

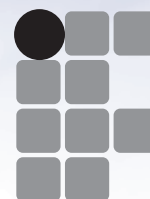


·rede
e-Tec
Brasil

Atendimento Clínico Co-morbidades

Alessandra Andréa da Silva Tetzlaff

Raphael Mestres



**INSTITUTO FEDERAL
PARANÁ**
Educação a Distância

**Curitiba-PR
2014**

Presidência da República Federativa do Brasil

Ministério da Educação

Secretaria de Educação a Distância

© 2014 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA - PARANÁ -
EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

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

Prof. Irineu Mario Colombo
Reitor

Prof. Joelson Juk
Chefe de Gabinete

Prof. Ezequiel Westphal
Pró-Reitoria de Ensino - PROENS

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

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

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

Valdinei Henrique da Costa
**Pró-Reitoria de Planejamento e
Desenvolvimento Institucional - PROPLAN**

Prof. Fernando Amorin
Diretor Geral do Câmpus EaD

Marcos Barbosa
**Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão do
Câmpus EaD**

Prof.^a Érika Pessanha
Coordenadora do Curso

Cláudia Cobalchini
Fernanda Cercal
Coordenação Adjunta

Prof.^a Ester dos Santos Oliveira
Coordenação de Design Instrucional

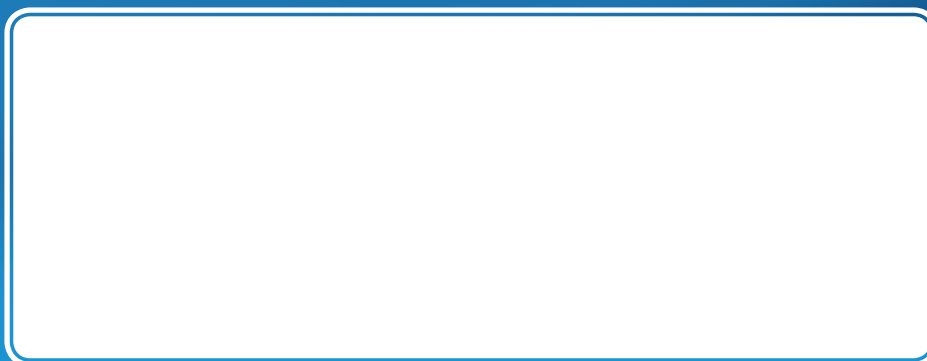
Lídia Emi Ogura Fujikawa
Wanderlane Gurgel do Amaral
Designer Instrucional

Linda Abou Rejeili de Marchi
Isabel Pereira Alves
Revisão

Diego Windmüller
Diagramação

e-Tec/MEC
Projeto Gráfico

Catálogo na fonte pela Biblioteca do Instituto Federal do Paraná



Apresentação e-Tec Brasil

Prezado estudante,

Bem-vindo ao e-Tec Brasil!

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

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

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

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

Nós acreditamos em você!

Desejamos sucesso na sua formação profissional!

Ministério da Educação
Janeiro de 2010

Nosso contato
etecbrasil@mec.gov.br



Indicação de ícones

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



Atenção: indica pontos de maior relevância no texto.



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



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



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



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



Sumário

Palavra dos professores-autores	11
Aula 1 – Uma visão geral das comorbidades e a necessidade da equipe multidisciplinar	13
1.1 Os cinco componentes das dependências químicas.....	13
1.2 Lidando com a totalidade da dependência química.....	15
Aula 2 – Os profissionais da equipe multidisciplinar	17
2.1 A função de cada profissional dentro da equipe.....	17
2.2 A importância da equipe multidisciplinar.....	19
Aula 3 – A hereditariedade nas dependências químicas	21
3.1 O fator genético nas dependências químicas.....	21
Aula 4 – Comorbidades e aspectos biológicos do uso de drogas 25	
4.1 Cocaína e crack.....	25
4.2 Maconha.....	26
Aula 5 – Comorbidades e aspectos biológicos do uso de drogas II	29
5.1 Tabaco.....	29
5.2 Álcool.....	30
5.3 Outras drogas.....	32
5.4 Drogas e DSTs.....	32
Aula 6 – O sistema cerebral de recompensa (SCR)	35
6.1 Tomada de decisão: emagrecer ou comer um chocolate?.....	36
6.2 Sistema límbico: uma questão de sobrevivência.....	37
Aula 7 – O sistema cerebral de recompensa (SCR) e as drogas 39	
7.1 O córtex pré-frontal e as consequências das drogas.....	39
7.2 O sistema límbico e as consequências das drogas.....	40
Aula 8 – A psicologia do dependente químico	43
8.1 O SCR e a infantilização do dependente químico.....	43

