pessoas que necessitam de algum cuidado que não foram capturados por H2 a H6. H8 – Inclui abrigos somente para os sem-teto. Abrigos para vítimas de violência doméstica (a não ser que o local seja focado para mais longo prazo e funcione como casa comunitária – nesse caso será codificado como H6) serão contados em H7 (casa de passagem). H9/H10 – “Lugar nenhum para ficar” requer alguma interpretação para levar em conta os fatores do entrevistados, como o que o entrevistado está realmente fazendo. Se, por exemplo, ele fica numa casa de crack por uma noite ou duas de farra e depois vai para casa, isso geralmente não será contado como não ter lugar para ficar. No entanto, se o entrevistado fica por um período mais extenso de uso descontrolado de alguma substância e esteve morando com amigos/família, mas não esteve em “casa” por uma ou mais semanas, o paciente pode não ser bem-vindo em casa e isso pode ser considerado como noites sem-teto. Similarmente, se ele esteve morando sozinho, abandonado no

e está morando nas ruas, o seu apartamento provavelmente não estará mais disponível. Também, alguns clientes podem dizer “eu poderia ficar na minha mãe ou irmão”, mas isso é hipotético e não há como ter certeza se ele será realmente bem-vindo, então codifique como sem-teto. Geralmente, além de situações breves de opções do cliente (como o primeiro exemplo de uma ou duas noites numa casa de crack), codifique como sem teto. Arranjos domiciliares instáveis, ex.: morar com amigos ou famílias por um período extenso (ex.: semanas/meses), geralmente não contam como noites sem-teto. Nota:

Se o paciente responder que esteve sem-teto nos últimos 6 meses, pule H10. Sabe-se de antemão que a resposta H10 será sim.

H11 – Codifique todas as respostas que se apliquem. Pode ser necessário investigar por respostas adicionais, pois os pacientes, em geral, não pensam nas suas crianças ou familiares na resposta dessa questão. Se houver compartilhamento de peças (banheiro, cozinha, cômodos) isso será considerado a mesma casa, mas se houver uma separação entre as peças, mesmo que seja uma parede ou uma porta são consideradas como casas diferentes. Também, se divorciado e morando com o ex-cônjuge de um modo não romântico/sexual isso também será considerado como vivendo com outros adultos (6). No entanto, se morar com o ex-cônjuge de um modo romântico/sexual será então considerado como cônjuge/parceiro(a) (2). Se o entrevistado disser que ele está separado, mas morando na mesma casa com o ex-cônjuge, ele deve ser codificado como separado (G12). Essas convenções influenciam a F1 (relações com um parceiro sexual/romântico). Se a pessoa viveu com o parceiro (a) /cônjuge nos últimos 30 dias, F1 deve ser codificado como sim. Também, se H9B for maior que zero, se o paciente morou na rua, ou no carro, ou em prédios abandonados, etc., deve-se codificar com quem ele estava morando no H11. Quando o paciente morar com um dos pais, marcar a opção “pais”.

Caso o paciente responda somente a opção SOZINHO

(1) – marcar N na questão seguinte (H12). H12 – Problemas com álcool será semelhante aos critérios de abuso do DSM-IV-TR ou uso nocivo do CID-10. Inclui uso problemático e recente de drogas e/ou álcool. Se o paciente mencionar alguém em tratamento, mas já recuperado, não se deve codificar como tendo problemas recentes de álcool e/ou outras drogas. Também, é de decisão do paciente se alguém que está morando com ele tem problema com álcool. Qualquer uso de drogas por pessoas com quem o paciente está morando é codificado como sim (1). Se o sujeito considerar sua estada na casa da namorado(a) nos finais de semana marcar como “sim” – tem envolvimento.

Médico (página 11) M1 – O entrevistador pode marcar mais de uma opção se for o caso do paciente ter mais de um convênio de saúde. M3/M4 – Ainda que não possamos considerar todas essas doenças como tipicamente crônicas, elas são enfermidades que, mesmo tendo ocorrido no passado ou estando em remissão, colocam o paciente, no mínimo, em risco de recorrência ou incapacidade. M15/16 – Uma condição crônica é uma condição física ou médica séria ou potencialmente grave que requer cuidados contínuos ou regulares por parte do paciente (por exemplo, medicação, restrições de dieta, incapacidade de participar ou realizar atividades normais). Quando há uma pequena recorrência da doença, independentemente do período de intervalo sem doença, ela será considerada crônica. Alguns exemplos de condições crônicas são hipertensão, diabetes, epilepsia e defeitos físicos. Em casos extremos, problemas menstruais crônicos devem ser registrados caso interfiram na vida cotidiana ou só sejam abordáveis através de tratamento médico regular. Codifique “Sim” em M16, caso o paciente tenha um problema clínico crônico que continua impedindo-o de obter as vantagens completas de suas capacidades.

Se o paciente referir o uso de óculos para leitura ou alergias mínimas como um problema crônico, isto indica um entendimento errôneo da questão. Caso um paciente realmente relate um problema crônico válido, comente a natureza do problema no espaço fornecido.

Problemas clínicos crônicos comuns em indivíduos dependentes de álcool

Problemas gastrointestinais (sangramento ou varizes esofágicas, úlcera, gastrite, pancreatite), hepáticos (esteatose hepática, cirrose, hepatite) e outros (hipertensão, diabetes, convulsões – podem ou não fazer parte da abstinência).

Problemas clínicos comuns em indivíduos dependentes de drogas

Problemas como hepatite, hipertensão, abscessos (em braços, pernas), derrame pulmonar, condições cardíacas. AIDS – os problemas relacionados podem ser de grande variedade, mas particularmente micoses orais, infecções não usuais, problemas pulmonares.

O paciente pode não ter sido exatamente informado que ele tem, por exemplo, “problemas nas costas” ou “movimentos prejudicados”. Se um médico ou outro profissional da saúde, entretanto, mencionar que o paciente tem “hérnia de disco” ou se ele já teve uma amputação ou uma substituição articular realizadas, isto é, se já foi submetido a algum procedimento que suporte a validade da condição, a mesma deve ser incluída em M15 e/ou M16. Não se deve incluir relatos como “minhas costas estão muito duras, eu devo ter artrite”, não havendo qualquer tipo de validação dessa condição, como tratamento ou diagnóstico por um profissional da saúde. M17 – A intenção desta pergunta é validar a gravidade da doença através da decisão independente de medicar o problema, por um médico. Portanto, se a medicação foi prescrita por um profissional médico legítimo, para uma condição física (não psiquiátrica ou por abuso de substância psicoativa), então, deve ser registrado – independentemente se o paciente faz uso ou não da medicação. Se o paciente está tomando alguma medicação, ela precisa ter sido prescrita por um médico.

Medicações prescritas por apenas curtos períodos ou para condições temporárias específicas (isto é, resfriados, desintoxicação), não devem ser levadas em conta. Apenas a necessidade prolongada de medicação deve ser contada (por exemplo, hipertensão, epilepsia, diabetes, etc.). Não se deve incluir medicações para transtornos psiquiátricos, as quais serão registradas posteriormente, em seção específica. Medicamentos para transtornos do sono são, geralmente, de uso temporário e são abordados na parte de psiquiatria.

Basicamente as respostas também vão avaliar a necessidade e a obediência. Se o paciente deveria tomar algo e não há uma boa razão para acreditar que a doença regrediu sozinha, mesmo que a medicação tenha sido prescrita há muito tempo, o caso deve ser codificado como 2 – deveria estar tomando, mas não está. Outra possibilidade é o medicamento ser considerado ineficaz e descartado pelo médico e não existir outro medicamento para tratar a condição; esta situação seria codificada como 3 – medicamento não é mais necessário. Talvez isso devesse ser lido com mais exatidão – não é mais necessário ou útil. Quando não se tem mais nenhuma evidência de sintomas e/ou indicação de medicação de manutenção codifica-se 3. M19 – Considera a avaliação subjetiva do entrevistado. M20 – Nessa sessão serão codificadas apenas doenças clínicas. “Está recebendo algum tipo de tratamento para esse sintoma referido?”. Se a resposta for negativa não entra nessa sessão. Pergunte ao paciente quantos dias, nos últimos 30 dias, ele apresentou problemas físicos/médicos. Não inclua os problemas diretamente causados apenas por álcool ou outras drogas. Isto significa problemas como ressaca, vômitos, insônia, e outros que seriam removidos caso o paciente estivesse abstinente. Entretanto, se o paciente desenvolveu um problema médico prolongado por abuso de substância psicoativa, o qual não desapareceria simplesmente com a abstinência, inclua os dias nos quais ele apresentou este problema (por exemplo, cirrose, flebite, pancreatite).

Se nesta questão a resposta for 0 (zero) – marcar N na questão seguinte (M21).

Não inclua intercorrências leves, tais como gripe ou resfriado, mesmo que estas intercorrências

acarretem um baixo escore de gravidade.

M21 – Deve-se considerar o paciente como incapacitado para exercer atividades normais devido a problema médico ou físico se estiver hospitalizado ou residindo em clínica de reabilitação. M22 – MOSTRAR OU ENTREGAR AO PACIENTE A FOLHA COM OS ESCORES DE INTENSIDADE. Essa questão considera a avaliação subjetiva do entrevistado. M23/M24 – No momento de fazer a pergunta, sugere-se que onde diz “qualquer problema clínico ou físico” quando um ou dois problemas foram citados pelo sujeito, substituir “qualquer” problema físico ou clínico pelos problemas já citados pelo entrevistado. Ex: Quão preocupado ou incomodado você tem estado com suas “dores nas costas?”.

Tenha certeza que o paciente restringiu sua resposta em M22 e M23 aqueles problemas abordados na seção médica. Para o item M24, enfatize que você está falando de tratamento médico adicional para os problemas especificados. M25/M26 – Embora uma pessoa possa ficar no HPS ou na sala de emergência durante a noite, isto não é uma hospitalização de fato.

Anote o número de noites passadas no hospital por problemas clínicos. Inclua hospitalizações de emergência por Overdoses (OD) ou Delirium Tremens (DTs), mas exclua hospitalizações para desintoxicação ou outras formas de tratamento para álcool, outras drogas ou psiquiátricos. Parto normal não entra na contagem, uma vez que não é um problema médico resultante de doença ou trauma. Complicações resultantes do parto são contadas e devem ser registradas na seção de comentários. M28 – Mesmo que o paciente tenha feito mais de uma visita em um dia será considerado apenas o número de dias. Comentários – anotar problemas de saúde relatados pelo sujeito para que se tenham informações neste sentido.

Emprego/Sustento (página 12) E1 – Para codificar as respostas de 1 a 5 considere apenas se o paciente completou o grau referido. Ex.: se ele está na 4ª série do ensino fundamental codifique 6 (nenhuma), pois ele ainda não completou nenhum dos graus descritos. E2/E5 – Considere este treinamento apenas se ele apresenta algum potencial de uso na vida civil e é desenvolvido para dar ao paciente alguma capacidade considerável ou reconhecida. Ou seja, cozinhar, operacionalização de equipamentos pesados, conserto de equipamentos, são considerados; treinamento de infantaria ou de demolição geralmente não é reconhecido.

Considerar qualquer curso que disponibilize certificado e possa ser utilizado em atividades profissionais (ex.: computação, línguas, etc...) ou que o indivíduo teve como finalidade reverter em algum tipo de renda. Não considere atividades apenas de lazer. Ex.: se um indivíduo fez um curso de cerâmica, porém sem intenção de vender as peças, não considere. E5 – Significa, geralmente, matriculado e cursando. Se um paciente está mesmo matriculado, ou seja, se já foi aceito e tem plano consistente de frequentar o programa num futuro próximo, deve ser também codificado como 1 ou 2, ainda que não esteja frequentando no momento. Deve-se ter cautela nesse item, pois vários pacientes “planejam” fazer alguma coisa e não conseguem dar seguimento a seu intento. Quanto mais evidências houver de que o paciente está realmente matriculado, melhor será para decidir como codificar: se ele pagou antecipadamente o valor total ou parcial do treinamento/ensino, se já cursou pelo menos um ano ou semestre, se está em período de férias, etc. Então, segundo essa lógica, um “estudante” em férias de verão também deverá ser codificado como 1 ou 2. Da mesma forma, para E10/Situação de emprego atual, se o paciente estava desempregado e acabou de receber uma proposta de emprego, mas ainda não começou a trabalhar, a lógica utilizada em E5 nos levaria a marcar 1 ou 2. E6 – Carteira de habilitação: é válido para uma carteira de habilitação que não esteja vencida ou tenha sido suspensa ou revogada. Este item simplesmente é um indicador da oportunidade de ser empregado em vários trabalhos que exijam dirigir enquanto no serviço ou, no mínimo, a habilidade de obtenção de um emprego em lugares em que o transporte público não é disponível. E7 – Automóvel: isto não requer necessariamente um meio de transporte próprio, mas sim a disponibilidade de

transporte pessoal regular. Caso o paciente não possua carteira de habilitação, deve ser registrado “Não” neste item. Os itens E6, E7 e E8 são utilizados como indicadores da capacidade do paciente para ir e voltar do trabalho. E8 – Especificar que esta pergunta se refere somente ao meio de transporte. E9 – Fazer a pergunta somente se ainda houver dúvida da capacidade do entrevistado. Caso contrário, codifique 1. E10 – Codifique a condição que melhor explica a situação atual do paciente. A opção 4 deve ser assinalada se o paciente não trabalha, não procura ativamente por trabalho e não faz bicos de forma regular. A opção 5 deve ser escolhida caso o paciente esteja fazendo bicos numa frequência mínima de 1 vez por semana. Considera-se bico qualquer atividade exercida de modo irregular e sem horário fixo. Trabalho de período integral (incluindo empregos não registrados) é regular e maior que 35 horas por semana. Trabalho regular de meio período é um emprego no qual o paciente tem uma escala de trabalho menor do que 35 horas por semana, porém é regular e mantido. Trabalho irregular de meio período refere-se a empregos nos quais o paciente trabalha em base de meio período, mas não há uma escala confiável, por exemplo, diaristas.

Obs: Indivíduos em licença saúde são considerados empregados. E11 – O motivo relatado pelo paciente, que o afasta do mercado de trabalho, deve ser codificado nesse item. Se o paciente não está em busca de emprego devido a problemas com álcool e outras drogas, deve-se, em geral, codificar como 5 – Não procura por trabalho (e não como incapaz). Incapaz deve se referir à deficiência física ou possível incapacidade psíquica, as quais devem ter sido documentadas previamente (por outro serviço) ou com as quais o cliente persiste (e pode justificar), tornando-o incapacitado para o trabalho ou para procurar um emprego. A incapacidade não precisa necessariamente ser permanente.

Marque todas as opções que se aplicam aos pacientes codificados em E10 como 4 ou 5. Lembrando que, também são considerados como estudantes, indivíduos que estejam com sua matrícula trancada por período inferior a 6 meses desde que tenham cursado anteriormente pelo menos 1 semestre do curso referido. E12 – MOSTRAR OU ENTREGAR AO PACIENTE A FOLHA DOS PRINCIPAIS GRUPOS DE OCUPAÇÃO. Codificar a categoria que mais se aplica.

Habilidades: anote qual é a ocupação do cliente. Em geral, é considerado como ocupação qualquer habilidade ocupacional transferível que foi adquirida através de treinamento ou educação especializados.

Ocupação: codifique a categoria apropriada do anexo: Principais Grupos de Ocupação. Certifique-se de especificar em termos de categorias gerais de trabalho (por exemplo, se comerciante, então, venda de computadores, venda de carros usados, etc.). Caso o paciente esteja trabalhando recentemente em uma atividade diferente, registre a ocupação usual. Caso o paciente não possua uma ocupação usual, então anote o trabalho mais recente. Anote “N” apenas quando o paciente nunca tenha trabalhado. E13 – Considera-se como trabalho informal, aquele que é sem carteira assinada. E14 – Considerar o trabalho de maior duração em regime superior a 35 horas semanais (turno integral). O trabalho em questão pode ser formal ou informal, ou seja, se o paciente tiver como trabalho mais duradouro um bico regular, em turno integral, este deve ser codificado. Refere-se ao emprego mais duradouro com o mesmo empregador, mesmo que o paciente tenha sido promovido a posições ascendentes ao longo do tempo. Se o paciente teve múltiplos cargos, codifique o mais recente no item E16-Ocupação.

Período de emprego: enfatize o fato de que você está interessado no período mais longo em que o paciente manteve um emprego em período integral. Emprego no serviço militar será considerado apenas quando ultrapassa o período de alistamento do indivíduo. E15 – Codificar o tempo, em meses, desde o termino do trabalho de turno integral mais longo. Realizar as contas necessárias no momento da entrevista. E16 – Codificar a ocupação/trabalho de turno integral mais longa de acordo com especificadores da questão/nota E12. E17 – Codificar o número de semanas em que teve trabalho pago, sem desconsiderar períodos remunerados de licenças, férias, dias como autônomo e trabalho informal e

bicos.

Codifique o número de semanas trabalhadas durante os últimos 6 meses. Se o paciente trabalhou apenas um dia por semana durante 2 semanas, equivale a 2 semanas. Um mês equivale a 4 semanas, mas 3 meses = 13 semanas e 6 meses = 26 semanas. Então, 4 meses = 17 semanas (13 semanas + 4 semanas) e 5 meses = 21 semanas. Essencialmente, 3 meses ou mais equivale a 13 semanas mais o número adicional de semanas (com 4 semanas equivalendo um mês); deve-se sempre seguir essa lógica, exceto quando o paciente trabalhou cada semana no período de 6 meses, isto é, o tempo inteiro, o que totaliza 26 semanas. E18 – Considerar o total de dinheiro recebido nos últimos 6 meses como fruto de trabalho remunerado. Não computar as receitas provenientes de aposentadoria, atividades ilegais. E19 – Codificar o número de dias remunerados nos últimos 30 dias, considerando também os dias remunerados de licença, férias, trabalho como autônomo e trabalho informal. E20 – Considerar o total de dinheiro recebido por trabalho nos últimos 30 dias. E21 – Computar o número de dias em que algum tipo de problema relacionado ao trabalho ocorreu. Considera-se como problema nesta questão qualquer tipo de situação que possa resultar em prejuízo no trabalho. Exemplos: baixa produtividade, discussões, ser chamado atenção, atrasos, faltas. Nos casos em que o paciente não teve a oportunidade para trabalhar, devido a encarceramento ou outro ambiente controlado, não é possível, por definição, que ele tenha tido problemas no trabalho. Em casos como este, em que o paciente não tenha tido a chance para preencher a definição de dia problemático, a resposta apropriada é “N” e a escore que segue do paciente também deve ser “N”, uma vez que ela depende da questão de dias problemáticos. E22 – Nesta questão, procurar emprego implica em tomar uma atitude para atingir este objetivo, como, por exemplo, mandar currículo, preencher uma ficha de emprego, falar com um possível empregador. E23 – Mostrar a escala de avaliação de intensidade para o entrevistado. Codificar o escore respondido pelo paciente. Deixar claro na pergunta que se refere à importância de uma assistência atual ou adicional em relação à área de emprego.

Escore do paciente: os escores são restritos aos problemas identificados pelo item E21. Para o item E23, enfatize que você está falando sobre ajuda para encontrar ou prepará-los para um trabalho – não dar um trabalho para eles.

Problemas de trabalho, últimos 30 dias: inclui incapacidade de arrumar emprego (apenas se o paciente tem tentado), ou problemas no trabalho atual (se o emprego está em perigo ou insatisfatório, por exemplo).

Não inclua problemas em “encontrar um emprego” que estejam diretamente relacionados apenas ao abuso de substâncias psicoativas por parte do paciente, tais como abstinência ou ressaca.

Não inclua sentimentos de insatisfação em relação às expectativas no emprego, ou o desejo comum de ganhar mais dinheiro ou mudar de trabalho, a menos que o paciente já tenha tentado, na prática, estas mudanças e não tenha conseguido. E24 – Codifique “Sim” se o paciente mora em habitação financiada pelo governo (ex.: COHAB, Cingapura, etc.) ou está recebendo auxílio-moradia. E25 – Contribuição para o sustento

Anote se o paciente está ou não recebendo algum suporte regular em forma de dinheiro, moradia ou alimentação de um amigo ou familiar, não de instituição. A contribuição do cônjuge para manutenção da casa é incluída.

Quando existir períodos equivalentes que se encaixam em mais de uma categoria, registre aquela que melhor representa a situação atual.

Refere-se a dinheiro proveniente da Previdência Social ou INSS, de fontes governamentais de pensão, seguro-social, seguro-desemprego.

Pensão, benefícios ou seguro social: aqui são incluídas pensões por invalidez ou aposentadoria, benefícios de veteranos de guerra, “SSI”, compensação por tempo de serviço. E26 – Refere-se a auxílio financeiro público tipo bolsas. E27 – Refere-se a outras formas de assistência governamental que não pensão, seguro-social, seguro-desemprego ou bolsas. Exemplos: comida, vale-refeição, vale-transporte e fomentos provenientes de campanhas governamentais. E26/E27 – Assistência pública: refere-se à assistência pública ou social. Inclui aqui quantia em dinheiro e vales-refeição, assim como dinheiro para transporte fornecido pelo serviço que assiste o paciente, para ir e voltar do tratamento. E28 – Aplica-se aos cuidadores da(s) criança(s), independentemente de serem pais biológicos ou não. Dinheiro do seguro social (INSS) ou da assistência pública (bolsa família, bolsa-escola, etc) direcionado às crianças, entretanto, deve ser especificado nessas categorias nos itens E25 e E26, respectivamente. E29 – Considera-se o dinheiro total proveniente de toda e qualquer atividade ilegal que o paciente tenha realizado no período determinado.

Ilegal: este inclui qualquer dinheiro obtido ilegalmente por tráfico de drogas, roubo, venda de objetos roubados, jogos ilícitos. As máquinas de caça-níqueis ilegais entram nesta categoria.

Caso o paciente tenha recebido drogas em troca de alguma atividade ilegal, não tente converter este valor em dinheiro (em reais). Simplesmente anote isto na seção de comentários deste item e na seção legal. Novamente, o enfoque é no dinheiro disponível para o paciente, não uma estimativa do valor líquido do paciente. E30 – Refere-se a todas as outras fontes que não são melhor codificadas entre E25 e E29. Dinheiro recebido por trabalho na prisão ou em outro ambiente controlado não conta como trabalho pago (E17-E22), melhor se encaixando como renda inesperada (dinheiro proveniente de heranças, imposto de renda, empréstimo particular, jogos de azar, etc.); especifique então o valor recebido nos últimos 30 dias em E30 (dinheiro de outras fontes). Inclui também dinheiro recebido por participação em pesquisas.

A intenção desta pergunta é determinar a quantia adicional de dinheiro que o paciente tem recebido nos últimos 30 dias – não é para determinar se ele recebe ajuda em termos de alimentos, roupas e abrigo.

Anote apenas o dinheiro emprestado ou recebido de cônjuge, familiares ou amigos do paciente. Este se refere apenas a pagamentos em dinheiro dados ao paciente e não a uma estimativa do valor de fornecimento de alimentos e estadia. Não anote simplesmente o salário do cônjuge neste item – apenas a quantia em dinheiro dada ao paciente para gastar.