8.2 Maturidade e imaturidade emocional.....	44
Aula 9 – A psicologia do dependente químico II.....	47
9.1 A personalidade aditiva.....	47
9.2 As drogas e a regressão da idade mental.....	48
Aula 10 – Psicopatologias: uma visão geral.....	51
10.1 Neuroses.....	51
10.2 Psicoses.....	53
Aula 11 – Psicopatologias: neuroses II.....	55
11.1 Transtornos de humor.....	55
11.2 Transtornos de ansiedade.....	56
Aula 12 – Psicopatologias: psicoses e transtornos relacionados ao uso de substâncias III.....	61
12.1 Esquizofrenia.....	61
12.2 Transtorno delirante.....	62
12.3 Transtornos relacionados ao uso de substâncias.....	63
Aula 13 – A família, sua história e objetivos.....	65
13.1 A família de antigamente e a família de hoje em dia.....	65
13.2 O objetivo da família.....	66
Aula 14 – Os papéis do pai e da mãe dentro da família.....	69
14.1 O equilíbrio dos papéis de pai e de mãe.....	69
14.2 A disfunção do papel de pai.....	70
14.3 A disfunção do papel de mãe.....	71
Aula 15 – Codependência: a comorbidade da família.....	73
15.1 Codependência: o que é?.....	73
15.2 A falta do papel de pai e o excesso do papel de mãe.....	74
15.3 Comportamentos e sentimentos codependentes.....	75
Aula 16 – Influência social: somos moldados pelo ambiente e pelos outros.....	77
16.1 A influência do ambiente.....	77
16.2 A influência dos outros.....	78
Aula 17 – O tráfico de drogas e seu sucesso.....	81
17.1 A organização do tráfico.....	81

17.2 A influência do tráfico.....	83
Aula 18 – O efeito social no dependente químico.....	85
18.1 Os primeiros efeitos no componente social.....	85
18.2 Os lugares e as companhias.....	86
Aula 19 – O componente espiritual das dependências químicas.....	89
19.1 A ausência de sentido.....	89
19.2 A religiosidade como fonte de sentido.....	90
Aula 20 – Componente espiritual: encontrando um sentido.....	93
20.1 Através de um trabalho.....	94
20.2 Através do amor.....	94
20.3 Pela atitude que tomamos frente a um sofrimento inevitável.....	95
Aula 21 – A porta de entrada para o tratamento: a família.....	97
21.1 A motivação inicial: crise.....	97
21.2 Intervenção antes do tratamento.....	98
21.3 Exemplos de comportamentos para a família adotar.....	99
Aula 22 – Avaliação das comorbidades psiquiátricas.....	101
22.1 Relação entre transtornos mentais e consumo de drogas.....	101
22.2 Dificuldades na avaliação das comorbidades.....	102
22.3 A avaliação para um encaminhamento adequado.....	103
Aula 23 – Gerenciamento de caso: fazendo a diferença.....	105
23.1 Características do gerenciamento de caso.....	105
23.2 O gerente de caso.....	106
Aula 24 – Reabilitação profissional.....	109
24.1 Objetivos e desafios da reabilitação profissional.....	109
24.2 Preparação profissional.....	110
24.3 Acompanhamento profissional e os obstáculos.....	111
Aula 25 – Entre o social e o espiritual.....	113
25.1 Autoestima e forças pessoais.....	114
25.2 Descobrimo as forças pessoais.....	114

Aula 26 – Espiritualidade e religiosidade	117
26.1 Esperança.....	117
26.2 O nascimento da esperança.....	118
26.3 Os grupos que cumprem essa função.....	119
Aula 27 – Redução de danos	121
27.1 A origem da redução de danos e seu público-alvo.....	121
27.2 A redução de danos em outros países.....	122
27.3 Ações de redução de danos.....	123
Aula 28 – Prevenção	125
28.1 Evolução histórica das propostas de prevenção.....	125
28.2 Os outros componentes na prevenção.....	127
Aula 29 – Prevenção II	129
29.1 Princípios dos modelos mais atuais.....	129
29.2 A realidade do público.....	130
29.3 Atividades práticas.....	130
29.4 Criatividade.....	131
Aula 30 – Comorbidades e possibilidades de atuação	133
30.1 Suprindo necessidades.....	133
Referências	136
Referências das figuras	139
Atividades autoinstrutivas	142
Currículo dos professores-autores	154

Palavra dos professores-autores

Querido aluno,

É um privilégio termos a oportunidade de conversar com você sobre o tema comorbidades, pois isso significa que poderemos passear juntos por muitos conhecimentos que vão além das drogas, e que nos mostram o que torna as dependências químicas tão complexas e tão imprevisíveis.

Não falamos de comorbidades somente como sendo as doenças físicas e psicológicas que ocorrem nas dependências químicas, mas sim de todos os problemas que estão relacionados ao uso de drogas, desde as doenças até os problemas espirituais, familiares e sociais, que influenciam o processo de adoecimento e recuperação do dependente químico.

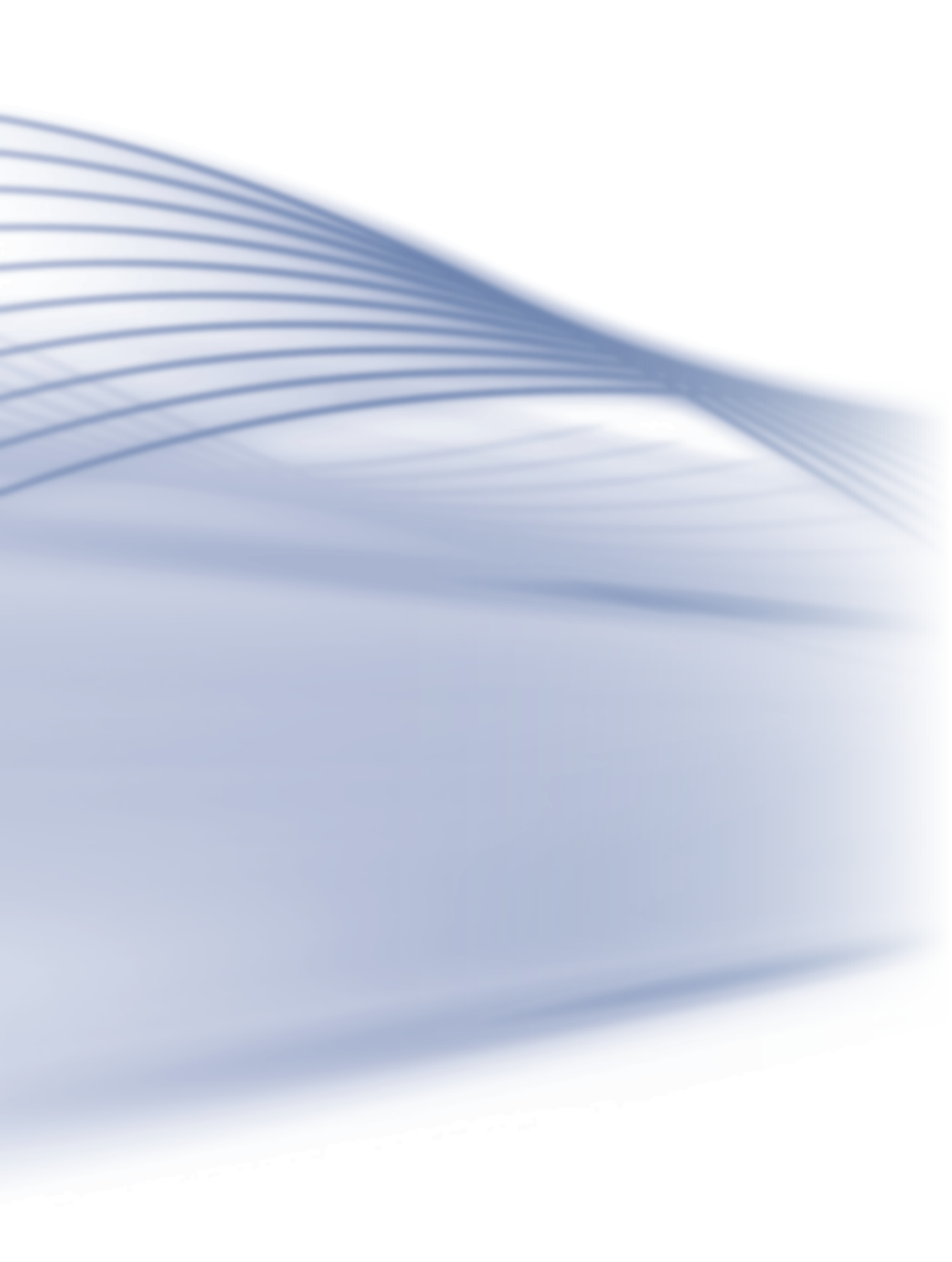
Sendo assim, nesta nossa caminhada poderemos “beber” do conhecimento de outras áreas para nos aprofundarmos nas dependências químicas.