Inclua aqui ganhos inesperados ou coincidentes de jogos lícitos, devolução de impostos, ou qualquer outra fonte de renda instável. E31 – Marcar todas as opções que se aplicam ao paciente, ou seja, especifique todas as fontes de sustento financeiro atuais. Se o paciente não tem nenhuma fonte de sustento, assinale a opção 11 (nenhuma). E32 – Marcar “Sim” apenas se houve falência legalmente declarada. E33 – Considerar apenas empréstimos ao governo ou instituição privada. Mesmo que a dívida seja da empresa e o sujeito é dono ou sócio a resposta é SIM. Atraso não é considerado “deixar de pagar”. E34 – Considerar atraso superior a 1 mês no pagamento de qualquer dívida, governamental ou não. E35 – Refere-se ao número de pessoas que o entrevistado sustenta, sem contar com ele próprio. Considera-se sustento regular, a satisfação de necessidades básicas como moradia, alimentação, educação e saúde. Inclui os indivíduos que o entrevistado sustenta e também os indivíduos que o entrevistado teria a obrigação de sustentar.

Dependentes: enfatize que estas pessoas devem depender dele regularmente para suporte financeiro, não simplesmente pessoas para as quais o paciente ocasionalmente dá dinheiro. Não inclua o próprio paciente ou a esposa que se auto sustenta.

Não inclua dependentes que são normalmente sustentados pelo paciente, mas que, devido a circunstâncias não usuais, não têm recebido ajuda recentemente. Pagamento de pensão e sustento dos

filhos são incluídos como indicadores de pessoas que dependem do paciente. E36 – Considerar se tem renda compatível para fornecer sustento aos dependentes. Contabilizam-se aqui também os indivíduos que o entrevistado tem a obrigação de sustentar, mas que, eventualmente não sustenta (por motivos financeiros ou outros).

Álcool ou outras drogas (página 14)

Alguns esclarecimentos sobre essa sessão

Se não houve uso de álcool nos últimos 6 meses (isto é, D12 = 0-Sem uso), pule para D20 e pergunte sobre fissuras ou desejos intensos de beber e continue. De forma semelhante, se não houve uso de drogas nos últimos 6 meses (isto é, D38 = 0-Sem uso), pule para D45.

Uso de Álcool

D1 – Considerar como tratamento consultas médicas para tratar o uso de álcool, internações e avaliações, mesmo que não tenham sido transformadas em tratamento. Não considerar a participação em reuniões de auto-ajuda. Se nenhum dia na vida, passar para a questão D6. Quando necessário, é preciso esclarecer se o que ele está computando como duas coisas não se refere a um mesmo tratamento.

Não computar o tratamento atual se o sujeito estiver em avaliação. D2 – Computar o número de tratamentos que tiveram como objetivo apenas a desintoxicação, não incluindo desintoxicações seguidas de tratamento adicional. D3 – Considerar a idade do paciente no início de seu primeiro tratamento para álcool. D4 – Computar o número de dias que o paciente participou de programas ambulatoriais e/ou consultas médicas, incluindo avaliações, somente com o objetivo de tratar o uso de álcool e/ou drogas. Não considerar internações e participações em reuniões de auto-ajuda. Se nenhum dia nos últimos 6 meses, passar para a questão D5. D5 – Codificar o número de dias que o paciente tomou medicação prescrita por médico para tratar o uso de álcool. Se nenhum dia nos últimos 6 meses, passar para a questão D6. D6 – Computar o número de dias de participação em reuniões de auto-ajuda. Se nenhum dia nos últimos 6 meses, passar para a questão D8. D7 – Considerar o tempo contínuo mais longo de participação em reuniões de auto-ajuda, por pelo menos 2 dias na semana, em meses e anos. D8 – Computar o número de anos em que o paciente ingeriu álcool por pelo menos 3 dias na semana, excluindo períodos sem álcool. Caso o paciente responda de forma ambígua computar a resposta que indica maior gravidade. Exemplo: se bebeu regularmente durante 5 ou 6 anos, considerar 6 anos. Se a resposta for inexata arredondar para o número mais alto, a não ser que o número de meses seja inferior a 6. Exemplo: se bebeu regularmente durante 10 meses, considerar como 1 ano. Se o período é menor do que 6 meses, não se considera como um ano. Ex.: Se o entrevistado bebeu por 4 anos e 3 meses, colocar somente 4 anos. Se não fechar pelo menos 1 ano codifique 00 e passe para a questão D10. D9 – Considerar os anos em que o paciente bebeu, regularmente, 5 (se homem) ou 4 (se mulher) drinques, em pelo menos 3 dias da semana. Se não completar pelo menos 1 ano, passar para a questão D11. D10 – Codificar “Sim” se o paciente ingeriu mais de 50 drinques por pelo menos 50 dias em sua vida. D11 – Considera-se a idade que o paciente bebeu, pela primeira vez, com a intenção de sentir os efeitos do álcool ou pelo menos com a noção de que esses efeitos poderiam ocorrer. Não considerar episódios de ingestão acidental de álcool na infância. D12/D38 – Se o entrevistado relata somente 1 semana de uso diário de álcool, faz-se a média para o período de pico de uso em 30 dias nos últimos 6 meses. Se o entrevistado usou diariamente durante uma semana e este foi o máximo que usou durante o período de 6 meses, codificar “2. 1-2 vezes por semana”. Se ele (a) usou uma semana diariamente, mas usou 1-2 vezes por semana por outras 3 semanas durante 30 dias/1 mês, então passa para “3. 3-6 vezes por semana”. Caso tenha usado diariamente por 2 semanas, é codificado como “3. 3-6 vezes por semana”. Se a pessoa disse que usou quase todos os dias, quer dizer, 25 dias, deixando de usar um dia ou outro, talvez por falta de dinheiro, codificar “4-diariamente”. D12 – Codificar a categoria que mais se aplica. D13

– Computar os dias em que o paciente bebeu qualquer tipo e quantidade de bebida alcoólica. Se nenhum dia, passar para a questão D20. D14 – Considerar o último episódio de ingestão de bebida alcoólica. D15 – Computar os dias em que o paciente bebeu, pelo menos, 5 (se homem) ou 4 (se mulher) drinques, nos últimos 30 dias. D16 – Computar a quantia, em reais, que o paciente gastou em álcool para o uso próprio. D17 – Marcar a opção “sim” apenas se o entrevistado apresentou sintomas de abstinência (ansiedade, agitação, perturbação com a clareza ou sons altos, náuseas, vômitos, tremores, sudorese, taquicardia, aumento da pressão arterial) nos últimos 30 dias. Sintomas de ressaca não são considerados. D18 – Codificar “Sim” se apresentar qualquer uma das dificuldades descritas, nos últimos 30 dias. D19 – Codificar “Sim” se apresentar qualquer uma das dificuldades descritas, nos últimos 30 dias.

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias: D20 – Codificar “Sim” se o entrevistado apresentou, nos últimos 30 dias, “fissuras” (desejo intenso e quase incontrolável de utilizar uma substância, às vezes, acompanhada de sintomas e sinais como salivação, ansiedade ou pensamentos recorrentes em relação à substância) ou desejos intensos de beber. Para “fissura” ou urgência em usar, mesmo que leve, não contam memórias, pensamentos e sonhos, a não ser que sejam problemáticos de alguma forma para o entrevistado – esses elementos podem ou não contar como “fissura”, dependendo do que o cliente quer dizer com pensamentos, memórias, etc. D21 – Considerar todos os dias em que entrevistado apresentou quaisquer das dificuldades relacionadas ao álcool, descritas ou não nas questões anteriores, nos últimos 30 dias. Se nenhum dia nos últimos 30 dias, passar para a questão D23. Este item inclui problemas específicos apontados pelos 4 itens precedentes (como por exemplo recaída, controle, consequências, “fissura”) ou quaisquer outros problemas/dificuldades que o entrevistado atribua ao álcool. D22 – Computar a resposta que mais se aplica ao entrevistado, de acordo com a escala. D23 – Considerar o tratamento (atual ou adicional) que, na opinião do entrevistado, é o mais importante. Exemplo, se ele responder que seria “levemente” importante um tratamento adicional, mas que seu tratamento atual é “extremamente” importante, colocar a opção “4” (extremamente). D24 – Codificar a categoria que mais se aplica, de acordo com a escala.

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

MOSTRE OU ENTREGUE A TABELA PARA O PA-CIENTE D25/D33 – A tabela de uso de drogas deve ser investigada da seguinte forma: “Você alguma vez já experimentou/usou...? Quantos anos você tinha quando experimentou pela primeira vez...? Então você experimentou quando você tinha X anos. Quantos anos você tinha quando usou regularmente pela primeira vez, quer dizer, 3 ou mais vezes por semana?”. O ponto principal deste exemplo é que nós não podemos, como rotina, investigar profundamente o histórico de uso de drogas, sequenciando cada período de mais ou menos uso ou abstinência (quase como um histórico modificado, com linha de tempo estendida), pois isso tornaria a entrevista muito longa. Deve haver, é claro, investigação suficiente para que se obtenha informação segura e informações adicionais necessárias.

Uso de Substâncias – Categorias Problema ** Nicotina entra na categoria 11 – “Outras Substâncias”

Principal problema

O entrevistador deve determinar a principal droga de abuso baseado nos anos de uso, número de tratamentos, número de DT/superdosagem. Se as informações fornecidas não indicarem claramente a droga problema, então pergunte ao paciente qual é a principal substância que pensa ser causadora de maiores problemas. Anote um dos códigos seguintes:

01 – ÁLCOOL

02 – MACONHA (CANNABIS)

03 – SEDATIVOS

04 – COCAÍNA/CRACK

05 – ESTIMULANTES

06 – ALUCINÓGENOS

07 – HEROÍNA

08 – METADONA

09 – OUTROS OPIÓIDES

10 – INALANTES

11 – OUTRAS SUBSTÂNCIAS

12 – NENHUMA D34/D36 – Geralmente, aparecem no relato do entrevistado. Pode-se ajudar o entrevistado revisando com ele o que disse previamente. Aqueles que se consideram abusadores de múltiplas substâncias (ou mencionam problemas equivalentes com substâncias) deveriam ser encorajados a enumerá-las. Mais uma vez, pode-se ajudar o entrevistado revisando o que ele já falou.

Rotas de administração

Foi adicionados uma coluna com um código para a via de administração para cada droga citada. O código para a via de administração está listado abaixo da lista de drogas, como segue:

1 – ingerida (uso oral)

2 – inalada

3 – fumada

4 – injetada (EV e não-EV, ex: intramuscular, intradérmica).

5 – outra (que não as listadas de 1 a 4)

6 – sem uso (nenhuma via de administração foi usada)

A via de administração usual ou a mais recente deve ser codificada. Nos casos em que duas ou mais vias são utilizadas rotineiramente, a via de maior gravidade deve ser a codificada.

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

D37 – Os períodos de uso de substância mesmo que não consecutivos de no mínimo 6 meses, devem ser computados como equivalentes há 1 ano. Ex: se o paciente relata ter usado cocaína durante 6 meses e, depois de abstinência, ter utilizado maconha 8 meses, deve-se computar 2 anos como resposta.

Droga de rua (exemplos): cola de sapateiro, loló, benzina, gasolina.

Droga ilegal (exemplos): maconha, cocaína, crack. D38 – Se o entrevistado relata somente 1 semana de uso diário de drogas, faz-se a média para o período de pico de uso em 30 dias nos últimos 6 meses. Se o entrevistado usou diariamente durante uma semana e este foi o máximo que usou durante o período de 6 meses, codificar “2. 1-2 vezes por semana”. Se ele (a) usou uma semana diariamente, mas usou 1-2x/semana por outras 3 semanas durante 30 dias/1 mês, então passa para “3. 3-6 vezes por semana”. Caso tenha usado diariamente por 2 semanas, é codificado como “3. 3-6 vezes por semana”. Se a pessoa

disse que usou quase todos os dias, quer dizer, 25 dias, deixando de usar um dia ou outro, talvez por falta de dinheiro, codificar “4-diariamente”. Aqui, o uso de drogas deve ser contabilizado mesmo que sejam drogas diferentes. Ex: Se o paciente usou em uma semana maconha na segunda-feira, loló na quarta-feira e cocaína no sábado, mantendo esse padrão no mês de maior uso, codifique uma frequência de 3 vezes na semana.

Se nenhum dia, passar para a questão D45. D39 – Aqui, da mesma forma que em D38, contabiliza-se o uso de drogas mesmo que sejam drogas diferentes. D41 – Não deve ser contabilizado troca por sexo, venda de objetos pessoais, trabalho no tráfico de drogas sem envolvimento direto de dinheiro. Se o paciente recebeu dinheiro por esses comportamentos e comprou drogas, contabiliza-se as quantias gastas em drogas. Drogas prescritas não devem ser contabilizadas.

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

D42 – Marcar a opção “Sim” apenas se o entrevistado apresentou sintomas de abstinência (ansiedade, agitação, perturbação com a clareza ou sons altos, náuseas, vômitos, tremores, sudorese, taquicardia, aumento da pressão arterial) nos últimos 30 dias. Sintomas de ressaca não são considerados.

D43 – Esse é um critério subjetivo que se assemelha a um dos critérios de dependência do DSM-IV-TR. Ele é importante para verificarmos o controle do indivíduo diante da droga e o grau de envolvimento do mesmo. Codificar “Sim” se o entrevistado apresentar qualquer uma das dificuldades descritas, nos últimos 30 dias. D44 – Essa questão avalia os prejuízos causados pela substância nas principais áreas da vida. Mesmo que o paciente identifique apenas uma dessas áreas, deve-se codificar “Sim” quando o paciente relata problemas importantes nas áreas referidas. Caso o paciente não tenha a percepção subjetiva de prejuízo mesmo tendo relatado um problema grave em uma das áreas, codifique X e anote a dúvida nos comentários da página. D45 – Codificar “Sim” se o paciente apresentou, nos últimos 30 dias, fissuras (desejo intenso e quase incontrolável de utilizar uma substância, às vezes, acompanhada de sintomas e sinais como salivação, ansiedade ou pensamentos recorrentes em relação à substância). Para “fissura” ou urgência em usar, mesmo que leve, não contam memórias, pensamentos e sonhos, a não ser que sejam problemáticos de alguma forma para o entrevistado – esses elementos podem ou não contar como “fissura”, dependendo do que o cliente quer dizer com pensamentos, memórias, etc. D46 – Considerar todos os dias em que o paciente apresentou quaisquer das dificuldades relacionadas às drogas, descritas ou não nas questões anteriores, nos últimos 30 dias. Se nenhum dia nos últimos 30 dias, passar para a questão D48. Este item inclui problemas específicos apontados pelos 4 itens precedentes (como por exemplo, recaída, controle, consequências, “fissura”) ou quaisquer outros problemas/dificuldades que o entrevistado atribua a drogas. D47 – Computar a resposta que mais se aplica ao entrevistado, de acordo com a escala. D48 – Considerar o tratamento (atual ou adicional) que, na opinião do paciente, é o mais importante. Exemplo, se ele responder que seria “levemente” importante um tratamento adicional, mas que seu tratamento atual é “extremamente” importante, colocar a opção “4” (extremamente). D49 – Codificar a categoria que mais se aplica, de acordo com a escala. D50 – O período de abstinência considerado é aquele em que não houve uso de nenhuma substância, inclusive álcool, por um período superior a um ano. Se o código do item D34 foi “12-sem droga problema”, digite “N” na questão D50. Se o paciente tem mais de uma droga-problema, então a abstinência será referente a todas as drogas problemáticas. D51 – Computar quantos meses e anos se passaram desde o término do período de abstinência total, se este for de no mínimo um ano.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS À SEÇÃO DE SUBSTÂNCIAS DE USO ABUSIVO

Primeiro, pergunte ao paciente o número de dias que ele usou álcool ou outras drogas nos últimos 30 dias. Esteja preparado para fazer o paciente lembrar com exemplos (utilizando gírias e nomes populares) de drogas de cada categoria específica.

É importante perguntar todas as questões referentes à história de abuso de substâncias psicoativas, independente do problema presente (por exemplo, um alcoolista pode estar associando drogas com álcool; um usuário de cocaína pode não considerar seu problema com álcool).

Medicações prescritas são consideradas na categoria genérica apropriada. Antagonistas, tais como Antabuse (dissulfiran) e Naltrexone não são registrados na seção de história do abuso de substâncias psicoativas, porém devem ser registrados como comentários na parte inferior da página.

Consulte o Apêndice III para obter a lista de agentes químicos mais comuns listados pelos nomes populares e categoria do ASI. Se o paciente refere uso regular recente e/ou passado de uma substância que não conste da lista, então deve ser registrado na seção de “Comentários”.

Álcool para intoxicação

Não significa necessariamente ficar bêbado. Na realidade, não é aconselhável utilizar a frase “para intoxicação” na formulação da pergunta, uma vez que as interpretações dos pacientes a esta frase variam amplamente. Em seu lugar, pergunte o número de dias em que o paciente sentiu os “efeitos” do álcool; por exemplo, ficou “tonto”, “alto” ou “bêbado”.

Caso o paciente dê evidências de beber consideravelmente ainda que negue sentir os efeitos do álcool, obtenha uma estimativa da quantidade que o paciente tem bebido (Ele pode estar negando os efeitos ou manifestando tolerância). Nestes casos, como regra geral, o equivalente a 3 ou mais drinques em um encontro ou em um curto período de aproximadamente uma a duas horas pode ser considerado como “álcool para Intoxicação” para o item D2.

Cocaína e suas diferentes formas

Cocaína é utilizada de várias formas e estas geralmente têm nomes diferentes. “Crack” ou cocaína em “pedra” é simplesmente a “base pura” (fumável) da cocaína misturada com bicarbonato de sódio. Todas as diferentes apresentações da cocaína (por exemplo, pó de cocaína – aspirado, base pura de cocaína – fumada, pó de cocaína – injetado) devem ser todas consideradas na categoria de cocaína. Caso mais de uma via de administração seja usada, anote a via mais grave (as vias de administração são numeradas em ordem de gravidade).

“Uso na vida”

É perguntado para determinar períodos prolongados de uso regular. A “regra geral” para uso regular é uma frequência de 3 ou mais vezes por semana. Porém, enquanto esta é uma regra geral, é verdade que a cocaína, o álcool e até mesmo outras drogas podem ter uso abusivo regularmente e grave em dois dias de uso compulsivo (binge drinking). Portanto, o entrevistador deve procurar evidências de uso regular problemático, geralmente até o nível de intoxicação e até

- a o ponto em que compromete outras atividades normais como
- b o trabalho, estudos ou vida familiar. Aqui, uso problemático geralmente será óbvio e deve ser considerado mesmo sendo menos que 3 vezes por semana.

Caso haja uso substancial, mas irregular de qualquer droga (menos que 3 vezes por semana por um mês ou mais), por favor, anote na parte de “Comentários”.

Múltiplas substâncias

Em relação aos “últimos 30 dias”, pergunte ao paciente em quantos dias ele utilizou mais de uma substância (categorias do ASI) incluindo álcool.

Em relação ao “Uso na Vida”, pergunte ao paciente por quanto tempo ele utilizou regularmente (isto é geralmente numa frequência de 3 vezes por semana por um mês ou mais) mais de uma substância por dia, incluindo álcool.

Consideramos que, na grande maioria dos casos de adultos, a duração do uso regular de substâncias psicoativas pode ser aproximada para anos, sem perder a informação. Por exemplo, 6 (seis) meses ou mais de uso problemático ou regular será considerado como um ano; menos de 6 (seis) meses de uso problemático deve ser codificado na seção de comentários, mas não será considerado como 1 (um) ano.

Escore

Nas entrevistas de seguimento (follow-up), registre qual a principal droga de uso abusivo que o paciente considere problema. Se, no seguimento, o paciente mantém a opinião de que não tem problemas com álcool ou outras drogas, porém refere à vivência de problemas por álcool ou outras drogas no item D22 ou D47, então esclareça o item D34 perguntando ao paciente se ele considera aquela substância como principal problema atual.

Abstinência

Pergunte ao paciente quanto tempo ele foi capaz de manter-se abstinente da principal(s) droga(s) de uso abusivo (item D34). Enfatize que isto é referente à última tentativa (por pelo menos um mês) de abstinência, não necessariamente o período mais longo.

Períodos de hospitalização ou encarceramento não são considerados como períodos de abstinência. No entanto, períodos de abstinência nos quais o paciente recebeu Metadona, Antabuse ou Naltrexone em tratamento ambulatorial são incluídos.

Digite “99” se o número de meses for equivalente a 99 ou mais.

Digite “00” caso o paciente não tenha permanecido abstinente por um mês.

Término do período de abstinência

Digite “00” se atualmente o paciente está abstinente. Digite “N” caso o paciente nunca tenha ficado abstinente desde que iniciou o uso.

Superdosagem (overdoses- OD) e DT's

Se houver dúvida a respeito de uma superdosagem referida, pergunte o que foi feito com o paciente para reanimá-lo.

Simplesmente deixar o paciente “dormindo até passar o efeito” não constitui superdosagem. Caso o paciente descreva qualquer incidente no qual foi necessária a intervenção de alguém para reacordar, considere isto como superdosagem. A natureza da superdosagem irá diferir de acordo com o tipo de droga usado. Enquanto opiáceos e barbitúricos produzem efeito tipo-coma, superdosagem de anfetaminas frequentemente resulta em psicose tóxica.

Inclua tentativas de suicídio, caso tenham sido feitas por superdosagem da droga (Lembre-se disso na parte Psiquiátrica e esteja certo de verificá-la na parte Clínica para registrar hospitalizações).

Definição de delirium tremens (DTs)

DTs ocorrem entre 24 e 48 horas após a última ingestão da substância. Eles consistem de tremores (“tremedeiras”) e delirium (desorientação grave com alteração do nível de consciência). Geralmente eles são acompanhados de febre. Algumas vezes, mas não sempre, há alucinações. Os DTs verdadeiros são usualmente tão graves que requerem algum tipo de cuidado médico ou intervenção externa.

Iminência de DT quando diagnosticado por um profissional também seria considerado grave o bastante para considerá-lo como DT.

Problemas algumas vezes confundidos com DTs: “as tremedeiras” que ocorrem cerca de 6 horas após a parada de ingestão de álcool e não incluem delirium.

Tratamentos

Considere qualquer tipo de tratamento para álcool e outras drogas, incluindo desintoxicações, hospital-dia, internações, aconselhamento ambulatorial, e AA e NA (se 3 ou mais sessões) dentro de um período de um ano. Isto não inclui aconselhamento psicológico para abuso de drogas.

Importante: tratamento requer contato pessoal (pelo menos, telefônico) com o programa de tratamento. O fato de um paciente estar “oficialmente envolvido” em um programa não é considerado, caso ele não tenha comparecido a, no mínimo, 3 sessões.

Se o paciente foi tratado por problemas de álcool e outras drogas simultaneamente, considere o tratamento em ambas categorias.

Exclua “Reeducação de Motoristas” por violações de trânsito. Faça as questões sobre álcool e outras drogas separadamente. No caso de problema duplo, tente obter o número de tratamento em cada categoria.

Tratamentos de desintoxicação

O propósito de quantificar os tratamentos de desintoxicação é determinar em que extensão o paciente tem buscado por reabilitação duradoura em comparação com uma estabilização mínima ou cuidados para uma crise aguda. Portanto, registre no item D2 o número de tratamentos que foram apenas desintoxicações e não inclua tratamentos de seguimento (follow-up).

Despesas

Esta é, primariamente, uma medida do ônus financeiro, não a quantia usada. Portanto, anote apenas o dinheiro gasto, não o valor de mercado do que foi usado (por exemplo, traficante que utiliza, porém não compra; “barman” que bebe bastante, mas não compra, etc.).

Anote “X” apenas se o paciente não é capaz de fazer uma determinação razoável.

Dias com problemas

Certifique-se de que você enfatizou que você está interessado no número de dias nos quais o paciente apresentou problemas diretamente relacionados com uso de álcool ou outras drogas (questões D21 e D46). Inclua apenas “craving” por álcool ou outras drogas, sintomas de abstinência, efeitos perturbadores devido à intoxicação por álcool ou outras drogas, ou desejo de parar sem conseguir fazê-lo. Não inclua a incapacidade do paciente em encontrar álcool ou outras drogas como um problema.

Escore do paciente

Enfatize os últimos 30 dias como o período em análise. Nos itens D23 e D48, o paciente está avaliando a necessidade específica de tratamento para abuso de substância psicoativa, não terapia em geral. Enfatize que você está falando sobre problemas por abuso de substância psicoativa no presente e não avaliando a necessidade de tratamento dos piores problemas por uso de substâncias.

Riscos para a Saúde D52 – Codificar qualquer uso injetável (intramuscular, endovenosa, subcutânea, e outras). Se o entrevistado não usou drogas injetáveis nenhuma vez na vida, pule para a questão 54. D53 – Se o paciente nunca compartilhou drogas injetáveis codifique “NN NN”. Se houve compartilhamento no

último mês codifique “00 00”. D54 – O termo “diferentes”, neste item, pode ser confuso ou repetitivo para alguns, ao passo que esclarecedor para outros. Tente garantir que o paciente não perceba isso como diferente de esposa e, portanto, garanta que ele não exclua a esposa como uma das parceiras. D55 – Se o paciente, com toda a certeza, não fez o teste HIV, codifique “NN NN”. Se ele não está certo sobre se fez o teste HIV, codifique “XX XX”. (Tome cuidado com esse item: algumas pessoas confundem testagem de HIV com TB/PPD (para tuberculose) ou hepatite. Não presuma que ele tenha feito o teste HIV por dizer que fez teste de sangue por razões indeterminadas/não lembradas).

Jogo D59 – Entende-se por jogos: Bingo, Loteria, corrida de cavalos, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos ou jogo ilegal de qualquer natureza. São os chamados “jogos de azar”. D60 – Deve ser contabilizado o número de dias em que o entrevistado se envolveu em um ou mais tipos de jogos.

Legal (página 18) L1 – Não será considerado como detenção se o entrevistado não foi até a delegacia, e apenas foi abordado por policiais ou ficou circulando em uma viatura policial. L2 – Prisão não significa ser detido em delegacia e sim ir para o presídio. Se a resposta for “Não”, pular para L18. L3 – Se houver dúvida quanto à idade, marcar a menor idade mencionada. L5 – No Brasil, a palavra condenação é legalmente utilizada para maiores de 18 anos. Nessa questão, considera-se condenação todas as vezes que o entrevistado for recolhido ou enviado a centros de detenção para menores infratores. L6 – Computar o tempo total em meses. L7-L14 – Se a resposta for “Não” para cada item (por exemplo: L7 “Você já foi preso por porte de drogas?”, resposta: “Não”), codificar “00” para A e passar direto para o próximo item.

Roubo

Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência física à pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência. Não computar Furto (não envolve violência) neste item. L15 – Aqui, codifique “00” se dentro do último mês, mesmo que tenha havido a prisão nos últimos 30 dias. Inclui qualquer tipo de crime. L16 – Quantificar o número de crimes cometidos que levaram à condenação. L17 – Computar o tempo total; se for de meses, codificar “00” para anos e colocar o número de meses.

Aprisionamentos: anote o número total de meses passados na prisão (independente da transgressão ter resultado em condenação), penitenciária, ou centro de detenção durante a vida do paciente a partir dos 18 anos, a menos que o paciente tenha sido detido como adulto enquanto menor de idade. Se o número for equivalente a 100 ou mais, digite “99”. Considere como um mês qualquer período de detenção maior que duas semanas. L18 – Ler a pergunta e o exemplo. Se a resposta for “Não”, mesmo assim, seguir perguntando L19-L25.

Ordenação para admissão: anote “Sim” se algum membro do sistema de justiça criminal foi responsável pela admissão atual do paciente ou, se, de forma geral, o paciente sofrerá consequências legais indesejáveis como resultado de sua recusa ou do não término do tratamento. L19 – Significa estar sendo investigado pela autoridade policial, a fim de apurar a prática ou participação em algum tipo de infração criminal (furto, roubo, tráfico de drogas, etc.). Essa investigação ocorre anteriormente à abertura de um processo.

L20 – A suspensão do processo ocorre mediante o cumprimento de algumas condições estabelecidas pela justiça, como por exemplo: comparecer em cartório (Fórum) mensalmente para informar endereço e atividade laboral, indenização à vítima, não sair do Estado. L21 – Ainda não foi julgado culpado ou inocente. Pode estar aguardando o julgamento preso ou em liberdade. L22 – São formas de suspensão da pena que resultou na privação da liberdade do condenado, por um determinado período, desde que ele preencha alguns requisitos.

Sursis

As condições para o sursis são: a) que o condenado não seja reincidente em crime doloso; b) que a culpabilidade, os antecedentes, a conduta social e personalidade do condenado, bem como os motivos e as circunstâncias autorizem a concessão do benefício (Sursis).

Livramento condicional

As condições para o livramento condicional são: a) que o condenado tenha cumprido mais de um terço da pena e não seja reincidente em crime doloso, além de ter bons antecedentes; b) que o condenado tenha cumprido mais da metade da pena se for reincidente em crime doloso; c) que o condenado tenha comportamento satisfatório durante o cumprimento da pena, bom desempenho no trabalho que lhe foi atribuído e aptidão para prover a própria subsistência mediante trabalho honesto; d) que o condenado tenha reparado, salvo efetiva impossibilidade de fazê-lo, o dano causado pela infração; e) que o condenado tenha cumprido mais de dois terços da pena, nos casos de condenação por crime hediondo, prática de tortura, tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins, e terrorismo, se não for reincidente específico em crimes dessa natureza.

A violação da condicional não é implica em uma nova condenação. L25 – MOSTRAR A ESCALA DE INTENSIDADE

Escore do paciente: não inclua nenhum problema civil (por exemplo, processo por custódia, divórcio, etc.).

Para o item L25, o paciente é avaliado pela necessidade de ser encaminhado para aconselhamento legal ou defesa contra transgressões criminais. L26-L30 – Ler todos os itens (inclusive os exemplos abaixo) perguntando nos últimos 6 meses e nos últimos 30 dias. Se a resposta para os últimos 6 meses for “Não”, codifica-se “000” para A e passa-se direto para o próximo item. L28f – Significa ter falsificado moeda, títulos, papéis públicos, documentos, como: a) ter falsificado selo ou sinal público; b) ter falsificado documento público ou particular; c) ter omitido ou inserido declaração falsa em documento público (falsidade ideológica); d) ter feito falso reconhecimento de firma (assinatura); e) ter atestado ou certificado falsamente (até mesmo atestado médico falso); f) ter usado documento falso. Também ter atribuído a si ou a terceira identidade falsa e possuir ou comercializar algum aparelho utilizado para falsificação. L28g – Significa ter praticado ato de má-fé como: contrabando, clandestinidade, fraudar um concurso, etc. L28h – Significa ter destruído bens que, por sua importância tradicional, pela antiguidade ou pela beleza, merecem respeito. L30 – Mencionar que não entram aqui posse de droga ou uso pessoal, bem como dirigir sob influência de álcool e/ou outras drogas. L31 – Mais uma vez, não incluir dirigir sob efeito de álcool e/ou outras drogas, bem como uso de droga e posse. L32 – A pergunta deve ser feita para os últimos 6 meses e, em caso afirmativo, para os últimos 30 dias.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA A ÁREA LEGAL

Liberdade vigiada/ Liberdade condicional

Pode ser de alguma ajuda para estimar a duração e grau de liberdade condicional separadamente.

Transgressões oficiais

Este é um registro do número e tipos de oportunidades de prisão com transgressões oficiais (não necessariamente condenações) acumuladas pelo paciente ao longo de sua vida.

Certifique-se para incluir o número total de oportunidades e não só de detenções. Estes incluem somente penas formais, não períodos em que o paciente foi apenas detido ou interrogado.

Inclua detenções que tenham ocorrido durante o serviço militar, mas não inclua aquelas que não possuam equivalência na vida civil (por exemplo, insubordinação), porém anote-as na seção de “Comentários”.

Condenações

Lembre-se que condenações incluem multas, liberdade vigiada, sentenças suspensas e sentenças que requerem aprisionamento. Condenações também incluem petições de culpa. Transgressões por violação de liberdade vigiada e/ou condicional são automaticamente consideradas como condenações.

Transgressões

Nesta categoria podem incluir aquelas que se relacionam genericamente à perturbação da ordem pública sem o cometimento de um crime em particular.

Transgressões de trânsito

São transgressões de movimentação (alta velocidade, direção imprudente, abandonar cena de acidente, etc.). Este não inclui violação de veículos, infrações de registro, estacionamento proibido, etc.

Duração da detenção

Anote “N” caso o paciente nunca tenha sido encarcerado.

Detenção

Inclua estar detido; por exemplo, detido, mas liberado no mesmo dia.

Atividades ilegais recentes com fins lucrativos

Anote o número de dias que o paciente se envolveu em crimes para lucro.

Não considere posse simples de drogas ou uso de drogas. Entretanto, inclua tráfico de drogas, prostituição, roubos, venda de objetos roubados, etc.

Família/Social (página 19)

Apesar dos problemas familiares e sociais dos usuários de substâncias psicoativas estarem entre as partes mais importantes de qualquer avaliação clínica, não há um método satisfatório (incluindo o ASI) para capturar os aspectos mais importantes das relações familiares e sociais do paciente. Nos últimos anos, entretanto, tem sido feito um trabalho substancial nesta área e três aspectos importantes da vida familiar e social têm mostrado um papel importante na determinação do tipo de tratamento a ser oferecido e na predição de resposta ao tratamento de acompanhamento.

A seção de Relacionamentos Familiares e Sociais avalia os relacionamentos de forma quantitativa e qualitativa. O ASI6 contém uma série de questões que examinam o histórico do paciente com relação à sua capacidade de estabelecer relacionamentos. Deve estar claro que o ASI nunca foi desenhado para fornecer diagnósticos psiquiátricos. Entretanto, as informações do ASI sobre tipos de drogas utilizadas, histórico de emprego e crimes e padrões de relacionamentos dos pacientes usuários de drogas pode ser útil, clinicamente, para pessoal treinado a empregá-las na realização de diagnósticos do distúrbio de personalidade antisocial, e, talvez, em outros diagnósticos.

Abuso físico, emocional e sexual

A seção Familiar/Social revisada agora contém questões sobre episódios passados e presentes de qualquer tipo de abuso ou trauma que o entrevistado possa ter sofrido ao longo da vida. Problemas de abuso são muito prevalentes em uma população usuária de substâncias psicoativas (independente do

sexo ou idade dos pacientes) e, se eles forem efetivamente abordados como parte do tratamento, podem se tornar importantes determinantes dos resultados. F1 – Se o cliente tem esposa/parceira (G12 é casado ou está vivendo como casado), F1 é codificado 1 – Sim (mesmo que o cliente declare/reclame não ser um parceiro romântico/sexual). A questão básica é a de que, se está vivendo com uma esposa/parceira, não pode ser considerado como separado (o que, no mínimo, significaria um tipo de separação geográfica). Essa questão pode se relacionar com a H11 (quem morou junto com o cliente); se o cliente morou com esposa/parceira, então F1 também é codificada 1-Sim. Se o cliente está brigado com a esposa/parceira nos últimos 30 dias, porém teve algum contato com a esposa/parceira com intuito de retomar a relação, F1 é codificado 1-Sim. F3A a F9A podem ser codificadas 1-Sim ou 0-Não, o que dependerá da história relatada pelo sujeito. Vale perguntar para o cliente se ele considera a relação com a outra pessoa como um relacionamento amoroso.

INSTRUÇÕES GERAIS PARA O “QUESTIONÁRIO DE RELACIONAMENTOS”

F3-F9 – É particularmente importante para o entrevistador fazer uso criterioso das respostas “N” e “X” nestas questões.

Em geral, uma resposta “Sim” deve ser registrada para qualquer categoria onde pelo menos um membro da categoria familiar preenche os critérios. Por exemplo, se o paciente tem dois irmãos e tem apresentado sérios problemas com um deles e tem desenvolvido um relacionamento afetivo, íntimo com o outro, então ambos os itens F5B e F6B são codificados como “Sim”. Em contraste, uma resposta “Não” deve ser considerada apenas se todos os familiares da categoria em questão não preenchem os critérios.

Um “N” deve ser registrado para todas as categorias em que não há familiares para a categoria. Entretanto, é possível que um paciente tenha apresentado problemas sérios com o pai no passado, mas, devido à morte deste, não apresentou problemas no último mês. O código correto, neste caso, seria “sim” no período de vida e “N” nos últimos 30 dias.

Um “X” deve ser usado em qualquer situação em que o paciente simplesmente não consiga recordar ou não tenha certeza, por qualquer razão. Em geral, é preferível utilizar um “X” do que registrar uma informação possivelmente inapropriada.

Importante: uma simples resposta afirmativa não é adequada para estas questões e alguma investigação será necessária para determinar, especificamente, se houve habilidade para sentir a proximidade e responsabilidade mútua pelo relacionamento. O paciente apresenta um senso de valorização da pessoa (dentro do simples benefício próprio)? O paciente está desejando trabalhar para reter/manter estes relacionamentos? F2 – Amigos íntimos: enfatize que você se refere a íntimo no sentido de próximo, “verdadeiro”. Não inclua membros da família ou namorado (a), que é considerado como sendo membro da família/esposo (a). F3 – Passar tempo com: esta resposta é, geralmente, fácil de interpretar. Familiares próximos e afastados, assim como aqueles com parentesco pela lei, são incluídos na “Família” para todos os itens que se referem à “Família”.

“Amigo” pode ser considerado qualquer pessoa próxima ao paciente que não membro da família, e os problemas relacionados devem ser considerados como “Sociais”.

Escore Geral: Alguns pacientes podem considerar um (a) namorado (a) com o qual eles têm tido um longo relacionamento, como um “membro da família”. Nestes casos, essas pessoas podem ser consideradas como membros da família. F6 – No item F6 (A, B e C), caso o paciente não tenha tido contato com a pessoa nos últimos 30 dias, deve ser registrado “N”. Como indicado acima, “N” também deve ser registrado nas categorias em que não são aplicáveis, por exemplo, no caso do paciente não ter

irmãos.

F7 – Esclareça o que quer dizer discussão no item F7. Explique que conflitos requerem contatos (mesmo que telefônicos) e enfatize que você está falando sobre conflitos sérios (por exemplo, sérias discussões, agressão verbal), não simplesmente de diferenças de opiniões rotineiras. Estes conflitos devem ser de tal magnitude que prejudiquem o relacionamento do paciente com a pessoa envolvida. F8 – Uso de substância psicoativa no ambiente familiar: os itens F8 (A, B e C) avaliam se o paciente retornará ou não para uma situação de vida livre de álcool e outras drogas. Esta questão é vista como uma medida da integridade e do suporte do ambiente familiar e não se refere à vizinhança na qual o paciente reside. O ambiente familiar em questão é aquele no qual o paciente reside no momento (no caso da maioria dos serviços ambulatoriais de tratamento) ou o ambiente para o qual o paciente espera retornar após o tratamento. F13 – Satisfação: uma resposta de “satisfação” em F13 deve indicar que o paciente, de uma forma geral, gosta da situação, e não que ele esteja meramente conformado com ela. F14/F15 – Problemas de relacionamento: os itens F14 e F15 referem-se a problemas sérios, de duração e intensidade suficientes para prejudicar o relacionamento. Estes problemas incluem má comunicação extrema, completa falta de confiança ou entendimento, inimizade, discussões crônicas.

Escore geral: nesta seção, mais do que em qualquer outra, há dificuldades em determinar se o problema do relacionamento é consequente a problemas intrínsecos ou de efeitos de álcool e outras drogas. De forma geral, deve ser perguntado ao paciente se ele acredita ou não que “o problema com álcool ou outras drogas estava ausente”, caso exista algum problema de relacionamento. Esta é, geralmente, uma questão que requer algumas perguntas extras, porém o intuito destes itens é avaliar os problemas de relacionamento herdados mais do que a extensão da influência de álcool ou outras drogas nos relacionamentos.

Escore do paciente: estes se referem a qualquer insatisfação, conflito ou outro problema de relacionamento relatados na seção Familiar/Social.

Não inclua a necessidade do paciente em buscar tratamento para problemas sociais como solidão, inabilidade de socialização, e insatisfação com amigos.

Não inclua problemas que seriam eliminados se o problema de abuso que o paciente apresenta não existisse. Para o item F15, tenha certeza de que o paciente está ciente de que ele não está avaliando se sua família concorda ou não em participar, mas sim, quanto ele necessita de aconselhamento para os problemas familiares, em qualquer forma. F17 – A resposta é válida para o sujeito sem estar sob efeito de substância. F19 – qualquer tipo de envolvimento religioso, conta como “religião”. Ex Santo Daime.

Trauma/Abuso

F23-37 – Estes itens foram acrescentados para acessar quais os aspectos da vida familiar precoce que podem ser importantes para estes pacientes (perguntas sobre período de vida) e para avaliar perigos no ambiente recente e, possivelmente, futuro (respostas sobre os últimos 30 dias). É importante fazer estas perguntas de modo a confortar o paciente, enfatizando a confidencialidade das informações e as oportunidades para o paciente abordá-las nas sessões subsequentes de tratamento com o profissional adequado.

Abuso emocional será codificado, geralmente, de acordo com o relato do paciente e é entendido que será difícil julgar se o abuso “real” relatado (ou a falta dele) seria assim considerado, ou não, por outra pessoa. Nenhuma tentativa deve ser feita neste sentido, uma vez que a intenção aqui é registrar o julgamento do paciente.

Abuso físico deve seguir as mesmas instruções gerais do abuso emocional. Cabe lembrar que simples palmadas ou outras punições não devem ser consideradas como abuso, a menos que tenham sido (ao

ver do paciente) exageradas e desnecessárias.

Abuso sexual não se restringe à relação sexual, devendo ser considerado como tal quando o paciente referir qualquer tipo de abordagem de natureza sexual não desejada.

De modo geral, não conte duas vezes um incidente/evento traumático. Pode haver exceções, mas essa é a regra geral. No entanto, se o paciente sofreu abuso sexual e abuso físico pelo mesmo autor, mas foram incidentes/eventos diferentes, ambos devem ser codificados. Para F35, traumas como ter visto cadáveres (por exemplo, um atendente da emergência, ou veterano de guerra que tenha feito identificação de corpos) também contam mesmo que o cliente não tenha corrido risco de vida.

F38 e F39 – Relembre ao paciente quais são os eventos a que se refere esta seção: qualquer tipo de abuso que tenha sofrido, inclusive sexual e traumas (situações de risco de vida que o entrevistado tenha enfrentado de crime violento na posição da própria vítima ou numa posição passiva de assistir alguém sendo vítima de um crime violento).

Filhos ou qualquer criança vivendo com o cliente

F41 – Codifique a idade atual. Não arredonde para cima: se um filho tem < 1 ano, codifique 00 para idade.

Os enteados não adotados legalmente não são considerados como filhos. F43 – Os filhos podem estar sob a guarda de parentes por determinação judicial. Isso conta aqui neste item.

Nota após F44/F45 – O tema chave é: sem crianças nos últimos 30 dias. Nenhum dos itens precisa ser codificado 00, porque pode realmente ser que F44 deva ser pulado/00 e F45 é 00. Incluir qualquer parente menor de 18 anos, inclusive irmãos. F46/F47 – Estes são itens contingentes. Se não houver problemas (F46), então pode não haver necessidade de assistência profissional (F47). Não existe um padrão de pulo, então os dois itens podem servir para conferência mútua. Exemplo: se F46 é 00, então fale de outro jeito e pergunte F47 – se F47 recebe uma resposta diferente de o-Não, então esclareça ambos F46/47. Se houver contradição nas respostas do cliente, esclareça o caso. F47 – Relembre o cliente sobre quais os problemas a que se refere esta questão: afastamento de filhos, ou de qualquer outra criança, por decisão judicial, processo de guarda da criança, problemas de saúde, de comportamento ou de aprendizado de algum filho ou de alguma criança que tenha morado com o sujeito, etc.

Psiquiátrico (página 21)

Esta seção tem o objetivo de identificar sintomas de alguma doença psiquiátrica grave que o cliente possa ter por um período de tempo significativo (pelo menos 2 semanas). Os problemas psicológicos/psiquiátricos relatados se referem aos transtornos mentais descritos pelo DSM-IV-TR: transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância ou adolescência; esquizofrenia e outros transtornos psicóticos; transtornos do humor, transtornos de ansiedade; transtornos alimentares; transtornos do controle dos impulsos; etc. P2 – Medicação: deve ter sido prescrita por um médico para um problema emocional ou psiquiátrico. Registre “Sim” caso tenha sido prescrita medicação, mesmo que o paciente não tenha tomado. P4/P5 – Atendimento psiquiátrico inclui avaliações, atendimento individual/terapia de grupo/sessões de aconselhamento, bem como monitorização de medicação psiquiátrica, etc. O foco deve ser o problema psicológico. P8 – Este item não deve ser considerado como um problema emocional ou psicológico para os itens P18-P21. Se for preciso, o cliente pode ser informado disso. A nota após o item 17 deve ser lida exatamente como se encontra: “Se todas P9-P17 são o-Não, isto é, sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pular para P21”.

P8/P17 – Estas questões podem ser perguntadas como se encontram. Para muitas perguntas (P9, P10,

P13, P14) as palavras entre parênteses são para a duração de uma vida toda (coluna A). No caso de P9 e P10, a questão pode ser lida como está escrita, incluindo as palavras em parênteses para a duração da vida toda. Para os últimos 30 dias, excluir as palavras entre parênteses e falar “em qualquer período”.

Também para P8-17, se o cliente responder “Sim”, a menos que o cliente responda oferecendo informações suficientes, isto deve ser seguido de algo tipo “Você se sentiu desse jeito somente quando estava “alto” ou numa recaída, ou em outros momentos também?”. Codificar apropriadamente, com base nas informações ou na investigação. P9/P17 – Refere-se aos dias em que o cliente experimentou problemas psiquiátricos. P9 – Depressão: sugerida por tristeza, desesperança, perda significativa de interesse falta de energia, dificuldade com funções diárias, culpa, “crises de choro”, entre outros sintomas característicos da síndrome depressiva. P10 – Ansiedade: sugerida por tensão, nervosismo, incapacidade de relaxar, preocupado sem razão ou com trivialidades, entre outros. P11 – Delírios: pensamentos que não condizem com a realidade, como ter certeza de que o estão perseguindo, sem nenhum dado concreto. Alucinações: explicar ao paciente o que são alucinações. Por exemplo, perguntar se o paciente viu coisas ou ouviu vozes que não estavam lá ou que outras pessoas não viram ou ouviram. P12 – Problemas cognitivos: sugeridos por séria dificuldade em se concentrar, lembrar e/ou compreender. P13 – Dificuldade de controle (ou perda de controle): raiva ou violência. P14 – As ameaças a outrem, a partir de um determinado ponto, podem configurar violência física, contando aqui neste item. Se o respondente ameaçou alguém com uma arma, isto deve ser codificado aqui e L-29 – “ameaçou ou agrediu” e L-29d devem ser codificados devidamente (se o período se encaixa). Ameaças que envolvem intimidação física devem ser contadas em ambos os itens. Por exemplo: bloquear a saída de um local e gritar com alguém; perseguir alguém para machucá-lo.

Ameaças meramente verbais, até uma certa intensidade, devem ser codificadas no L29c, mas não devem ser codificadas no P14 (e podem acabar sendo codificadas no P13). P15 – Pensamentos suicidas: períodos em que o paciente considerou seriamente um plano para tirar sua vida. P16 – Tentativas de suicídio: incluem atitudes ou tentativas suicidas discretas. Importante: pergunte ao paciente se ele/ela tem considerado suicídio recentemente. Se a resposta a essa questão é “Sim”, e/ou o paciente dá a impressão distinta de estar deprimido e que o suicídio talvez se torne uma possibilidade, notifique um membro da equipe de tratamento a respeito desta situação assim que possível. P20/P21 – Escores do paciente: faça com que o paciente dê escore para a gravidade daqueles problemas nos últimos 30 dias. No item P21, certifique-se de que o paciente compreenda que você não necessariamente quer dizer transferência para uma enfermaria psiquiátrica, ou medicação psicotrópica.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS PARA A SEÇÃO PSIQUIÁTRICA

TRATAMENTOS

Aqui se inclui qualquer tipo de tratamento para qualquer tipo de problema psiquiátrico. Isto não inclui aconselhamento para abuso de substâncias, emprego ou familiar. A unidade de medida é um episódio de tratamento (geralmente uma série mais ou menos contínua de visitas ou dias de tratamento), não o número de visitas ou dias de tratamento em si.

Se o paciente está ciente de seu diagnóstico, registre isto na seção de comentários.

Pensão

Pensões para problemas físicos do sistema nervoso

(p. ex., epilepsia, etc.) devem ser contados no item M18 na Seção Médica, não aqui.

Sintomas psiquiátricos

Os itens considerados ao longo da vida, P8 C a P17C se referem a sintomas psiquiátricos graves por um período de tempo significativo (pelo menos 2 semanas). Portanto, os itens referentes à depressão, ansiedade e concentração (itens P9, P10 e P12) estão avaliando períodos de transtorno significativos, não simplesmente um dia.

Certifique-se de que o paciente entenda que está se querendo que ele consiga diferenciar se estes sintomas ocorreram apenas em momentos em que estava sob efeitos diretos do álcool, outras drogas ou abstinência (código 2) ou também fora destas circunstâncias (1). Tem sido nossa experiência que o paciente quase sempre conseguirá diferenciar um período sustentado de problemas emocionais de um efeito induzido por droga ou álcool. Consequentemente, em situações em que existem dúvidas, o paciente deve ser questionado direta e geralmente sobre sua percepção dos sintomas ou problemas.

Geralmente, relatos de tentativas recentes de suicídio ou pensamentos devem chamar a atenção do supervisor da equipe de tratamento assim que possível, mesmo que isto viole as normas comuns de confidencialidade.

Importante: compreenda que os “últimos 30 Dias” e os intervalos “Ao Longo da Vida” são desenhados para serem considerados separadamente. Os últimos 30 dias fornecerão informações sobre problemas recentes enquanto ao longo da vida indicará problemas ou uma história de problemas anterior aos últimos 30 dias.

É recomendado que o entrevistador pergunte a questão ao longo da vida para cada par, primeiro. Por exemplo, “Você já teve um período significativo em sua vida, vamos dizer, aproximadamente duas semanas ou mais, em que você tenha experimentado depressão grave?” Independentemente da resposta, o entrevistador deve perguntar sobre os últimos 30 dias. Por exemplo: “E mais recentemente? Você experimentou depressão severa nos últimos 30 dias?”.

ASSUNTOS VARIADOS QUE APARECEM NAS SEÇÕES

Unidade de atendimento para tratamento de comorbidades psiquiátricas

Não devemos contar duas vezes. Uma unidade que trate tanto os transtornos por uso de substâncias conta como um tratamento de abuso de substância. As sessões psiquiátricas de uma unidade que trate ambas as doenças não contam como sessões psiquiátricas ambulatoriais no ASI6. No entanto, medicação psiquiátrica prescrita em uma unidade desse tipo conta como medicação psiquiátrica. Desta forma, mesmo que pareça contraditório, um cliente pode ter recebido medicação psiquiátrica, tendo uma idade de primeiro tratamento psiquiátrico, apesar dos itens de internação psiquiátrica e de consultas psiquiátricas ambulatoriais serem codificados 0.

Medicação para dormir

A menos que prescrito rotineiramente para recaída, é codificado como medicação psiquiátrica. Remédios para dormir são prescritos frequentemente na internação (médica, psiquiátrica ou de álcool e outras drogas) e, algumas vezes, para recaídas em tratamento de álcool e outras drogas. Quando prescritos para recaída, os remédios para dormir podem ser codificados em medicação para álcool e outras drogas. Caso prescritos rotineiramente, mas não para recaída ou sintomas psiquiátricos (como ansiedade, depressão), devem ser contados na seção psiquiátrica.

Consultas ambulatoriais (médicas, para álcool e outras drogas, psiquiátricas)

Regra geral – se há visitas, sessões ou consultas para problemas médicos, de álcool e outras drogas, ou problemas psiquiátricos em um paciente internado ou detento, estes serviços não são contados como consultas de atendimento ambulatorial. Por exemplo, visitas a um médico na prisão não contam como consultas ambulatoriais nos últimos 6 meses/30 dias. Um outro exemplo: visitas psiquiátricas de um

interno da unidade de álcool e outras drogas não contam como visitas/sessões psiquiátricas durante a vida toda/nos últimos 6 meses/nos últimos 30 dias. Uma outra situação é a da pessoa que recebe tratamento para álcool e outras drogas enquanto presa (às vezes, tem unidade separada de tratamento de álcool e outras drogas dentro da própria prisão). Este tipo de tratamento conta como episódio de tratamento na seção de álcool e outras drogas. Se esse tratamento é recente, quer dizer, nos últimos 6 meses, aparece zero dias de internação ou consultas ambulatoriais de álcool e outras drogas, porque isso é computado como dias na prisão (apesar de grupos de auto-ajuda serem codificados).

CHECAGEM DOS ERROS DE PREENCHIMENTO E INCONSISTÊNCIAS DO ASI

O ASI funciona melhor quando checado regularmente para maior precisão, consistência e completude. A pessoa encarregada de checar o ASI deve ter tido experiência prévia como entrevistador, estando familiarizado com as relações entre os itens dentro de uma mesma seção e através de diferentes seções.

O ideal é que as entrevistas sejam checadas o mais breve possível após seu término, para que a memória do entrevistador esteja fresca para solucionar dúvidas. O máximo de tempo para checagem deve ser de uma semana.

Em primeiro lugar, deve-se verificar se o instrumento está completamente preenchido e sem erros de codificação; em segundo, se há consistência entre os itens que se relacionam. Inconsistências aparentes devem ter sido registradas na forma de comentários pelo entrevistador, sob pena de ser considerado incompleto o instrumento, caso isso não tenha sido feito. As alterações de informações devem ser feitas sempre consultando o entrevistador.

Aquele que estiver fazendo a checagem, ao encontrar questões inconsistentes, deve contatar o entrevistador. Caso este último não se lembre da situação, este deve contatar o paciente para esclarecê-la. Se o entrevistador não conseguir fazer contato com o paciente, o responsável pela checagem deve anular as questões inconsistentes.

ITENS PARA CHECAGEM CRUZADA DA ACURÁCIA DA ENTREVISTA O estado conjugal referido em G12 deve se manter o mesmo ao longo de todo o instrumento. Se o paciente é casado ou vive como casado, deve aparecer em H (Habitação/Moradia) que vive com parceira. Em E (Emprego/Sustento), isso pode constar como ajuda no sustento; em F1 (Família/Social) também deve ser relatado relacionamento amoroso nos últimos 30 dias. Em H, dependendo de com quem o paciente morou nos últimos 30 dias (filhos, outras crianças), isso deve aparecer em F. Se o paciente conta na página 10, na seção de Moradia que esteve em um ambiente controlado nos últimos 30 dias, certifique-se de que esta informação está refletida na área apropriada do ASI (p.ex., se o paciente esteve na prisão, isto estaria refletido na seção Legal; se no hospital – na seção Médica, etc.). Se o paciente relata em H que esteve em um ambiente controlado nos últimos 30 dias, certifique-se de que esta informação está descrita na área apropriada do ASI (p. ex., se o paciente esteve na prisão, isto estaria descrito na seção Legal; se no hospital – na seção Médica, etc.). Se em H foi reportado que o paciente esteve em ambiente controlado no último mês e, no entanto, há registro de que usou diariamente álcool ou outras drogas, verificar se isso está correto e, em caso afirmativo, registrar isso na forma de comentário. Vale lembrar que mesmo em ambientes controlados é possível que ocorra o uso de álcool ou outras drogas. O número de dias que o paciente esteve em ambiente controlado deve ser levado em conta através de toda a entrevista. Por exemplo, se o paciente passou 10 dias na prisão nos últimos 30 dias, deve haver 20 dias de abuso de substância nos últimos 30 dias, exceto se o paciente usou drogas durante seu encarceramento. Se o tempo de uso de substância englobar o tempo de estadia em ambiente controlado, investigar isso com o paciente e, se isso estiver correto, registrar como comentário.

1. Se o paciente conta na seção Médica que recebe uma pensão, certifique-se de que você anotou a quantidade de dinheiro que ele ganha por mês na seção Emprego/Sustento (item E25). O paciente pode ter complicações médicas que, se existentes, devem aparecer em M.
2. O paciente relatou problemas médicos nos últimos 30 dias e diz não estar incomodado com esses problemas ou achando que precisa tratá-los. Verificar com o paciente se é assim mesmo e, em caso afirmativo, registrar comentário.
3. O paciente não referiu problemas clínicos nos últimos 30 dias, mas disse estar incomodado com a saúde ou precisando de tratamento médico. Verificar isso, voltando a M20 (quantos dias apresentou problemas clínicos) e investigando quantos dias pode ter se sentido de fato incomodado com problemas de saúde. Se a resposta do paciente permanecer a mesma, escrever comentário.
4. O item referente a quantas vezes o paciente foi hospitalizado pode oferecer informações sobre: a) problemas médicos crônicos; b) overdoses; c) acidentes de carro (que podem aparecer em L – dirigir intoxicado); d) abuso de substâncias (dor no peito devido ao uso de cocaína, danos aos órgãos causados pelo uso de álcool, problema no pulmão acarretado pelo cigarro); e) incapacidade que tenha resultado em pensão (deveria constar na área médica e em emprego/sustento); f) comportamento violento (deveria constar na área legal – agressões, conduta desordeira; na área família/social – problemas de relacionamento; na área psiquiátrica – ansiedade, comportamento violento).
5. Cheque a idade do paciente, contra o número de anos que ele/ela vem usando álcool ou outras drogas regularmente, e contra o número de anos que ele/ela esteve preso. Compare o total de anos de uso regular de substâncias relatadas (itens D8 e D37) e o número total de anos de prisão (itens L6 e L17) para ver se o paciente tem idade suficiente para ter usado as substâncias pelo tempo relatado. Se isto parece improvável, uma pergunta adicional pode ser: “Você usou álcool ou outra droga regularmente enquanto esteve encarcerado?”.
6. O paciente não acha que o álcool é um problema para o qual precisa de tratamento. No entanto, consumiu álcool 15 dias no último mês. Revisar isso com ele e se mantiver a posição negativa, anotar comentário.
7. O tempo de uso de álcool e outras drogas não pode conflitar com o tempo de abstinência.
8. Se o paciente consumiu álcool ou outras drogas, mas não gastou dinheiro com esses itens, conferir com ele. Caso isso seja verdade, escrever comentário.
9. Se o paciente teve problemas com álcool nos últimos 30 dias e não está incomodado com esses problemas, ou não reconhece a necessidade de tratamento, conferir isso com ele. Se for mesmo o caso, escrever comentário.
10. O paciente relatou não ter tido problemas com álcool nos últimos 30 dias, mas diz estar incomodado com problemas com álcool ou precisar de tratamento para esses problemas. Volte ao D21 e pergunte novamente o número de dias que se sentiu incomodado com problemas com álcool.
11. Informações sobre rota de administração das substâncias deveriam resultar em registros na área médica como HIV, hepatite, problemas nasais, complicações respiratórias.
12. Se um paciente conta que gastou muito dinheiro com álcool ou outras drogas (seção Álcool e outras Drogas, item D16), verifique a seção Emprego/Sustento (itens E18, E20 e E25 a E30) para ver se o paciente relatou renda suficiente para cobrir o valor gasto. Se a renda do paciente for menor do que o gasto com álcool ou outras drogas, verificar se houve atividades ilegais para posteriormente codificar na

área legal e registrar isso na forma de comentário

13. Às vezes, pacientes informarão na seção Álcool e outras Drogas (item D1) sobre uma overdose que necessitou de hospitalização, que eles esqueceram de contar na seção Médica. Volte e esclareça os itens M25 e M26 na seção Médica.
14. Períodos de abstinência podem fornecer informações importantes sobre tratamentos de álcool ou outras drogas ou psiquiátricos.
15. O paciente diz em L21 estar aguardando sentença ou julgamento. A infração que ocasionou tal situação tem que constar na listagem L7-L14.
16. As infrações cometidas podem aparecer na seção família/social como problemas de relacionamento e na área psiquiátrica como comportamento violento.
17. Se o paciente admite se engajar em atividades ilegais por lucro na seção Legal verifique a seção Emprego/Sustento (item E29) para certificar-se de que você anotou a quantidade de dinheiro que ele ganhou ilegalmente no mês passado. Se a atividade ilegal não resultou em renda, isso deve aparecer na forma de comentários.
18. Às vezes, um paciente admitirá estar vivendo atualmente com alguém na seção Familiar/Social, entretanto pode não ter informado sobre isto na seção Emprego/Sustento. Algumas perguntas que você pode querer fazer são: "Esta pessoa trabalha?", "Esta pessoa ajuda a pagar as contas?" (itens E28, E30 e E31). Se o paciente de fato lhe conta sua situação de vida atual, na seção Familiar/Social (item F1), cheque também se essa informação se correlaciona com o item G12.
19. O paciente teve conflitos familiares nos últimos 30 dias, mas não se sente incomodado ou reconhecendo precisar de tratamento para esses problemas. Verificar isso com ele e, se for assim mesmo, redigir um comentário.
20. O paciente nunca foi tratado para problemas psiquiátricos e, no entanto, tem medicação psiquiátrica prescrita. Verificar se está correto.
21. O paciente nunca foi tratado para problemas psiquiátricos, mas já tentou suicídio. É possível que tenha passado por um tratamento após essa tentativa de suicídio. Revisar isso com o paciente.
22. Se o paciente conta a respeito de uma pensão psiquiátrica na seção Psiquiátrica (item P7), cheque a seção Emprego/Sustento (item E25A) para se certificar de que você anotou a quantidade de dinheiro recebido no mês passado pela doença.
23. O paciente não teve problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias em P18, mas aparecem anteriormente problemas psiquiátricos de P8 a P17. Revise isso com o paciente.
24. O paciente teve problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, mas não está incomodado com esses problemas e não acha que precisa de tratamento. Revisar isso com ele e, se a contradição persistir, anotar comentário.
25. O paciente não teve problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, mas afirmou sentir-se incomodado com problemas psiquiátricos ou precisar de tratamento. Revisar isso, voltando ao P18.
26. O paciente tem comportamento violento em P13 e P14. Isso deveria constar em L (Legal) na forma de ameaças ou agressões, ou em F (Família/Social), como conflitos com outras pessoas.
27. Se o paciente teve medicação psiquiátrica prescrita em P (Psiquiátrica) e abusa desta medicação, isso deve constar em D (álcool ou outras drogas)."

Importante: **Cheque se a entrevista completa faz sentido.**

DICAS PARA AS ENTREVISTAS DE SEGUIMENTO (FOLLOW-UP)

– AINDA EM DEFINIÇÃO

Diferem das avaliações iniciais de muitas maneiras

1. Somente uma parte dos itens é aplicada e usada.
2. Consequentemente, as entrevistas de follow-up são mais breves, duram de 15 a 20 minutos.
3. Você pode obter boa informação fazendo os seguimentos até mesmo por telefone.
4. Somente os itens circundados são usados na entrevista de follow-up.
5. Itens com asteriscos precisam ser refeitos para registrar dados cumulativos desde a época da última entrevista.
6. Questões ao longo da vida não são perguntadas nos itens 1-13 da D/A, itens 11-19 da F/S, ou itens 3-10 da seção psiquiátrica.
7. Como alcançar altas taxas de seguimento:

A – Informe o paciente na entrevista inicial que a avaliação de follow-up será realizada x meses mais tarde.

B – Anote nomes, endereços e números de telefone de mais de um membro familiar e/ou amigos. Certifique-se de que são endereços e números diferentes. Cheque estes números e endereços imediatamente, enquanto o paciente está em tratamento.

C – Colete informações sobre outras pessoas com as quais o paciente está envolvido, como Oficial de Condicional, outras Agências de Tratamento, etc.

D – Garanta confidencialidade – um número de telefone não revelado para o paciente chamar quando você deixar mensagens para ele. Além disso, faça o paciente saber que as referências não serão questionadas em relação ao estado do paciente, mas somente serão usadas para localizá-lo.

E – Tenha registros detalhados de todas as tentativas de follow-up, inclusive horários tentados e os resultados. Isto ajuda a reduzir perda de tentativas e ajuda a ampliar esforços.

F – Também é possível enviar uma carta não reveladora, mas personalizada, afirmando horários nos quais o paciente possa contatá-lo ou para que ele possa enviar informações de quando você pode contatá-lo. Obs.: Certifique-se de que as pessoas que realizam os seguimento não estejam envolvidas no tratamento do paciente.

Importante: **Cheque se a entrevista completa faz sentido.**

DICAS PARA AS ENTREVISTAS DE SEGUIMENTO (FOLLOW-UP)

– AINDA EM DEFINIÇÃO

Diferem das avaliações iniciais de muitas maneiras

1. Somente uma parte dos itens é aplicada e usada.
2. Consequentemente, as entrevistas de follow-up são mais breves, duram de 15 a 20 minutos.
3. Você pode obter boa informação fazendo os seguimentos até mesmo por telefone.
4. Somente os itens circundados são usados na entrevista de follow-up.
5. Itens com asteriscos precisam ser refeitos para registrar dados cumulativos desde a época da última entrevista.
6. Questões ao longo da vida não são perguntadas nos itens 1-13 da D/A, itens 11-19 da F/S, ou itens 3-10 da seção psiquiátrica.
7. Como alcançar altas taxas de seguimento:

A – Informe o paciente na entrevista inicial que a avaliação de follow-up será realizada x meses mais tarde.

B – Anote nomes, endereços e números de telefone de mais de um membro familiar e/ou amigos. Certifique-se de que são endereços e números diferentes. Cheque estes números e endereços imediatamente, enquanto o paciente está em tratamento.

C – Colete informações sobre outras pessoas com as quais o paciente está envolvido, como Oficial de Condicional, outras Agências de Tratamento, etc.

D – Garanta confidencialidade – um número de telefone não revelado para o paciente chamar quando você deixar mensagens para ele. Além disso, faça o paciente saber que as referências não serão questionadas em relação ao estado do paciente, mas somente serão usadas para localizá-lo.

E – Tenha registros detalhados de todas as tentativas de follow-up, inclusive horários tentados e os resultados. Isto ajuda a reduzir perda de tentativas e ajuda a ampliar esforços.

F – Também é possível enviar uma carta não reveladora, mas personalizada, afirmando horários nos quais o paciente possa contatá-lo ou para que ele possa enviar informações de quando você pode contatá-lo. Obs.: Certifique-se de que as pessoas que realizam os seguimento não estejam envolvidas no tratamento do paciente.

Escala de Gravidade de Dependência

The Addiction Severity Index

(ASI)

Versão 6

Observação:

Este instrumento encontra-se em fase de validação para a cultura brasileira. Seus direitos autorais pertencem à Universidade da Pensilvânia, e suas informações não podem ser divulgadas ou distribuídas sem o prévio consentimento dos autores.

O Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) é o responsável pela utilização desta versão em português, que ainda se encontra em fase de testes. Quaisquer informações sobre o instrumento no Brasil podem ser obtidas pelos seguintes contatos:

Dr. Felix Kessler:

kessler.ez@terra.com.br

Dr. Flavio Pechansky:

fpechans@uol.com.br

Estudo: _____

Número Protocolo: _____

Examinador: _____

Data da Aplicação: ____/____/____

Resumo dos Escores de Gravidade do ASI

Sub-escalas	Ques- tão	Grau de Preocupação	Ques- tão	Necessidade de Tratamento
Médica	M23	0 – 1 – 2 – 3 – 4	M24	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Emprego/S.	---	-----	E23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Álcool	D22	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D23	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Drogas	D47	0 – 1 – 2 – 3 – 4	D48	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Legal	L25	0 – 1 – 2 – 3 – 4	---	-----
Lazer	F22	-----	---	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Família/Soc.	F14	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F15	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Trauma	F38	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F39	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Filhos	F48	0 – 1 – 2 – 3 – 4	F49	0 – 1 – 2 – 3 – 4
Psiquiátrica	P20	0 – 1 – 2 – 3 – 4	P21	0 – 1 – 2 – 3 – 4

Códigos para aplicação do instrumento:

- X – não sabe ou
não entendeu a questão
- N – não se aplica
- Q – não quis responder
- B – o entrevistador deixou
em branco incorretamente

Resultado do teste de urina:

Positivo

Negativo

Informações Gerais – Esta é uma entrevista

padronizada que pergunta sobre várias áreas da sua vida – *saúde, emprego, uso de álcool e drogas, etc. Algumas questões referem-se aos últimos 30 dias ou aos últimos seis meses, enquanto outras são sobre a sua vida inteira. Toda informação que você fornecer é confidencial (explique) e será utilizada para (explique). Por favor, responda às questões com a sua melhor estimativa. Se houver perguntas que você não entender ou preferir não responder, por favor, me informe. A entrevista terá uma duração de aproximadamente uma hora. Você tem alguma pergunta antes de nós começarmos? Primeiro começaremos com algumas informações gerais.*

G11. Está em internação (1), ambulatório (2), outro local (3)?

G12. Qual o seu estado conjugal?

1 – casado

4 – Divorciado

2 – vivendo como casado

5 – Separado

6 – G14

3 – viúvo

6 – Nunca casou

G13. Há quanto tempo você está (G12 resposta)?

 anos meses

G14. Como você foi encaminhado para o tratamento?

– i.e. encaminhado para este programa específico de tratamento

1 – Por si próprio, cônjuge, familiar ou por amigo

2 – Instituição ou pessoa ligada a tratamento de álcool e drogas

3 – Instituição de saúde ou profissional de saúde

4 – Escola/Faculdade

5 – Trabalho ou programa de assistência ao emprego

6 – Serviço Comunitário (programa desemprego, abrigo, igreja, etc.)

7 – Sistema penal ou pelo juiz

Nome do Paciente: _____

G1. Código do paciente:

Nome do Entrevistador: _____

G2. Código do Entrevistador:

ou

G3. Código do Observador:

G4. Data da Entrevista:

G5. Data de Admissão:

G6. Os dados da entrevista serão referentes ao período:

1 – Anterior à data da própria entrevista:

2 – Anterior à data de admissão:

3 – Anterior à outra data:

G7. Hora de Início:

G8. Gênero (1 – Masculino, 2 – Feminino):

G9. Data de Nascimento:

(Idade: _____)

G10. Qual raça / cor você se considera? [Marque todas q. se aplicam]

___ 1. Negra/Preta

___ 5. Indígena

___ 2. Branca

___ 6. Outros

___ 3. Amarela/Oriental

___ 7. Não respondeu

___ 4. Parda/Mestiça

J F M A M J J A S O N D

Moradia – As questões seguintes perguntam se você morou em algum tipo de local restrito ou supervisionado durante os últimos 6 meses desde _____ e os últimos 30 dias desde _____

[NOTA: 6 meses = 180 dias, informe ao entrevistado se necessário]

H1. Nos últimos **6 meses**, aproximadamente quantas noites você ficou em um hospital, unidade de internação psiquiátrica ou de tratamento para álcool e/ou drogas (internação), prisão ou delegacia, pensão protegida ou albergue para paciente psiquiátrico, ou comunidade terapêutica?

A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 H8	

Dessas noites, quantas foram em:

	A.	B.
H2. Unidade de internação para tratamento de álcool ou drogas?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H3. Hospital geral?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H4. Hospital psiquiátrico?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H5. Delegacia ou prisão?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H6. Pensão protegida, comunidade terapêutica ou albergue (p/ pac. psiq.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
H7. Outro tipo de situação de moradia restrita ou supervisionada? Que tipo de lugar?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

	A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
H8. Quantas noites você passou em um abrigo para moradores de rua?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	000 H9	

H9. Quantas noites você passou na rua, ou em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças, porque você não tinha outro lugar para ficar?

A. Últimos 6 meses	B. 30 Dias
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
000 NOTA	

[NOTA: Se H8A ou H9A > 0 (i.e. se algum tempo em um abrigo ou na rua nos últimos 6 meses), passe para a próxima NOTA.]

H10. Alguma vez na vida você já ficou em um abrigo para moradores de rua ou na rua (em lugares como prédios abandonados, carros, parques ou praças) porque você não tinha outro lugar para ficar? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se H1B + H8B = 30 (i.e. se todos os últimos 30 dias foram em ambiente restrito ou abrigo), passe para a seção Médica.]

H11. Nos últimos 30 dias (quando você não estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), com quem você estava morando?

[Marque todas que se aplicam] – se morava sozinho pule para seção Médica

<input type="checkbox"/> 1. Sozinho	<input type="checkbox"/> 5. Outros parentes adultos
<input type="checkbox"/> 2. Cônjuge/Parceiro	<input type="checkbox"/> 6. Outros adultos não-parentes
<input type="checkbox"/> 3. Filho(s) < 18anos	<input type="checkbox"/> 7. Não respondeu
<input type="checkbox"/> 4. Pais	<input type="checkbox"/> 8. Outros

H12. Nos últimos 30 dias (quando você NÃO estava em uma situação de moradia restrita/supervisionada ou abrigo), você morou com alguém que tem problema atual com o uso de álcool ou drogas? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

Médico – As questões a seguir são sobre sua saúde física.

M1. Que tipo de convênio/seguro de saúde você tem?

[Marque todas que se aplicam]

- ☐ 1. Nenhum (SUS)
- ☐ 2. Seguro privado, plano de saúde privado
ex. Unimed, IPE, Golden Cross, Bradesco Saúde
- ☐ 3. Convênio público
- ☐ 4. Convênio militar
- ☐ 5. Outros (especifique: _____)
- ☐ 6. Não respondeu

[NOTA: Se homem, Pule a M2.]

M2. Você está grávida neste momento? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
2 – Não tem certeza

Alguma vez algum **médico ou um profissional de saúde** lhe disse que você tinha alguma das seguintes doenças?

1 – Sim, 0 – Não

M3. Pressão Alta.....	<input type="checkbox"/>
M4. Diabetes	<input type="checkbox"/>
M5. Doença Cardíaca.....	<input type="checkbox"/>
M6. derrame / Isquemia (Acidente Vascular Cerebral).....	<input type="checkbox"/>
M7. Epilepsia ou convulsões	<input type="checkbox"/>
M8. Câncer	<input type="checkbox"/>
M9. HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>
M10. Tuberculose	<input type="checkbox"/>
M11. Hepatite	<input type="checkbox"/>
M12. Cirrose ou outra doença crônica do fígado	<input type="checkbox"/>
M13. Doença renal crônica	<input type="checkbox"/>
M14. Problema respiratório crônico	<input type="checkbox"/>
ex. asma, enfisema, DPOC, bronquite	

M15. Outro problema ou doença crônica
ex. artrite, dor lombar crônica, prob. digestivos, hipotireoidismo,
– se “Sim” especifique: _____ ☐

M16. Qualquer incapacidade física que seriamente prejudica sua visão, audição ou movimentos? ☐
– se “Sim,” especifique: _____

[NOTA: Se M3 – M16 forem todas 0 – Não, Pule a M17.]

M17. Você já recebeu prescrição de medicação para qualquer uma dessas condições? ☐
0 – Não
1 – Sim, e ainda estou tomando todos os remédios como prescrito.
2 – Sim, e deveria estar tomando, mas não estou (ou toma apenas alguns).
3 – Sim, mas me disseram (médico) que a medicação não era mais necessária.

M18. Você já solicitou ou recebeu qualquer tipo de pensão para doença física ou incapacidade? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
– exclua incapacidade psiquiátrica

M19. Nos últimos 30 dias, você diria que sua saúde física esteve? ☐
0 – Excelente 3 – Razoável
1 – Muito Boa 4 – Ruim
2 – Boa

(M20 – M23) Nos últimos 30 dias:

[NOTA: NÃO inclua problemas que são totalmente causados por estar sob efeito, intoxicado ou em abstinência de álcool ou drogas. Também não inclua transtornos psiquiátricos.]

M20. Quantos dias você teve sintomas ou problemas físicos ou clínicos?
ex. doença, lesão, dor, desconforto, incapacidade
– incluir problemas dentários

Dias

M21. Quantos dias você esteve incapacitado para exercer atividades normais por causa de sintomas ou problemas clínicos/físicos?

Dias

[NOTA: Apresente a Escala de Avaliação do Entrevistado]

M22. Quanto desconforto ou dor física você experimentou?
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

M23. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com sua saúde física ou qualquer problema clínico?
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

M24. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para qualquer problema clínico ou físico?
0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

M25. Quantas vezes na sua vida você já esteve hospitalizado (ao menos uma noite) por problemas físicos ou clínicos?
– não inclua hospitalizações para tratamento de álcool/ drogas ou psiquiátrico, ou partos não complicados.

M26. Quantos dias você utilizou serviços de emergência para tratar algum problema clínico?

A. Últimos 6 meses B. 30 Dias

000 M27

M27. Quantos dias você tomou medicações prescritas para uma doença física?
– não inclua remédios para problemas com álcool/drogas/psiquiátricos.

A. B.

000 M28

M28. Quantos dias você fez visitas ambulatoriais ou de consultório com um médico ou profissional de saúde?
ex. exame físico de qualquer natureza ou outro monitoramento/cuidado para algum problema médico ou doença.
– não inclua tratamento para álcool/ drogas ou psíquico.

A. B.

000 E/S

Comentários:

Emprego/Sustento – As questões seguintes são sobre a sua educação, emprego e finanças.

E1. Qual é o grau máximo de estudo que você completou?
1 – Ensino Fundamental
2 – Ensino Médio
3 – Ensino Superior (Faculdade)
4 – Bacharelado
5 – Mestrado ou mais
6 – Nenhum

E2. Você tem algum outro diploma, licença ou certificado de algum treinamento formal?
1 – Sim, 0 – Não

E3. Qual é a última série ou ano que você completou?
01 = Não alfabetizado
02 = 1ª à 4ª série
12 = 5ª à 8ª série
13 = 1º e/ou 2º ano do E.M.
14 = 3º ano Ensino Médio
15 = 1º e/ou 2º ano de faculdade
16 = 3º e/ou 4º ano de faculdade
17 = 5º e/ou 6º ano de faculdade
18 = 1º ao 2º ano de pós-g. (mestrado)
19 = Doutorado completo ou não
20 = Pós-doutorado completo ou não

E4. Você prestou serviço militar?
1 – Sim, 0 – Não

E5. Você participa atualmente de treinamento técnico ou programa educacional?
0 – Não, 1 – Meio-Turno, 2 – Turno Integral

E6. Você tem carteira de motorista válida?
1 – Sim, 0 – Não

E7. Você usa ou tem um carro ou moto?
1 – Sim, 0 – Não

E8. Neste momento, é difícil ir ao trabalho/escola, ou procurar trabalho por causa de meio de transporte?
1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Codifique E9. Pergunte apenas se incapaz de codificar baseado na informação prévia]

E9. Você lê/escreve (português) suficientemente bem para preencher uma ficha de emprego?
1 – Sim, 0 – Não

E10. Qual é a sua principal situação de emprego atual? [Marque uma]

- ___ 1. Turno Integral (TI) (35+ h/trabalho), E12
- ___ 2. Meio Turno (< 35 h/trabalho), E12
- ___ 3. Desempregado e ativamente procurando por trabalho “dispensa temporária”, E14
- ___ 4. Fora do mercado de trabalho
– não trabalha e não procura ativamente por trabalho
- ___ 5. Bicos (trabalho irregular e sem horário fixo)

E11. [Se fora do mercado de trabalho ou faz bicos responda:]
Qual opção melhor descreve sua situação atual?

[NOTA: Marque uma ou duas e passe para E14]

- ___ 1. Dona-de-casa/do lar
- ___ 2. Estudante
- ___ 3. Incapaz
- ___ 4. Aposentado
- ___ 5. Não procura por trabalho
- ___ 6. Procura por trabalho
- ___ 7. Institucionalizado
- ___ 8. Outro

Comentários:

E12. Que tipo de trabalho você faz (trabalho principal)?

Especifique: _____

[NOTA: Codifique uma categoria nas caixas E12. Lista em anexo]

- 01 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas
- 02 – Ocupações Executivas, Administrativas, Gerenciais
- 03 – Vendas
- 04 – Apoio Administrativo e de Escritório
- 05 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto
- 06 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores
- 07 – Ocupações de Transporte e Mudanças
- 08 – Serviços gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar, Operário
- 09 – Ocupações de Serviços, Exceto Empregados Domésticos
- 10 – Fazendeiro ou Gerente /Administrador de Fazenda
- 11 – Trabalhador Rural
- 12 – Militar
- 13 – Empregados Domésticos
- 14 – Outro

E13. Este trabalho é sem carteira assinada (informal)?

1 – Sim, 0 – Não

E14. Quanto tempo durou seu trabalho
de turno integral mais longo?

Meses

– com um empregador ou como autônomo

000 E17

E15. Há quanto tempo ele terminou?

Meses

[NOTA: Coloque 000 somente se o trabalho atual
(TI) é o mais longo]

000 E17

E16. Qual era o seu trabalho/ocupação então?

Especifique: _____

[NOTA: Codifique uma categoria da NOTA E12.]

E17. Nos últimos 6 meses (desde _____),
quantas semanas você teve um trabalho pago?
– inclua licenças, férias,
dias como autônomo, trabalho informal e bicos.

Semanas,

Max = 26

00 E22

E18. Nos últimos 6 meses, quanto dinheiro
você ganhou (renda bruta)? – incluir bicos

(E19 – E22) Nos últimos 30 dias:

E19. Quantos dias remunerados você trabalhou?
– inclua licenças, férias, dias como autônomo,
trabalho informal e bicos.

Dias

00 E22

E20. Quanto dinheiro você ganhou
(renda bruta)? – incluir bicos

R\$

E21. Quantos dias você teve qualquer problema
relacionado com o trabalho?
ex. baixa produtividade, discussões,
ser chamado atenção, atrasos, etc.

Dias

E22. Você procurou algum emprego?

ex. mandou um currículo, preencheu uma ficha de emprego,
falou com um possível empregador

1 – Sim, 0 – Não

E23. Neste momento, quão importante
é para você receber qualquer tipo de orientação
(como aconselhamento, treinamento ou educação)
para ajudá-lo a se preparar para ou a encontrar
um emprego, ou lidar com problemas profissionais?

– assistência atual ou adicional

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente

As próximas perguntas (E24 – E36) são sobre as suas fontes de suporte financeiro e renda.

E24. Você mora em habitação financiada pelo governo ou recebe auxílio moradia? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu de:

E25. pensão, seguro social, seguro desemprego? ex. previdência social ou INSS R\$

E25b. ...últimos 6 meses? R\$

E26. assistência pública? ex. bolsa família / bolsa escola / moradia / roupas R\$

E26b. ... últimos 6 meses? R\$

E27. outra assistência? ex. vale-refeição ou vale-transporte R\$

E27b. ... últimos 6 meses? R\$

E28. sustento ou pensão alimentícia para crianças? do pai da criança ou ex-cônjuge. R\$

E28b. ... últimos 6 meses? R\$

E29. atividades ilegais? ex. tráfico de drogas, prostituição, jogo ilegal, venda de objetos ilegais R\$

E29b. ... últimos 6 meses? R\$

E29c. bicos? R\$

E29d.... últimos 6 meses? R\$

E30. alguma outra fonte? ex. pediu emprestado/recebeu dinheiro da família ou renda inesperada (herança, impostos, loteria, etc.) R\$

E30b.... últimos 6 meses? R\$

E31. Quais são suas fontes atuais de sustento financeiro para moradia, comida e outras despesas de vida?
[Marque todas que se aplicam]

- ☐ 1. Emprego
- ☐ 2. Aposentadoria
 - ex. pensão, seguro social (INSS)
- ☐ 3. Invalidez / Incapacidade
 - ex. pensão, seguro social (INSS), indenização
- ☐ 4. Seguro desemprego
- ☐ 5. Assistência pública ou governamental
 - ex. previdência social, vale-refeição, moradia subsidiada
- ☐ 6. Sustento ou pensão alimentícia para criança
- ☐ 7. Família, amigos ou sócios
- ☐ 8. Dinheiro ilegal
- ☐ 9. Institucionalizado ou vivendo em supervisão
 - ex: Hospital, pensão protegida, albergue ou pensão.
- ☐ 10. Outras, ex. economias, etc:
Especifique: _____
- ☐ 11. Bicos
- ☐ 12. Nenhuma

E32. Você alguma vez declarou falência? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E33. Você já deixou de pagar um empréstimo para o governo ou instituição privada? ex. crédito educativo, casa, empréstimos bancários. ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E34. Você está mais do que um mês atrasado nos seus pagamentos para alguma coisa? ex: habitação, serviços, cartões de crédito, pensão de filhos, outros empréstimos/débitos (contas médicas, custos legais, empréstimos pessoais) ☐ 1 – Sim, 0 – Não

E35. Quantas pessoas (não inclua você mesmo) atualmente dependem de você para o sustento financeiro regular?
ex. para moradia, comida, sustento de filho, mesada, etc. inclua pessoas que o sujeito sustente, bem como aquelas que ele/ela é obrigado a sustentar

E36. Você tem renda suficiente para pagar necessidades como moradia, comida e roupas para você mesmo e seus dependentes? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
– exclua dinheiro de atividades ilegais

Comentários:

Drogas / Álcool – As questões a seguir são sobre o seu uso de álcool e drogas, e sobre qualquer tratamento para abuso de substâncias que você tenha recebido.

Histórico de Tratamentos

- D1. Quantas vezes diferentes você já foi tratado para seu uso de álcool ou drogas?
– inclua avaliações para tratamento mesmo que não tenham se transformado em tratamento. Não incluir AA / NA. 00 D6
- D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação?
– desintoxicação não seguida por tratamento adicional.
- D3. Que idade você tinha quando entrou pela primeira vez em um tratamento para álcool/drogas?

Quantos dias você:

- A. Últimos 6 meses B. 30 Dias
- D4. Participou de programa ambulatorial ou de consulta médica para tratamento de problemas relacionados a álcool ou drogas)? 000 D5
- D5. Tomou medicação prescrita para tratar seu uso de álcool ou drogas?
ex. dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc.
– exclua medicações para dependência de nicotina. 000 D6
- D6. Participou de reuniões de auto-ajuda (ex.: AA, NA)? [se nunca participou na vida D8] D8
- D7. Qual o período de tempo contínuo mais longo que você participou de reuniões de auto-ajuda, pelo menos 2 dias/semana? Anos Meses

Uso de Álcool

- D8. Quantos anos na sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou + dias/semana?
– exclua períodos sem álcool 00 D10
- D9. Quantos anos na sua vida você bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques¹ por dia regularmente, 3 ou + dias por semana? >0 D11
- D10. Você bebeu pelo menos (5 – homem, 4 – mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais em sua vida? 1 – Sim, 0 – Não
- D11. Que idade você tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool? [se nunca, codifique NN]
- D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava bebendo mais, com que frequência você bebia?
0 – Sem uso (D20) 3 – 3-6 vezes por semana
1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
2 – 1-2 vezes por semana
- D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica? 00 D20

- D14. Quando você bebeu pela última vez?
[00 se hoje, 01 se ontem, 02 se 2 dias antes, etc.]
- D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5 p/homens, 4 p/mulheres) drinques em um dia?
- D16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em álcool para você? R\$

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

- D17. Você teve qualquer sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D18. Você teve alguma dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber ou passou grande parte do dia bebendo? 1 – Sim, 0 – Não
- D19. Por causa do seu beber, você teve algum problema médico ou psicológico;
ou
teve problemas no emprego (escola)
ou em casa, teve discussões;
ou
teve problema com a lei? 1 – Sim, 0 – Não
- D20. Você foi incomodado por fissuras ou desejos intensos de beber? 1 – Sim, 0 – Não
- D21. Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de álcool? 00 D23
- D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com álcool?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- D23. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de álcool?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- D24. Quão importante é para você alcançar/manter abstinência total do álcool (i.e., não beber nada)?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

Comentários:

¹ Um drink: considere aproximadamente 1 dose de destilado, 1 cálice de vinho ou uma lata de cerveja.

ASI6

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias Individuais

NOTA: Entregue ao entrevistado a Lista de Drogas e diga: *Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falamos sobre o álcool. Vamos começar com a maconha:*

- Pré-A. Você já experimentou ou usou _____ (mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?
- A. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez _____?
- B. Por quantos anos de sua vida você usou _____ 3 ou mais dias por semana? – Exclua períodos sem a droga
- C. Você já usou _____ em 50 ou mais dias na sua vida?
- D. Nos últimos 30 dias, quantos dias você usou _____?
- E. Nos últimos 30 dias, você usou _____ ([0] – somente como prescrito, ou [1] – ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

NOTA: Se o entrevistado relata:

1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex. D25-A), **codifique “N” e passe para a próxima substância (D26-A).**
2. Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex. D25-B), **pule o item seguinte (D25-C), e continue.**
3. Nenhum uso nos últimos 30 dias (ex. D25-D = 00), **passe para a próxima substância (D26-A).**

	A. Idade de 1º uso? [N próxima A]	B. Anos de uso regular (Na vida)? [>00 D]	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? [1 – Sim, 0 – Não]	D. Uso nos Últimos 30 dias? [00 próxima A]	E. Usou como Tto (últimos 30 dias)? [0 – como Tto, 1 – Não Tto]
D25. Maconha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D27. Cocaína inalada	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>
D28. Crack/Merla/Oxi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>
D29. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D30. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>
D31. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Comentários adicionais:

ASI6

Uso de Substâncias – Categorias Problema

01 – Álcool
02 – Maconha
03 – Sedativos
04 – Cocaína / Crack
05 – Estimulantes
06 – Alucinógenos

07 – Heroína
08 – Metadona
09 – Outros Opióides
10 – Inalantes
11 – Outras Substâncias (inclui nicotina)
12 – Nenhuma

Rota(s) de Administração

De que forma você já usou _____?

Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a você mais dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	A. Categoria <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> </div> 12 D37	B. Na vida [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada	C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso
Problema Secundário D35. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	A. Categoria <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> </div> 12 D37	B. Na vida [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada	C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso
Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas (01-12) está causando a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a buscar tratamento? Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____	A. Categoria <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px auto; display: flex; justify-content: space-around;"> </div> 12 D37	B. Na vida [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada	C. Últimos 30 Dias [marque todas que se aplicam] __1. Ingerida __4. Injetada __2. Inalada __5. Outra __3. Fumada __6. Sem uso

[NOTA: 4. Injeção = EV (endovenosa) ou IV (intravenosa)
e não-EV/IV: ex. intramuscular, intradérmica, etc.]

Comentários adicionais:

Uso de Drogas – Geral (exceto álcool e tabaco)

- D37.** Quantos anos na sua vida você usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana? – se nunca usou drogas ou medicação D54
- D38.** Nos últimos 6 meses, durante o mês em que você estava usando mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?
0 – Sem uso (D45) 3 – 3-6 vezes por semana
1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
2 – 1-2 vezes por semana
- D39.** Nos últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? 0 D45
- D40.** Quantos dias faz que você usou pela última vez qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas? 00 – se hoje, 01 – se ontem ou abusou de medicações prescritas? 02 – se 2 dias antes, etc.
- D41.** Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você gastou em drogas? R\$ – exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas (e.x. metadona, medicações para desintoxicação, etc.)

Sintomas de Drogas (exceto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:

- D42.** Você teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga? 1 – Sim, 0 – Não
- D43.** Você teve algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas? 1 – Sim, 0 – Não
- D44.** Por causa do seu uso de drogas – você teve algum problema médico ou psicológico; ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei? 1 – Sim, 0 – Não
- D45.** Você tem sido incomodado por fissuras ou desejos de usar? 1 – Sim, 0 – Não
- D46.** Quantos dias você teve essas ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas? 00 D48
- D47.** Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas com drogas?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- D48.** Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para o seu uso de drogas?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

- D49.** Quão importante é para você alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- D50.** Desde que você começou a usar, você já esteve completamente abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** por pelo menos 1 ano? 1 – Sim, 0 – Não
– exclua medicações prescritas e apropriadamente) 0 D52
tomadas (ex. metadona, medicações psiquiátricas)
- D51.** Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou? Anos Meses
[Se atualmente abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00.]

Riscos para a Saúde

- [NOTA: Caso ainda não se saiba, pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias]
- D52.** Alguma vez você se injetou drogas? 1 – Sim, 0 – Não
[Injetou = IV (intravenosa) e não-IV] 00 D54
- D53.** Quando foi a última vez que você compartilhou seringas ou equipamento de injeção? Anos Meses Atrás
– se nunca, codifique N e N
– se no último mês, codifique 00 00
- D54.** Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes você fez sexo oral, anal ou vaginal?
- D55.** Quando foi a última vez que você fez teste para HIV/AIDS? Anos Meses Atrás
– se nunca, codifique N e N
– se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

- D56.** Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma? N D59
ex. mascou tabaco, charutos, cachimbo
– se nunca experimentou, codifique N
- D57.** Quantos anos na sua vida você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma) diariamente?
- D58.** Nos últimos 30 dias, quantos dias você fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

Jogo

- D59.** Na sua vida, você alguma vez teve dificuldade financeira por causa de jogo? 1 – Sim, 0 – Não
- D60.** Nos últimos 30 dias, quantos dias você participou de qualquer forma de jogo, como bingo, loteria, corrida de cavalo, jogo do bicho, rinha de galo, cassinos, ou jogo ilegal de qualquer natureza?

Comentários:

Legal – As próximas questões são a respeito de seu envolvimento a Justiça Criminal e/ou atividades ilegais.

- L1. Na sua vida inteira, você já esteve em uma prisão ou detido em delegacia, mesmo que por poucas horas? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
- L2. Na sua vida inteira, você já foi preso? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
Se L1 e L2 = 0 L18
- L3. Que idade você tinha na primeira vez? >17 (L7-14)
- L4. Antes dos 18 anos, você já foi preso por? [Marque todas que se aplicam]
☐ 1. Crimes violentos ou crimes contra pessoas
 ex. roubo, agressão, estupro
☐ 2. Ato ilícito ligado a drogas
 ex. porte, tráfico, manufatura de drogas
☐ 3. Crimes visando lucro ou contra a propriedade
 ex. roubo de carro ou em loja, arrombamento, vandalismo, incêndio
☐ 4. Infrações praticadas somente por jovens
 ex. fugir de casa, violação do toque de recolher, vadiagem
☐ 5. Outras infrações (Especifique: _____)
- L5. Quantas vezes você foi condenado por um ato infracional antes dos 18 anos? Vezes
- L6. Antes dos 18 anos, qual o tempo total que você passou trancado em centros de detenção ou instituições para menores infratores (FASE/FEBEM/DEGASE)? Meses

(L7 – L14) Desde os 18 anos:

Pré-A. Você já foi preso ou detido por _____

[NOTA: Se Não, codifique 00 para A. e passe para o próximo item]

A. Quantas vezes no total?

B. Quantas vezes nos últimos 6 meses?

- | | A. Total | B. 6 Meses |
|---|---|---|
| L7. Porte de drogas?
– ou equipamentos de droga (parafernália) | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L8. Venda ou produção de drogas?
– vender inclui traficar/ distribuir | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L9. Roubo?
– roubo à força, ou sob ameaça de força | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L10. Outros crimes visando lucro?
– fraude venda de objetos roubados, vandalismo, incêndio – em loja | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L11. Crime violento?
– violência doméstica, estupro, assassinato. | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L12. Armas, prostituição ou jogo?
– inclua cafetinagem, dinheiro por sexo, pornografia | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L13. Dirigir alcoolizado?
– ou sob efeito de drogas | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| L14. Alguma outra infração criminal?
– violação da condicional, conduta desordeira, invasão, violação de ordem restritiva, negligência ou deserção, etc. | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

L15. Há quanto tempo foi a última vez que você foi preso ou detido por qualquer coisa? Anos Meses
[Codifique 00 se dentro do último mês (30 dias)]

L16. Quantas vezes você foi condenado por um crime cometido após os 18 anos de idade? Vezes

L17. Desde os 18 anos, quanto foi o tempo total que você passou na cadeia ou prisão? Anos Meses

L18. A sua admissão para o tratamento foi ordenada pela justiça? ☐ 1 – Sim, 0 – Não
ex. um juiz a requisitou

Você está atualmente envolvido com a justiça criminal de alguma das seguintes formas? ☐ 1 – Sim, 0 – Não

L19. Investigado em inquérito policial ☐

L20. Suspensão condicional do processo ☐

L21. Aguardando julgamento ou sentença ☐

L22. Sursis ou em Liberdade condicional ☐

L23. Participando de um programa de justiça terapêutica ☐

L24. Outros ☐
ex. procurado pela justiça, mandado de prisão, prisão domiciliar, supervisão pré-julgamento, está cumprindo pena

L25. Quão graves você considera seus problemas atuais com a justiça criminal?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente ☐
 2 – Moderadamente

(L26 – L30) Nos últimos 6 meses:

Pré-A. Você _____ ?

[NOTA: Se Não, codifique 000 para A. e passe para o próximo item]

A. número de dias, últimos 6 meses

B. número de dias, últimos 30 dias

A. Últimos 6 Meses B. 30 Dias
 L26. Vendeu ou fabricou drogas?
 – traficou ou distribuiu para fazer dinheiro, por sexo ou lucro de qualquer outra maneira

L27. Roubou alguém?

L28. Furtou, roubou, arrombou, fraudou, falsificou prescrições ou cheques, destruiu propriedade ou incendiou algo? ☐ Se L28 = 0 L29

L28c. Roubou em loja

L28d. Praticou arrombamento

L28e. Roubou veículo a motor

L28f. Falsificou

L28g. Fraudou

L28h. Cometeu vandalismo

L28i. Provocou incêndio (premeditado)

L28j. Roubou / danificou propriedade

L29. Ameaçou ou agrediu alguém?
 – com ou sem uma arma;
 – inclua violência doméstica, estupro e assassinato Se L29 = 0 L30
 – exclua roubo

L29c. Ameaçou sem agressão física

L29d. Agrediu fisicamente com uma arma

L29e. Agrediu fisicamente sem uma arma

L29f. Agrediu sexualmente

L29g. Assassinou alguém

L29h. OUTRO

- L30. Fez qualquer outra coisa ilegal? A. Últimos 6 Meses B. 30 Dias
 – portou arma sem licença,
 envolveu-se com prostituição,
 cafetinagem ou jogo ilegal, etc.
 [exclua uso de droga pessoal ou posse, dirigir sob influência de álcool]
- L30c. Carregar uma arma sem licença
- L30d. Prostituição / cafetinagem
- L30e. Jogo ilegal
- L31. No total, nos últimos 30 dias, quantos dias você fez qualquer uma das atividades/coisas acima?
- L32. Quantos dias, no total, você dirigiu sob efeito de drogas ou álcool?

Família/Social – As questões seguintes são sobre sua família e relacionamentos sociais.

- F1. Você teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês?
 1 – Sim, 0 – Não
 [NOTA: Se não, pule a coluna A (F3A-F9A).]
- F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros² você tem?
 – exclua parceiros sexuais/cônjuge, e quaisquer outros familiares adultos.
 [NOTA: Se 00, pule a coluna C (F3C-F9C).]

NOTA: Para F3 – F9:

- A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro
 B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes.
 ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios/tias, primos
 C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro

Nos últimos 30 dias, você:

- | (1 – Sim, 0 – Não) | A. Parceiro(s) | B. Parentes Adultos | C. Amigos Íntimos |
|---|---|----------------------|----------------------|
| F3. <u>passou tempo</u> (pessoalmente) com (seu A/quaisquer B,C):..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| F4. teve qualquer <u>contato</u> , como, cartas, telefonemas ou e-mail (outro) com: .. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| – se F3+F4 = 0, Pule para F9 | | | |
| F5. falou para (A/B/C) sobre seus sentimentos ou problemas? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| F6. teve problema de relacionamento c/. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| F7. teve qualquer <u>discussão</u> com: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| F8. O(s) seu (s) (A/B/C) tem um problema atual com álcool ou uso de drogas? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| – inclua somente aquelas pessoas com quem você passou tempo ou teve contato nos últimos 30 dias | | | |
| F9. Se você precisa de ajuda, você pode contar com: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| F10. Você atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém? | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| 1 – Sim, 0 – Não | | | |

Comentários:

² Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa frequência e pode contar, sem conotação sexual.

- F11. Nos últimos 30 dias, alguma situação com seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos resultou em empurrar/bater ou atirar coisas?
 1 – Sim, 0 – Não
- F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso você realmente precise de ajuda?
 1 – Sim, 0 – Não
 ex. padre/pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc.
- F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito você tem estado com os seus relacionamentos com adultos? ex. número de relacionamentos, quantidade de contato, qualidade da comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc.
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F15. Neste momento, quão importante é para você receber um auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para seus problemas de relacionamento com adultos?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente
- F16. Você acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)?
 1 – Sim, 0 – Não
- F17. Você sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas?
 1 – Sim, 0 – Não
- F18. É importante para você ter relacionamento próximo/íntimo com pessoas?
 1 – Sim, 0 – Não

Nos últimos 30 dias (F19-F22):

- F19. você foi à missa/serviços ou atividades religiosas organizados pela sua igreja/congregação?
 1 – Sim, 0 – Não
 – exclua reuniões de auto-ajuda ou AA
- F20. você fez algum trabalho voluntário?
 1 – Sim, 0 – Não
- F21. você frequentemente sentiu-se chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre?
 1 – Sim, 0 – Não
- F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma com que você aproveita o seu tempo livre?
 0 – Nada 3 – Consideravelmente
 1 – Levemente 4 – Extremamente
 2 – Moderadamente

As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que você possa ter sofrido ao longo da sua vida.

- F23. Você já foi fisicamente agredido/abusado por alguém que você conhecia?
 1 – Sim, 0 – Não
 – exclua abuso sexual, pois este será codificado em F26 0 F26
- F24. Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F25. Quando isso aconteceu pela última vez?
 – se nos últimos 30 dias, codifique ‘00 00’ Anos Atrás Meses Atrás

ASI6

- F26.** Alguma vez você já foi agredido/abusado sexualmente por alguém? 0 F29
- F27.** Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F28.** Quando aconteceu pela última vez? Anos Antes Meses Atrás
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- F29.** Você alguma vez foi vítima de um crime violento como ser espancado ou agredido? 0 F32
– exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas
– exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra
- F30.** Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F31.** Quando aconteceu pela última vez? Anos Atrás Meses Atrás
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- F32.** Você já esteve em alguma outra situação de risco de vida? 0 F35
ex. desastre, acidente grave/incêndio, guerra
– exclua abuso, crimes violentos como descritos acima
- F33.** Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F34.** Quando aconteceu pela última vez? Anos Atrás Meses Atrás
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- F35.** Você já esteve em uma situação onde você viu alguém sendo morto, espancado/agredido ou muito ferido? 0 NOTA
– exclua desastres/acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32
- F36.** Que idade você tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?
- F37.** Quando aconteceu pela última vez? Anos Antes Meses Antes
– se nos últimos 30 dias, codifique '00 00'
- [NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32, e F35. São todos 0 – Não), pule para F40.]
- F38.** Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado você tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
– inclua pesadelos/sonhos, lembranças (flashbacks), etc.
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- F39.** Neste momento, quão importante é para você receber auxílio, aconselhamento ou tratamento (atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reações relacionadas a esses eventos?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

As questões seguintes são sobre seus filhos ou qualquer outra criança vivendo com você.

- F40.** Quantos filhos biológicos e/ou adotivos você tem? 00 F45
- F41.** Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?
- | | | | |
|---------|----------------------|----------|----------------------|
| Filho 1 | <input type="text"/> | Filho 6 | <input type="text"/> |
| Filho 2 | <input type="text"/> | Filho 7 | <input type="text"/> |
| Filho 3 | <input type="text"/> | Filho 8 | <input type="text"/> |
| Filho 4 | <input type="text"/> | Filho 9 | <input type="text"/> |
| Filho 5 | <input type="text"/> | Filho 10 | <input type="text"/> |

[NOTA: Se todos os filhos têm 18 ou mais, F45]

- F42.** Existe algum processo de guarda aberto pela mãe/pai ou qualquer outro parente? 1 – Sim, 0 – Não
- F43.** Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial? Filhos
– inclua também aqueles cuidados por parentes via decisão judicial
- F44.** Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram com você pelo menos por algum tempo? Filhos
- F45.** Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc.), menor de 18 anos morou com você por pelo menos algum tempo?
– codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo 1 – Sim, 0 – Não

[NOTA: Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, pule para F51]

- F46.** Quantas das crianças (que moraram com você) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizado que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado? Crianças
0 F48
- F47.** Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- F48.** Nos últimos 30 dias, você teve problemas para conviver bem com essas crianças (< 18) que moraram com você por pelo menos algum tempo?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- F49.** Neste momento, quão importante é para você o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (< 18) que moraram com você?
– aconselhamento atual ou adicional
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- F50.** Neste momento, você precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar/estudar ou procurar trabalho? 1 – Sim, 0 – Não
- F51.** Você já foi investigado ou esteve sob supervisão do Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não
[NOTA: se 0 ou nunca teve filhos passe para seção psiquiátrica]
- F52.** Alguma vez um filho seu já foi retirado de casa pelo Conselho Tutelar ou outro programa? 1 – Sim, 0 – Não
- F53.** Alguma vez seu poder de pai/mãe (pátrio poder) foi suspenso?
– teve seus direitos de ser pai/mãe (poder familiar) ou a guarda dos seus filhos retirados pela justiça 1 – Sim, 0 – Não
- F54.** Atualmente você está respondendo a processo de guarda, ou sendo investigado / supervisionado pelo Conselho Tutelar ou outro programa de proteção a crianças? 1 – Sim, 0 – Não

Psiquiátrico – As questões seguintes são sobre qualquer tratamento ou avaliação que você tenha recebido para problemas psicológicos ou psiquiátricos.

- P1. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos?
ex. em hospital ou clínica (exclua int. por álcool/drogas) Vezes
- P2. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? 1 – Sim, 0 – Não 0 P4
- P3. Quantos dias você tomou medicações para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? A. Últ. 6 meses B. 30 Dias 000 P4
- P4. Na sua vida, quantas consultas ambulatoriais você teve para problemas psicológicos / psiquiátricos? – inclua avaliações individuais em consultório médico (pessoalmente) mesmo que não seguidas de tratamento. – também inclua atendimento primário/família para problemas psiquiátricos e monitorização de medicações para problemas psiquiátricos 0 – Nenhuma 3 – 26-50 sessões 1 – 1-5 sessões 4 – mais de 50 sessões 2 – 6-25 sessões A. Últ. 6 meses B. 30 Dias 000 NOTA
- P5. Quantas consultas ambulatoriais ou em consultório você teve? 000 NOTA
- [NOTA: Se P1, P2, P4 são todas 0-Não, i.e. sem história de tratamento psiquiátrico, pule para P7]
- P6. Que idade você tinha quando foi avaliado ou tratado para problemas psicológicos ou psiquiátricos pela primeira vez? Idade
- P7. Você atualmente recebe pensão (ou benefício) para incapacidade/invalidez psicológica? 1 – Sim, 0 – Não

As seguintes questões são sobre como você pode ter se sentido ou agido. Algumas questões são sobre como você já se sentiu ou se comportou em qualquer período da sua vida e outras são sobre os últimos 30 dias.

Código 0 – Não
para A/B: 1 – Sim 2 – Sim, mas somente sob efeito de droga ou em abstinência.

[NOTA: Se o entrevistado concorda com um sintoma, i.e., “Sim” pergunte: “Isso foi APENAS sob efeito de droga ou em abstinência?” e codifique 1 ou 2 como apropriado.]

- (P8 – P17): A. Na sua vida B. Durante qualquer um dos últimos 30 dias C. Há quantos dias você ____ pela última vez?

Você (já):

A. Na vida B. 30 Dias C. Dias Atrás

- P8. Teve dificuldades para dormir, manter o sono*, ou acordar muito cedo? * dormir por toda a noite
- P9. Sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? – nos últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0 P10

Você (já):

A. Na vida B. 30 Dias C. Qtos dias atrás

- P10. Sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)? – para os últimos 30 dias, codifique quaisquer dias 0 P11
- P11. Teve alucinações? – viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram 0 P12 0 P12
- P12. Teve dificuldade para pensar/concentrar-se, compreender ou lembrar, ao ponto disso lhe causar problemas? 0 P13 0 P13
- P13. (Desde os 18 anos) Teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém? 0 P14 0 P14
- P14. (Desde os 18 anos) Empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém? 0 P15 0 P15
- P15. Teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)? 0 P16 0 P16
- P16. Tentou o suicídio (se matar)? 0 P17 0 P17
- P17. Passou por outro problema psicológico ou psiquiátrico não mencionado ainda? ex. transtorno alimentar, mania, etc.

Especifique: _____

[NOTA: Se todas P9 – P17 são 0 – Não, i.e. sem sintomas ou problemas psiquiátricos nos últimos 30 dias, pule para P21]

(P18 – P20) Nos últimos 30 dias:

– exclua P8 (problemas com o sono) para P18 – P21

- P18. Quantos dias você teve esses problemas psicológicos ou psiquiátricos? Dias
- P19. Quantos dias você esteve incapaz de exercer as suas atividades normais por causa dos problemas psicológicos ou sintomas psiquiátricos? Dias
- P20. Quão preocupado ou incomodado você tem estado com esses problemas psicológicos ou psiquiátricos?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente
- P21. Neste momento, quão importante é para você o tratamento (atual ou adicional) para problemas psicológicos / psiquiátricos?
0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremadamente
2 – Moderadamente

G15. Hora de Término:

Comentários:

Taxa global de confiabilidade do entrevistado / Validade da entrevista e dos escores:

Leve em conta a aparente capacidade e disposição do respondente para entender as questões, fornecer estimativas precisas e pensadas, além de responder honestamente. No geral, o respondente forneceu informação que é:

1 – Ruim, **2 – Satisfatória,** **3 – Boa** ☐

Ruim: Muitos itens são provavelmente imprecisos, foram recusados, e/ou o perfil das respostas é contraditório ou sem sentido.

Satisfatória: Numerosas aparentes imprecisões, recusas, e ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece razoável, exceto em 1 ou 2 áreas-problema (sub-escalas) do instrumento (ASI6).

Boa: Algumas/poucas imprecisões aparentes, recusas e/ou inconsistências, mas o perfil geral das respostas parece avaliar bem o respondente.

Lista de Álcool e Outras Drogas

Álcool – cerveja, vinho, “coolers”, destilados, licores, absinto, bira, birita, cachaça, caipirinha, cana, caninha, chope, conhaque, gin, graspa, licor, martini, run, tequila, vinho, vodka, whisky e demais bebidas alcoólicas.

Maconha – cannabis, haxixe, THC (delta-9-tetrahydrocannabinol), *Cannabis sativa* (latim), erva, baura, bolo, fumo, pega, ponta, beck, baseado, bagulho, breu, fino, marijuana, mary jane, verdinha, pasto, perna de grilo, grama, capim, dar um tapa, tapão, hemp, dólar, patau, bhang, bong (persa), ganja (Jamaica), cânhamo (espanhol), charas (oriente), bomba, bob marley, bunfa, chá, cachimbo da paz, camarão, cangonha, canjinha, capucheta, carne-seca, caroço, coisa, come-e-dorme, erva-do-diabo, cigarrinho do capeta, jacuzinha, madeira, maluquinha, manga-rosa, preta. AMP, Skunk, skank (maconha “de laboratório”, “supermaconha”).

Sedativos – Barbitúricos – Gardenal, Seconal, Nembutal, Tiopental, Fenobarbital, Fenocris, Edhanol, Fenitoína, Dialudon, Epelin, Fenital, Hidantal. Benzodiazepínicos – diazepam (Valium, Calmociteno, Daizefast, Dienpax, Noan, Valix, Compaz, Somaplus, Ansilive, Letansil), clobazam (Frisium, Urbanil), clonazepam (Clonotril, Clonazepam, Rivotril), clordiazepóxido (Limbitrol, Psicosedin, Menotensil), cloxazolam (Clozal, Elum, Olcadil), alprazolam (Altrox, Aprax, Alpraz, Frontal, Tranquinal, Xanax, Mesmerin), lorazepam (Lorazefast, Lorazepam, Lorax, Mesmerin, Ativan, Lorium), flunitrazepam (Rohypnol), flurazepam (Dalmadorm, Dalmane), bromazepam (Lexotan, Bromopirin, Bromoxon, Brozepax, Deptran, Lexfast, Neurilan, Novazepam, Relaxil, Somalium, Sulpan, Unibromazepam, Nervium), midazolam (Dormonid, Dormium, Dormire), nitrazepam (Nitrazepol, Sonebon), oxazepam (Serax), triazolam (Halcion).

Cocaína / Crack – pó, branca, branquinha, farinha, coca, epadu, neve, brisola, bright, brilho, pico, basuko, pedaço, ratatá, tiro, carreira, tema, material, cor, perigo, nóia, poeira, novidade, cheiro, branca, brisa, talco, pamonha, cristina, priza, osso moído, osso do diabo, papel, “crack”, free-base, rock, pedra, stone, macaquinho, merla, mel, melado.

Estimulantes – anfetaminas, bolinhas, boleta, Dualid, Hipofagin, Inibex, Ritalina, Preludin, rebites, femproporex, anfepramona, Moderine, Fluril e Fluramina Adderall, Dexedrine (dexfenfluramina), Cylert (pemolide); Absten, Dobesix e Fagolipo (mazindol). Metanfetaminas – crystal meth ou crystal, ice, monster, crank, chalk, speed, meth, glass, droga “dos internautas”, “pílula do vento” ou “pílula do medo”.

Alucinógenos – LSD, ácido, bad trips, selo, selinho, PCP, “pó de anjo”, mescalina, psilocibina, cogumelos, MDMA, Ecstasy, “X”, “green”, Ayahuasca (Chá do Santo Daime, yajé, caapi, vinho de Deus), 2CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina) e 2-CT-7 (2,5-dimetoxi-4(n)-propiltiofenetilamina), 4MTA (metiltioanfetamina), PMA (para-metoxianfetamina) e PMMA (para-metoximetilanfetamina), “Mitsubish”.

Heroína – cavalo, cavalo branco, horse, smack, tar, black, tan, marrom, brown stone, brown sugar, açúcar, açúcar mascavo, cavalete, chnouk, H, heroa, pó, poeira, castanha, merda, bomba, veneno, burra, gold, bacalhau, elixir, baque, cocada preta.

Outros Opióides – Demerol, ópio, codeína, petidina, percocet/percodan, darvon/darvocet, xaropes (elixir paregórico), morfina (dimorf), metadona (metadon), etorfina, levorfanol, fentanil, sufentanil, butorfanol, buprenorfina (temgesic), naloxona (narcen), naltrexona (revia), diprenorfina, -funaltrexamina, naloxonazina, nalorfina, pentazocina, nalbufina (nubain), dinorfina, tramadol (anangor, dorless, sylador, timasen, tramadon, tramal, zamadol), meperidina (dolantina, dolosal, dornot), propoxifeno, ópio, naltrindol, bremazocina, DAMGO, CTPO, DPDPE, DSLET, LAAM.

Inalantes – cola, óxido nítrico (gás do riso), solventes, gasolina, tintas, tiner, sprays de tinta, desodorante, lança-perfume, detergentes, gás de isqueiro, acetona, cheirinho, cheirinho da loló, loló, cimento de borracha, cimento, PVC, cola de avião, cola de sapateiro, esmalte, gasolina, tinta spray, vernizes.

Outros – Esteróides e anabolizantes, pílulas para dieta ou sono sem prescrição, ketamina ou “special K” ou Vitamina K, GHB & GLB ou GHB (sopa) – é um depressor. Incluir medicações desconhecidas.

Principais Grupos de Ocupação

- 1 – Especialidades Profissionais e Ocupações Técnicas**
(ex. engenheiros, cientistas da computação, cientistas naturais e sociais, profissionais da área da saúde, trabalhadores sociais e religiosos, professores, advogados, artistas e atletas)
- 2 – Ocupações Executivas, Administrativas e Gerenciais**
(ex. chefes executivos, diretores, gerentes, contadores)
- 3 – Ocupações de Venda**
(ex. corretores de seguro e imóveis, representantes comerciais, varejista, caixa de banco/supermercado)
- 4 – Ocupações de Apoio Administrativo e de Escritório**
(ex. supervisores, operadores de computador, secretárias, recepcionistas, balconistas, despachantes, avaliador de seguros, funcionário de banco, ajudantes de professores)
- 5 – Ocupações de Produção de Precisão, Manufatura e Conserto**
(ex. mecânicos, reparador de equipamentos, pedreiros, colocador de tapetes, eletricitas, pintores, colocadores de telhado, metalúrgicos, estofadores, açougueiro, padeiro, montadores de equipamentos eletrônicos, calibrador, operadores de sistema hidráulicos)
- 6 – Operadores de Máquinas, Montadores e Inspetores**
(ex. operador de máquina têxtil, metal, plástico, madeira, soldador, cortador, montadores, checadores, separador)
- 7 – Ocupações de Transporte e Mudança**
(ex. motoristas de todos os tipos, atendentes de estacionamento, operador de guindaste e gruas, marinheiros e taifeiros (ajudante de convés))
- 8 – Serviços Gerais, Limpeza de Equipamentos, Auxiliar e Operário**
(ex. pescadores, jardineiros, silvicultores (madeireiros), lenhadores, ajudantes de mecânico, auxiliares de construção e produção, garis (lixeiros), estoquistas e empacotadores)
- 9 – Ocupações de Serviço, exceto Empregados Domésticos**
(ex. serviços de proteção – bombeiros, policiais, guardas; serviços alimentícios – cozinheiros; auxiliar contábil, assistentes de balcão (atendentes); serviços de saúde – assistentes de dentista, auxiliares de enfermagem, serventes de hospital; serviços de limpeza e construção – zeladores, empregados e seus supervisores; serviços pessoais – barbeiros, lanterninhas de cinema, auxiliares de serviço social ou previdência social, recreacionistas, porteiros e seus supervisores)
- 10 – Fazendeiro ou Gerente/Administrador de Fazenda**
- 11 – Trabalhadores Rurais**
- 12 – Militar**
- 13 – Empregados Domésticos**
(ex. babás, mordomo, governanta, empregada doméstica,...)
- 14 – Outra**

Escala de Intensidade

0 – Nada

1 – Levemente

2 – Moderadamente

3 – Consideravelmente

4 – Extremamente



CRRESCE

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Capítulo 8

INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA DO USUÁRIO DE DROGAS



INTERVENÇÃO NA FAMÍLIA DO USUÁRIO DE DROGAS

Edineia Figueira dos Anjos Oliveira¹

Caro(a) leitor(a).

As relações que se estabelecem entre os membros da família e entre a família e outros grupos sempre são intensas e complexas. Elas influenciam no desenvolvimento e na identificação de cada membro. As mudanças estruturais e organizacionais ocorridas no modelo de família 'nuclear padrão' têm se refletido em outros contextos psicossociais, por exemplo, no comportamento da mulher (tanto na sexualidade quanto no trabalho) redefinindo seu papel social. Em oposição ao seu aspecto positivo, algumas dessas mudanças fragilizaram os vínculos familiares e colocaram a família em maior vulnerabilidade.

Um fator agravante que tem contribuído para a desestabilização da família pode ser constatado em suas interações com um membro usuário de substâncias psicoativas. Entretanto, a despeito das “crenças” sobre a quebra dos laços familiares devido a esse fator agravante, alguns autores, como PINSKY & BESSA, afirmam que dependentes de drogas podem manter relação com a família original muito mais intensa do que se pode supor. Observamos assim que nos papéis e funções sociais no sistema familiar, um dos principais valores é o relacionamento interpessoal.

Nesse capítulo abordaremos os diferentes arranjos familiares observados na nossa década; os fatores de estresse e doenças agravadas pelas mudanças nos ciclos convencionais das famílias; e, especialmente, definição de estratégias de prevenção que, através da identificação do ciclo da família, possibilitam o auxílio familiar na solução de problemas.

Esperamos que a leitura do capítulo possa ajudá-lo(a) a analisar a dinâmica das famílias que buscam o seu serviço ou que são indicadas pelo seu serviço a outros serviços. Ele possui elementos que podem contribuir para encaminhamentos mais direcionados e indicativos de soluções dos problemas familiares. Bom estudo.

1. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo. Possui mestrado em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (2009) e graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (2001). Possui pós-graduação em Gestão da Clínica e na Atenção Primária à Saúde. Atuou como Secretária Municipal de saúde no município de Alfredo Chaves (ES) e participa do grupo de pesquisa FENIX/UFES, debatendo principalmente os seguintes temas: saúde mental, política de saúde, política social e rede de atenção.

SEÇÃO 1: Família: conceito e tipos

Partimos da afirmação de Miotto [1], que compreende a família como uma estrutura historicamente determinada nas diversas formas de organização social, nos diferentes tipos de sociedade. Logo, é uma instituição social que varia através da história e de uma cultura para outra. Em outras palavras, a família só pode ser entendida como fato cultural, historicamente condicionado; e não necessariamente significa um lugar de felicidade. Certamente a família é a instituição social mais antiga, entretanto, ela vem sofrendo rápidas e profundas transformações em sua estrutura, no comportamento de seus membros e nas inter-relações que tais transformações originam.

Essa visão permite compreender que as relações familiares não são dadas, mas constituídas a partir de sua história e de negociações cotidianas que ocorrem internamente no âmbito familiar e externamente nas suas relações sociais. Esse processo de construção vai permitir que a família se constitua, em alguns momentos, como espaço de felicidade e, em outros como espaço de privações e sofrimentos [1].

Nas duas últimas décadas as famílias, em todos os seguimentos da população, têm passado por mudanças significativas. Tais mudanças decorrem de vários fatores: a) mudanças de hábitos e costumes especialmente ligados à sexualidade, que resultou em mudanças profundas no comportamento da mulher pela quebra de tabus; b) nova posição da mulher na sociedade o que redefiniu seu papel; c) impactos do modelo econômico adotado que ocasiona empobrecimento acelerado das famílias, migração exacerbada do campo para a cidade, aumento das mulheres no mercado de trabalho e deficiência do setor público no provimento de cuidado às famílias; d) mudanças na relação homem/mulher que deixou de ter o caráter de eternidade [1].

Tais mudanças ocasionaram fragilidades dos vínculos familiares e maior vulnerabilidade da família no contexto social. A vulnerabilidade resulta no enxugamento da família brasileira com número cada vez menor de filhos, aumento da separação, divórcio e a sua composição, a saber: diminuição do número de famílias nucleares; aumento de famílias monoparentais, principalmente chefiadas por mulheres; aumento de pessoas sozinhas; composição de famílias de homossexuais. Entretanto, com todas essas transformações, a família mantém seu papel determinante no desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem estar físico dos indivíduos, sobretudo no período da infância e da adolescência.

A família impõe normativa e costumes, que muitas vezes se tornam elementos de coação social, geradora de conflitos e ambiguidades, mas também é espaço rico de afetividade, apoio e solidariedade [2].

As diversas mudanças por que tem passado o modelo de família nos levam a repensar sua definição. Se perguntarmos as pessoas nas ruas como é a sua família provavelmente a maioria delas não responderá que sua família é composta pelo pai, mãe, irmão e filho. Vivemos num momento em que o modelo de familiar nuclear não é mais a realidade dos núcleos familiares. Novas estruturas, organizações e complexidades familiares estão surgindo o que nos impõem repensarmos nossos valores acerca das funções das famílias, frente às inúmeras estruturas possíveis de famílias: pluricompostas, recassadas, homossexuais, monoparentais, chefiadas por mulheres, chefiadas por avós, entre outras. Melhor dizendo, as funções exercidas nas famílias tornam-se alvo de maior compreensão em detrimento das novas estruturas e organizações. Ao resgatar as funções e as relações estabelecidas pelos membros das famílias é possível compreender que todos estão envolvidos no processo de cuidado de um ente familiar, independente de ser pai, mãe, irmão, tios, madrasta ou padrasto, até mesmo um vizinho. **A família é o núcleo que tem a função de desenvolver o espaço para compartilhar emoções, sofrimento, alegrias, experiências de vida, estabelecimento de regras e limites, e principalmente, o estabelecimento de vínculos afetivos [3]. Essa perspectiva permite contrapor a ideia de que família é um grupo natural, calçado na essência biológica do homem, ou seja, nos laços consanguíneos e na filiação. E também permite questionar a ideia do senso comum de que famílias diferentes do modelo idealizado são “desestruturadas”.**



Pausa para pensar os conceitos apresentados.

Como uma estrutura historicamente determinada em suas diversas formas de organização social em diferentes sociedades, a família vem passando por mudanças, internas (âmbito familiar) e externas (relações sociais) significativas em sua estrutura e organização. Como você percebe essa afirmação? Ela se parece com o seu conceito de família? Explique.

Qual a definição de família aceita socialmente? O que, a partir das argumentações anteriores, favorece essa tendência?

O ciclo de vida da família é uma importante ferramenta que divide a história da família em estágios de desenvolvimento, caracterizando papéis e tarefas específicas de cada membro da família nos diferentes estágios. Assim como as pessoas, as famílias têm os seus ciclos, influenciando-se mutuamente no seu cotidiano. A compreensão desses ciclos e da maneira como eles interferem no processo adaptativo (saúde-doença, cooperação-conflito, harmonia-violência, etc) possibilita a você, servidor dos Sistemas de Saúde, Assistência, Justiça, Segurança Pública e Ministério Público, montar estratégia de prevenção dessas interferências junto à família [4]. O ciclo de vida das famílias é uma série de eventos previsíveis que ocorrem no núcleo familiar resultante das mudanças em sua estrutura. As mudanças ocorridas resultam em um novo arranjo familiar, requerendo de seus membros uma acomodação ao novo arranjo. O estresse ocasionado pelas mudanças na família pode desencadear o surgimento de doenças em seus membros [4].

Definir em que ciclo a família se encontra e esclarecer as questões específicas do seu ciclo é importante, pois ajuda na compreensão das principais necessidades do seu núcleo, na identificação de estratégias de prevenção e no auxílio na resolução dos problemas da família com ajuda específica para a fase vivenciada por ela [5].

Os ciclos convencionais das famílias de classe média e alta são:

- famílias com adultos jovens independentes;
- famílias com o nascimento do primeiro filho;
- famílias com filhos pequenos;
- famílias com filhos adolescentes;
- famílias com a saída recente dos filhos: o “ninho vazio”;
- famílias em fase de aposentadoria;
- famílias no estágio tardio: a velhice.

São os ciclos convencionais para as famílias de classe popular:

- família composta de jovem adulto;
- família com filhos pequenos;
- família no estágio tardio.

Para PINSKY & BESSA [6] família, não necessariamente, é composta por pai, mãe e filhos (família nuclear), ou por membros que vivem juntos, mas composta por um grupo de indivíduos que interagem intensamente, num sistema autorregulado, direcionado por normas pactuadas no grupo. O sistema familiar tem por objetivo evoluir segundo o próprio ciclo vital – nascimento, casamento, crescimento dos filhos, aposentadoria, falecimento – buscando se renovar continuamente. A alteração dessa ordem pode provocar uma crise, pondo em risco a estrutura familiar, seja ela qual for. Nesse sentido a família busca continuamente manter a coerência, coesão, segurança e estabilidade no seu núcleo. A estabilidade é obtida pelos processos de interação e regulação em que os membros da família são envolvidos. Carter & McGoldrich [7] afirma que o estresse familiar é maior nos pontos de transição de um estágio do ciclo vital para o outro no processo de desenvolvimento familiar.

Nesses momentos os membros das famílias necessitam de ajuda para se reorganizarem para, então, prosseguirem nos ciclos de vida das suas famílias. Isto pode ser ilustrado quando um membro da família faz uso arriscado de drogas: pode haver alteração da ordem do ciclo vital da família, havendo instabilidade na interação e nas regras de regulação das relações e, conseqüentemente, estresses.



Para refletir

Em que medida você considera importante identificar o ciclo de vida das famílias dos usuários de droga?

Você compreende isso como ferramenta importante no processo de intervenção com famílias no Sistema de governo no qual você atua? Explique?

Seção 3- Estrutura familiar (sistema e subsistemas) e dinâmica (comunicação, papéis, regras, relações e coesão)

Em cada estágio do ciclo de vida, de qualquer estrutura familiar, os membros das famílias desempenham papéis e dinâmicas diferenciadas. Por exemplo, diante de um nascimento ou uma enfermidade, os membros necessitam estreitar as relações familiares e desempenhar funções mais relacionais, com tarefas mais socializadas em relação uns com os outros. Já outras circunstâncias exigem funções com foco mais individualizado, como por exemplo, iniciar uma nova escola, ou um novo emprego. Na dinâmica familiar, os membros da família dependem uns dos outros em maior ou menor grau, uns em relação aos outros, e essa mútua dependência é parte da riqueza do contexto familiar conforme os grupos familiares vão se organizando em suas gerações futuras [7].

Carter & McGoldrich [7] afirmam que a família possui características diferenciadas dos demais sistemas sociais. Em sistemas não familiares os papéis e funções desenvolvidos são mais ou menos estáveis. Se um membro do grupo não desenvolve seu papel e função satisfatoriamente ele facilmente pode ser substituído por outro.

No sistema familiar os papéis e funções são imbricados de emoções e sentimentos e os relacionamentos são insubstituíveis. Se um membro da família se afasta ou morre outra pessoa pode vir a desempenhar a mesma função, mas nos aspectos emocionais ele não é substituído. Isto significa que o principal valor dos papéis e funções realizadas no sistema familiar são os relacionamentos.

Pessoas com problemas com drogas podem parecer ter perdido todos os elos com a família, mas os laços familiares podem permanecer ainda muito intensos. PINSKY & BESSA [6] afirmam que dependentes de drogas podem manter relação com a família original muito mais intensa do que se pode supor.

Existe uma tendência de culpabilização das famílias pelo fato de seus filhos serem usuários de drogas. A busca por culpados não trás resultados porque não existe um motivo, ou uma única explicação para o fato de usar drogas; e caso houvesse, o tempo não retornaria para que se pudesse intervir no fato. A família pode apresentar contexto de risco (insegurança, inconsistência na aplicação de disciplina, doença mental, etc.), mas também possibilita espaço de proteção (como você se recorda, quando na família há segurança do apego, criação que equilibra controle e afeto, clima emocional positivo, consistência disciplinar, tamanho e qualidade adequada da rede social, atitude desfavorável ao uso de drogas e saúde mental dos pais), acima de tudo quando essas condições são possibilitadas para as famílias, seja por recursos próprios ou por ações governamentais. Proteção e risco são duas facetas da família: a família que, por vezes, exclui seu ente é também a família que pode acolher [6].

Diante de um quadro de dependência química a família costuma adotar mecanismo de negação. A negação que surge dentro de um sistema familiar é motivada pela necessidade da família manter sua “integridade moral” diante da sociedade, que, em geral, tende a culpá-la pelo fato. É comum a mulher negar que o seu companheiro tem problemas com o uso arriscado de álcool ou que seu filho usa outro tipo de drogas. Quando o uso de drogas é reconhecido pelo meio externo, o casal e os filhos negam ou racionalizam que o uso das drogas não tem impacto ou significado para os outros membros da família [8].

O problema de uso de drogas envolve tão intensamente a família quanto o dependente. No geral as pessoas atingidas diretamente são o companheiro, pais e filhos, mas os irmãos, irmãs, tios, tias ou avós acabam se envolvendo indiretamente, na medida em que sofrem o impacto negativo do comportamento do dependente e, de forma mais positiva, na medida em que ajudam no processo de recuperação do membro dependente [9].

Ao ser obrigado a reconhecer o consumo da droga de um membro da família, um segundo membro costuma adotar comportamento próprio. Ele esconde a droga e/ou monitora o consumo e procura não revelar o “segredo” aos demais membros. É comum uma mãe que não conta ao seu companheiro que seu filho está usando drogas. Ou ainda, é comum os casais esconderem dinheiro para proteger o filho dependente das consequências do uso das drogas. Mais que isso, os membros da família entendem que não devem revelar o “segredo” a qualquer um fora da família [8].

A manutenção do “segredo” alimenta a negação: o que está escondido não pode ser revelado e não precisa ser discutido, ou seja, o uso das drogas pode ser negado pelo usuário ou por um ou mais membros da família. A tensão resultante acaba por aumentar a frequência do consumo da droga ou de outro comportamento compulsivo por parte de outros membros [8].

O segredo e a negação podem decorrer ou resultar da vergonha e do medo. O uso de drogas pode funcionar na dinâmica de interação familiar como uma defesa contra a vergonha e a ansiedade. Quanto mais envergonhado, mais o indivíduo pode fazer uso das drogas, que gera mais vergonha; e mais ele nega que tem problemas com drogas. A dinâmica familiar de dependentes de drogas torna-se dominada por mecanismos de esquiva, acompanhada da vergonha do usuário diante da possibilidade de punição dos demais membros da família. O indivíduo envergonhado teme que o segredo seja revelado e que, por isso, o uso seja punido [8].



Tempo para refletir

A partir de sua experiência profissional, relate casos em que se evidenciam os comportamentos de esquiva e a troca de papéis na dinâmica familiar do usuário de drogas.

Em que isso impacta na dinâmica familiar?

De que forma os profissionais podem intervir nesses casos?

Seção 4: Impactos da dependência química na família

Em geral ocorre um isolamento do núcleo familiar em relação ao dependente químico, ao invés de apoio social. O núcleo vive uma crescente tensão imposta por uma imprevisibilidade do que irá acontecer. A companheira (o) não sabe se, quando o marido (a mulher) retornar para casa, ele (ela) estará alterado (a) e começará uma briga. O problema é evidenciado tanto no nível emocional quanto no da realidade. No nível emocional estão a angústia, o medo ou a infelicidade por ter se relacionado com alguém que não tem oferecido (ou ameaça) uma estabilidade emocional.

No nível da realidade ressaltam-se os problemas com alimentação ou pagamento de contas (e decorrências, por exemplo, o perigo de despejo), vizinhos que se queixam, discussões constantes, entre outros [9].

No caso das esposas e filhos dos dependentes, esses temem a violência física caso revelem a verdade sobre o comportamento do marido ou do pai usuário de drogas (o segredo). No caso da mulher ser a dependente, o marido teme em não dar conta de cuidar dos filhos numa separação ou se ela tiver que se afastar para se tratar. A negação e o segredo são sustentados pelo medo, seja dos membros familiares, seja do dependente que ao consumir a droga se sente aliviado da tensão familiar gerada pelo próprio uso da droga. O efeito da droga o faz esquecer que estava amedrontado ou que existe consequência ou antecedente aversivo relacionado ao seu consumo de drogas [8].

Edwards et al [9], ao discutirem as reações dos familiares de alcoolistas, afirmam que esses passam por uma sequência previsível de estágios. Com membros alcoolistas, no início da ingestão abusiva, a família reluta em admitir que a bebida esteja causando problema. Com o tempo adotam as primeiras tentativas de controlar ou impedir o comportamento problemático. De forma preventiva a família se isola recusando convites para festas ou para ir a lugares aonde tenha oferta de bebidas. Ao perceber que a estratégia não está funcionando o (a) companheiro (a) começa a temer por sua saúde mental. O relacionamento sexual fica comprometido e o casal se distancia prevalecendo uma sensação de medo e raiva. Neste estágio o (a) companheiro (a) não vê outro jeito senão tentar convencer o (a) parceiro (a) que ela (e) necessita de ajuda. Não melhorando, a relação se rompe ou continua por anos com distanciamento do casal que permanece se evitando.

A ausência de uma atmosfera positiva na relação familiar pode levar os filhos a desenvolverem forte sentimento de rejeição pelos pais e a se identificar com outros grupos externo ao grupo familiar de forma precipitada, principalmente na adolescência. Os filhos de famílias comprometidas com o uso abusivo de drogas são mais vulneráveis de se associarem a grupos emocionalmente perturbados e de se envolverem com drogas ou delinquência. Essas relações podem, em parte, significar uma vingança contra os pais ou a busca de conforto para lidar com o desconforto gerado pela dinâmica familiar. É possível prever como os filhos de um lar que sofre o impacto das drogas adentrarão a adolescência [9].

Cinnanti & Sudbrack [10] afirmam que o desequilíbrio familiar pode levar o adolescente ao uso das drogas, ressaltando que a dimensão familiar no uso das drogas ocorre quando a droga assume uma importante função na dinâmica familiar. Neste caso o problema não pode ser atribuído e abordado em face do adolescente, mas em face de toda a família. Nos capítulos sobre fatores de risco e proteção do uso de drogas e sobre prevenção de recaída, você poderá estudar como os relacionamentos familiares e de amizades, bem como os fatores do indivíduo e da comunidade, influenciam a experimentação e a consolidação do uso de drogas.

Outro motivo para o adolescente se relacionar com as drogas é a atuação em um jogo perverso com a morte. Ao desafiar a morte ele descobre o valor da vida, testa sua autonomia e sua liberdade e se sente mais forte e poderoso. Transgredindo as regras impostas por outros o adolescente se confirma, num movimento paradoxal de negar e buscar limites [10].

Cinnanti & Sudbrack [10] consideram que para prevenir o uso das drogas entre os adolescentes não é suficiente levar a eles informações sobre drogas. Essa ação deve ser combinada com um processo de reflexão, conscientização e mudança de atitude. Para garantir esse processo, as autoras propõem a prática de redes sociais, como modelo de prevenção baseado na abordagem sistêmica e na educação para a saúde. Nesse modelo o sujeito adolescente é visto como agente de mudança. Conquista espaço para compartilhar suas experiências, expressar seus sentimentos e confrontar suas ideias com os adultos. O jovem é estimulado a refletir sobre suas experiências, avaliando as consequências de seus atos. É incentivado a desenvolver sua capacidade de tomar decisões e a fazer suas opções em função disso. A prática de redes resgata e fortalece os recursos disponíveis na comunidade, fortalece os vínculos existentes e cria outros. Promove o sentimento de pertencimento e o processo de filiação. O trabalho preventivo deve possibilitar os jovens a refletir sobre suas possibilidades e limites de se relacionar com as drogas.

Sudbrack [11] propõe a prática de redes sociais, na abordagem comunitária da prevenção ao uso de drogas, para fortalecer vínculos positivos e de confiança para contrapor o processo de exclusão ao qual são submetidos aqueles que se envolvem com o consumo de drogas. O sentimento de pertencimento a um grupo positivo de referência é fundamental, pois atribui identidade às pessoas anteriormente fragilizadas. A prática de redes sociais aposta no potencial humano da família, da comunidade e dos profissionais que se propõem em trabalhar com a dependência química. O potencial dos laços afetivos e das relações de solidariedade é uma arma potencial contra a proliferação da violência, do tráfico e do consumo de drogas.

A oferta de apoio social e emocional por parte de outras pessoas, quando o pai ou a mãe se envolve com uso de drogas, é muito importante para conter a extensão dos danos que podem ser causado à criança, adolescente ou jovem. No caso de haver continuas discussões, briga e violência o impacto será muito maior [9].

Quando adultos, os filhos de pais com problemas com drogas são mais susceptíveis em apresentar baixa autoestima, depressão, ansiedade, comportamento antissocial, dificuldade de estruturar uma família harmoniosa e maior dificuldade em montar estratégias para enfrentar os problemas do cotidiano [9].

4.1- Impacto das drogas nas famílias de baixa renda

Quando falamos de dependência química em famílias negras e pobres a dificuldade de intervenção aumenta em muito. Nessas famílias fica mais evidente a proporção de mulheres como chefe. O ciclo de vida dessas famílias é permeado pelo desemprego ou emprego desqualificado, desnutrição, instabilidade e violência familiar. Essas famílias são extremamente dependentes das ações governamentais para provimento das necessidades básicas de subsistência. Elas vivem em constantes crises e suas capacidades adaptativas são frequentemente levadas acima dos limites humanos. Inseridas num contexto crônico de desemprego, discriminação e privação de suas capacidades, elas são extremamente limitadas para romperem as barreiras que atravessam seus ciclos de vidas. Quando encaminhadas aos serviços de saúde mental essas famílias apresentam múltiplos e complexos problemas que limitam absurdamente a atuação do profissional [12]. Certamente essas famílias vão necessitar de um conjunto bem maior de dispositivos assistenciais para enfrentar o problema.

As famílias de classe mais baixa encontram-se sujeitas a súbitas mudanças estruturais devido às pressões ambientais como perda de emprego, separação dos pais, gravidez precoce, tragédias naturais ou provocadas. O impacto disso pode ser muito maior na família pobre que vai exigir de seus membros respostas que não estão preparados para dar (por exemplo, os filhos pequenos terem que supervisionar a si mesmos pela necessidade de sobrevivência da mãe, que terá que trabalhar). Essa prematura responsabilidade pode levar a criança a se afastar defensivamente dos cuidadores, tornando difícil para o responsável legal influenciá-la quando entrar na adolescência [13].



Para refletir

Identifique alguns fatores que expõem as famílias à vulnerabilidade social e de saúde física e mental.

Seção 5: Instrumentos das abordagens da família aplicados às famílias de crianças e adolescentes usuários de drogas

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm um papel estratégico na intervenção junto à família por atuarem próximos das mesmas. Acompanhando o cotidiano das famílias as equipes da ESF passam a ser referência para as questões de

saúde, exigindo de toda a equipe um olhar atento para as questões que envolvem a saúde mental de todo o núcleo familiar, principalmente por parte dos agentes comunitários de saúde que realizam as visitas mensalmente.

No primeiro momento é necessário que seja feita uma avaliação precisa da condição da família. As equipes dispõem de alguns instrumentos específicos, mas uma entrevista com a maior parte dos membros da família, garantindo-se a presença do principal responsável, pode oferecer muitas das informações necessárias para ampliar as possibilidades de intervenção. É importante que se tenha as visões de vários membros da família o que pode permitir a identificação de aspectos que revelem dificuldades, conflitos e potencialidades [5].

Equipes da ESF de Minas Gerais têm aplicado um instrumento denominado Escala de Coelho (escala de risco familiar), como estratégia para uma leitura prévia e mais precisa sobre as famílias de seu território de abrangência. As famílias podem ser classificadas entre Risco 1, Risco 2 ou Risco 3 (ou seja, risco leve, moderado ou grave), com base nos critérios de risco identificados na Ficha A (condições de moradia, número de entes etc.).

Com o diagnóstico realizado por meio da aplicação da escala em todas as famílias, a equipe passa a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas por elas. A partir do risco pode redirecionar mais ou menos esforços para determinadas ações com definições de prioridades de intervenções [5].

Exemplo de aplicação/aplicabilidade da Escala de Coelho

A família Mendonça é composta por quatro membros H, X, Y e Z, sendo H acamado, X é dependente de Crack e álcool, Y é cadeirante e Z encontra-se desempregado. Aplicado a Escala de Coelho abaixo para análise de risco da família Mendonça identificou-se que a mesma se encontra no nível de risco R3 (risco grave), logo necessita de maior atenção das equipes de profissionais e uma rede de apoio maior.

QUADRO 1		
Dados da Ficha A do SIAB e escore de pontuação de risco / Classificação das famílias segundo pontuação		
Dados da Ficha A	Escore	
Acamado	3	
Deficiência física	3	
Deficiência mental	3	
Baixas condições de saneamento	3	
Desnutrição (grave)	3	
Drogadição	2	
Desemprego	2	
Analfabetismo	1	
Menor de seis meses	1	
Maior de 70 anos	1	
Hipertensão arterial sistêmica	1	
Relação morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0
Escore total	Classificação de risco	
Escore 5 ou 6	R1	
Escore 7 ou 8	R2	
Maior que 9	R3	

Fonte: Escala de Coelho [14].

O genograma

Outro instrumento utilizado para identificar a composição e relação familiar é o genograma. Os genogramas retratam graficamente a história e o padrão familiar mostrando a estrutura básica familiar, sua composição, seu funcionamento, seus relacionamentos. Preferencialmente deve-se retratar em três gerações avançando no tempo em seu desenvolvimento, do nascimento à morte. Para isso utilizam-se símbolos padronizados para identificar os componentes da família e suas relações. O instrumento é muito utilizado por terapeutas familiares como estratégia para avaliação e intervenção. Algumas equipes da ESF já o empregam para visualização dos agravos de saúde e planejamento de ações [5].

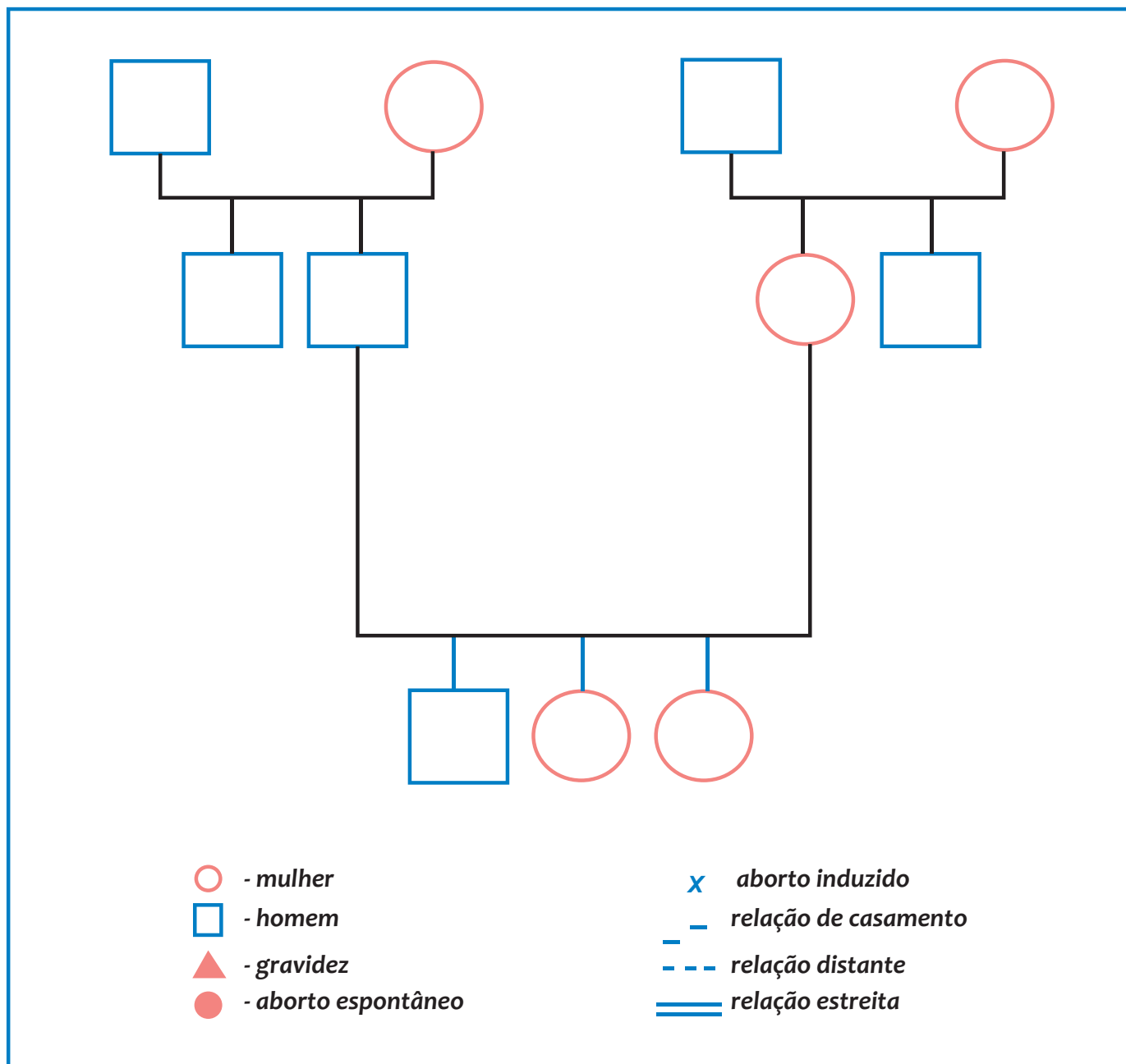














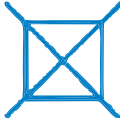


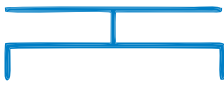




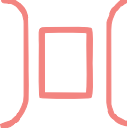
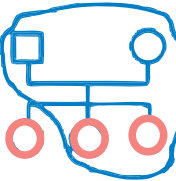


Figura 2: Símbolos do Genograma

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA			
CLIENTE ENTREVISTADO	 	LIGAÇÃO SANGUÍNEA	
HOMEM		LIGAÇÃO NÃO-SANGUÍNEA	
MULHER		LIGAÇÃO DISTANTE	
GRAVIDEZ	 	LIGAÇÃO PRÓXIMA	
ABORTO	  	LIGAÇÃO ESTREITA	
ÓBITO	 	SEPARAÇÃO	
CASAL COM FILHOS		LIGAÇÃO CONFLITUOSA	
GÊMEOS		ADOÇÃO PARA DENTRO DA FAMÍLIA	
GÊMEOS IDÊNTICOS		ADOÇÃO PARA FORA DA FAMÍLIA	
LINHA CONTÍNUA INDICANDO INDIVÍDUOS QUE VIVEM JUNTOS			

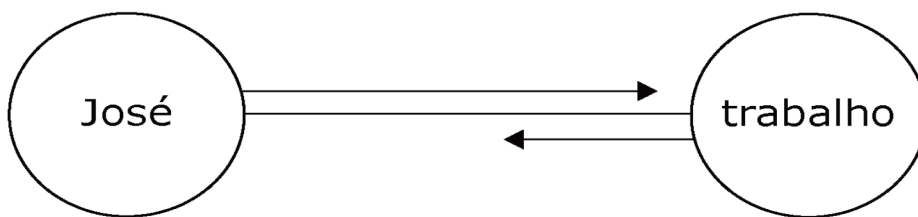
O genograma fornece dados não só para os profissionais de saúde, que avaliam o cuidado que deve ser oferecido à família, mas também para a própria família, que ao visualizar o genograma pode compreender melhor como se encontra organizada. O instrumento é construído na primeira visita ou contato com a família e deve ser revisto quando se quer obter maiores informações. Para se construir o Genograma deve-se fazer uso dos símbolos padronizados para ele ser entendido por todos. Após a escolha dos símbolos, os membros da família devem ser representados em séries horizontais, que significam linhagens de geração. Os indivíduos devem ser representados com nome, idade e outros dados significativos. A visão global fornecida por este instrumento permite compreender a estrutura familiar e os modelos de funcionamento da família, numa perspectiva tanto cronológica quanto dinâmica.

O Ecomapa

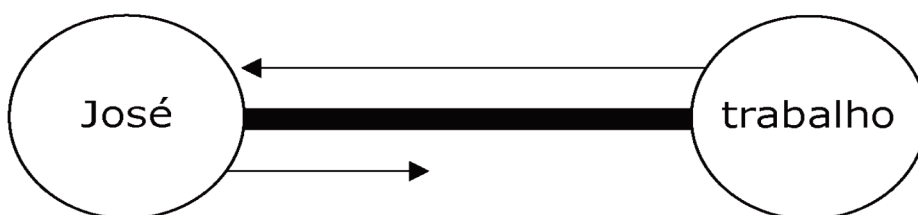
Tal como o genograma, o ecomapa é um dos instrumentos de avaliação familiar, podendo ser utilizado de forma complementar dentro de um prontuário familiar. Enquanto o genograma identifica as relações e ligações no núcleo familiar, o ecomapa identifica as relações e ligações da família e de seus membros com o meio externo. Este instrumento foi desenvolvido em 1975 para ajudar as assistentes sociais do serviço público dos Estados Unidos em seu trabalho com famílias-problema [5].

O ecomapa é uma representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais de fora do grupo familiar, ou seja, de suas relações extra familiares (ambiente de trabalho e comunitários), desenhando o seu “sistema ecológico”. Identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, revelando a sua rede de apoio social. O ecomapa destaca três diferentes dimensões para cada ligação, a primeira se refere à força, a segunda ao impacto e a terceira à qualidade da ligação:

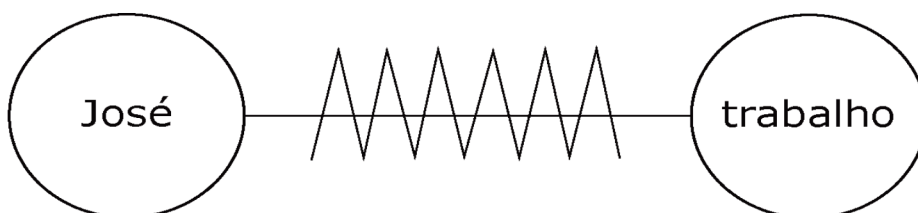
1. Força da ligação (fraca; tênue/incerta; forte);
2. Impacto da ligação (sem impacto; requerendo esforço/energia; fornecendo apoio/energia);
3. Qualidade da ligação (estressante ou não).



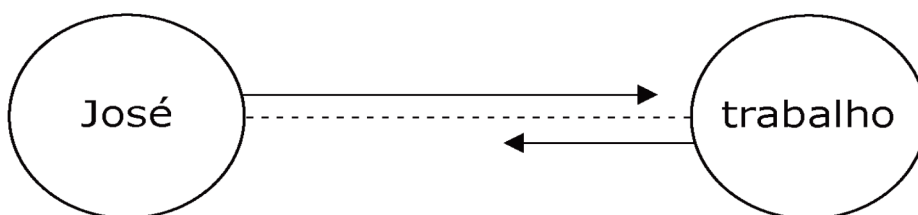
Relação fraca, requiere esforço/energia
Não compensadora
Não estressante



Relação forte
Fornece apoio/energia
Compensadora
Não estressante



Relação fraca
Sem impacto na energia/recursos
Estressante



Relação tênue/incerta
Equilibrada (entre o apoio e o esforço)



Para praticar

Simule um caso em que você possa aplicar pelo menos um dos instrumentos apresentados de forma que você possa identificar as possibilidades de intervenção na família. Redija um parecer e indique essas possibilidades.

Seção 6: Estudo de casos de família de crianças e adolescentes usuários de drogas

A seguir demonstramos, através de relato de casos, a experiência de famílias que se encontram em situação de exclusão social, abandono, carências básicas, como moradia, agasalho, alimentação, e cuja realidade é atravessada pelos problemas decorrentes do uso arriscado de drogas. Vale ressaltar que aqui são usados nomes fictícios.

Caso I

Joana, 35 anos, morou com a mãe e seis irmãos durante a sua infância. A relação familiar era desprovida de cuidado. Joana era exposta à violência por parte da mãe e dos irmãos mais velhos. A mãe era alcoolista e seus irmãos mais velhos usavam drogas. Isso motivou o primeiro contato de Joana com as drogas. O uso de drogas no espaço da casa era comum em meio à extrema pobreza da família.

A relação com a mãe e os irmãos era fragilizada de afeto e carinho. Aos sete anos de idade Joana foi expulsa de casa por sua mãe e fez da rua seu principal local de vivência e moradia. Como estratégia de sobrevivência, catava latinhas e pedia comida. O uso das drogas lhe ajudava a lidar com seus medos, suas dores, e também com a fome. Não frequentou a rede de ensino, mas também não encontrou motivos para fazê-lo.

Atravessou a adolescência como moradora de rua e, sem ser cuidada, na rua teve seus filhos. Também não aprendeu a cuidar. Seu primeiro filho, logo ao nascer, teve a rua como abrigo. Esse viveu sua infância ao lado da mãe, presenciando o comportamento dela sob efeito do álcool e outras drogas.

Há sete anos Joana conseguiu um companheiro que lhe ofereceu casa e comida, graças à função de pedreiro que exerce com vínculo trabalhista. Quando sua segunda filha nasceu ela não estava mais nas ruas, mas isso não a impediu de alternar as ruas e a casa como moradas (ainda grávida passava períodos na rua, usando drogas, e períodos em casa).

Seus filhos foram encaminhados para abrigos em função do estilo de vida adotado por ela. O mais velho fugiu do abrigo e retornou para junto da mãe, e a mais nova permanece no abrigo. Joana relata estar há nove meses abstinente e luta para não ter recaídas, pois tem a intenção de recuperar a guarda de seus filhos.

Caso II

Renata, 17 anos, saiu de casa aos doze anos e foi morar na rua aonde fazia uso de drogas. Ainda adolescente, relata que a relação com a mãe sempre foi conflituosa. Queixa-se que sempre cuidou de seus irmãos mais novos e da casa, mas sua mãe nunca reconheceu os seus esforços. Por viver em situação de rua Renata foi abrigada diversas vezes em centros de apoio, mas não permaneceu. Evadia da instituição todas as vezes, logo após dar entrada.

Na última passagem pela instituição encontrava-se grávida, mas isso não a impediu de fugir. Atualmente vive com seu namorado sem endereço fixo, hora aqui, hora ali.

Renata tem mais cinco irmãos, que moram com sua mãe. Seus irmãos encontram-se na escola, condicionalidade para que recebam o bolsa família. Sua mãe não estudou e tem histórico de alcoolismo, apesar de atualmente afirmar estar abstinente.

Caso III

Rosa, 25 anos, mãe solteira, tem dois filhos de pais diferentes: um de sete e outro de 12 anos. Atualmente Rosa tem um namorado que tem problemas com drogas. A família de Rosa está sendo acompanhada pelo Conselho Tutelar, frente a uma denúncia de que seu filho mais velho estava sofrendo abuso sexual. O abuso estava ocorrendo por parte de colegas de escola e, segundo Rosa, eles ameaçavam seu filho caso contasse o fato a alguém. Rosa, temendo que o filho fosse vitimizado ainda mais pelos companheiros, solicitou a transferência do filho para outra escola.

Ao se aprofundar no caso o Conselho Tutelar descobriu que o menino é vítima de abuso sexual e que já faz uso de drogas. Ele admitiu gostar um pouco dos contatos sexuais, fato que deixou sua mãe extremamente furiosa e, por isso ela começou a espancá-lo.

Refletindo sobre os casos

Os casos acima descritos retratam situações de famílias extramente pobres com alta vulnerabilidade social, mas ainda assim é possível perceber o sentimento de efetividade a despeito das famílias não conseguirem garantir o bem estar físico dos seus membros, sobretudo no período da infância e da adolescência.

É importante destacar que a capacidade de afeto, cuidado e proteção dos grupos familiares está condicionada à qualidade de vida que os membros têm no contexto social em que estão inseridos. Nesse sentido as famílias de camadas populares mais baixas encontram-se fragilizadas no provimento de cuidado, proteção e afeto. Daí a necessidade de políticas públicas, que incluam a ideia de totalidade, voltadas para as famílias brasileiras.

Estudos comprovam que mulheres jovens em situação desfavoráveis, brancas ou negras, apresentam maior disposição de terem filhos em idade precoce e serem mães solteiras.

Ter filho fora do casamento na adolescência tem relação direta com a pobreza. Assim, uma mulher pobre tende a passar pelo ciclo de vida em idade diferente de uma mulher de nível social maior. Em geral, quando nasce uma criança fora do casamento ela, ou fica sob os cuidados dos avós materno, ou a mãe se obriga a constituir uma família e lhe é acrescentado um marido/padrasto. Deve-se considerar que as famílias de baixa renda sofrem maiores pressões ambientais, sendo o duro ambiente da pobreza uma possível causa do distúrbio familiar [12].

As famílias dos casos acima podem apresentar indicadores de possíveis fatores de risco para a consolidação do uso arriscado de drogas pelos seus membros, dentre eles: consumo de drogas pelos pais, dificuldades em supervisionar a educação dos filhos ensinando-os regras de comportamento adequado, conflitos familiares, atitudes parentais favoráveis ao uso de drogas, baixas expectativas em relação a um futuro bem sucedido para os filhos e abuso físico.



Para praticar

A partir da exposição dos casos e da reflexão sobre os mesmos identifique as possíveis intervenções e encaminhamentos.

Momento da autoavaliação daquilo que você conseguiu aprender:

1. Você sabe explicar para alguém por que as diversas mudanças no modelo de família nos levam a repensar a definição de família? Você sabe definir família considerando essas mudanças?
2. Você sabe descrever pelo menos um dos fatores que explicam as mudanças significativas que transformaram a família na atualidade?
3. Você sabe definir ciclo de vida da família e explicar a sua importância quando é planejada a intervenção na família?
4. Você sabe enumerar pelo menos dois dos ciclos de vida das famílias de classe popular?
5. Você saberia orientar um usuário do seu serviço sobre como o ciclo de vida da família dele pode estar sendo perturbado por problemas decorrentes do uso arriscado de drogas de um membro?
6. Você sabe dizer o que há de especial na função dos vínculos no sistema social denominado de família?
7. Você sabe explicar por que proteção e risco para o uso de drogas são duas facetas da família?
8. Você se sente seguro(a) para aplicar um dos instrumentos de abordagem da família ensinados neste capítulo? Sabe dizer a importância desse instrumento para a sua atividade profissional?
9. Pense numa família atendida no seu serviço ou encaminhada pelo serviço a outro serviço. Você saberia analisar essa família considerando pelo menos um dos seguintes tópicos: ciclo de vida, fatores de risco para uso de drogas, dinâmica familiar afetada pelo uso de drogas.
10. Considerando uma escala de 0 a 10, sendo zero “aprendi nada” e 10 “aprendi tudo”, que nota você atribuiria para a sua aprendizagem?



Referências

1. MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para debate. **Serviço social & Sociedade**, São Paulo, v.18, nº55, p.114-130, Nov. 1997.
2. PRADO, Danda. **O que é família**. 7ª edição. São Paulo: Abril Cultura: Brasiliense, 1985.
3. CARVALHO, D. B. B.; SUDBRACK, F. O.; SILVA, M. T. **Crianças e adolescentes em situação de rua e consumo de drogas**. Brasília: Plano Editora, 2004.
4. DITTERICH, R.G.; GABARDO, M. C.; MOYSÉS, S. J. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. *Saúde Soc. São Paulo*, v.18, n.3, p.515-524, 2009.
5. SCHLITHLER, Ana Cristina Belizia; CERON, Mariane; GONÇALVES, Daniel Almeida. *Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial*. Especialização em Saúde da família. Módulo Psicossocial. Unasus/unifesp, 2012.
6. PINSKY, I.; BESSA, M. A. **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto, 2004.
7. CARTER, B. MCGOLDRICH, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. Tradução Maria Adriana Verríssimo Veronese. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
8. KRESTAN, J.A; BEPKO, C. Mentiras, segredos e silêncio: os múltiplos níveis da negação em famílias adictivas. IN: IMBER-BLACK, E. (Org.). **“Os segredos na família e na terapia familiar”**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1994.
9. EDWARDS, G.; MARSHALL, E. J.; COOK, C. C. H.; **O tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais de saúde. Tradução Amarilis Eugênia Fernandes Miazzi. 4ª Edição, Porto Alegre: Artmed, 2005.
10. CINNANTI, C. J. J. ; SUDBRACK, M. F. O. As redes sociais na prevenção da drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua. In: CARVALHO, D. B. B.; SUDBRACK, M. F. O.; SILVA, M. T. **Crianças e adolescentes em situação de rua e consumo de drogas**. Brasília: Plano Editora, 2004.
11. SUDBRACK, M. F. O. Abordagem comunitária e redes sociais: um novo paradigma na prevenção da drogadição. In: CARVALHO, D. B. B.; SUDBRACK, M. F. O.; SILVA, M. T. **Crianças e adolescentes em situação de rua e consumo de drogas**. Brasília: Plano Editora, 2004.
12. HINES, P. M. O Ciclo Familiar nas famílias negras e pobres. In: CARTER, B. MCGOLDRICH, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. Tradução Maria Adriana Verríssimo Veronese. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
13. FULMER, R. H. Famílias de baixa renda e famílias com formação profissional: uma comparação da estrutura e do processo de Ciclo de Vida. In: CARTER, B. MCGOLDRICH, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Tradução Maria Adriana Verríssimo Veronese. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
14. COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. **Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Brasil, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.
15. AGOSTINHO, M. **Ecomapa**. Dossier Família. 2007. Disponível em: <<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20071001155345624718.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2013.



CRRESCEs

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES





CRRESCE

Centro Regional de Referência em Crack e outras
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Crack, álcool e outras drogas: ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA A FORMAÇÃO PERMANENTE

Parceria:



Programa de Pós Graduação em
Psicologia - UFES



UFES

SENAD
Secretaria Nacional
de Políticas sobre Drogas