Da nossa parte, daremos o nosso máximo para fazer valer o tempo que você está dedicando para este estudo, e esperamos contribuir verdadeiramente para que sua atuação, nessa área tão complexa, seja cada vez mais produtiva.

Que a sua sede de aprender nunca seja saciada!

Um grande abraço,

Professores Alessandra e Raphael



Aula 1 – Uma visão geral das comorbidades e a necessidade da equipe multidisciplinar

Nesta aula, apresentaremos o panorama geral das comorbidades envolvidas na dependência química que serão estudadas ao longo das aulas seguintes. Veremos também como elas estão relacionadas com a necessidade de uma equipe multidisciplinar para o maior sucesso de um programa de reabilitação.

A falta de conhecimento sobre as dependências químicas é o que leva alguns profissionais a acharem, equivocadamente, que sua intervenção isolada, sem a cooperação de outros profissionais, pode ser suficiente para “livrar” alguém das drogas. Dada a complexidade da doença, apenas uma área do conhecimento não é suficiente para promover um tratamento eficaz. Todos os problemas que estão envolvidos nas dependências químicas, que chamaremos de **comorbidades**, tornam necessária a existência de uma equipe multidisciplinar para o processo de reabilitação.

1.1 Os cinco componentes das dependências químicas

Grande parte dos profissionais que trabalham na área de reabilitação sabe que a dependência química é uma doença, e que não tem nada a ver com falta de caráter ou “sem-vergonhice” (DRUMMOND & FILHO, 1998). No entanto, poucos deles compreendem a real complexidade dela.

Para você ter uma ideia, pode-se dizer que uma doença como o câncer, por exemplo, possui um componente biológico e, muitas vezes, um componente psicológico. Bem como a esquizofrenia possui, de forma visível, componentes psicológicos, familiares e biológicos. Nessa mesma linha de raciocínio, a dependência química, no entanto, consegue atingir uma complexidade ainda maior. Ela apresenta claramente cinco componentes: biológico, psicológico, familiar, social e espiritual, além de ser uma doença incurável, progressiva e fatal (AFORNALI & MESTRES, 2011).

A-Z

Comorbidades

“transtornos” (problemas comportamentais e psicológicos que diferem da normalidade), “doenças” (bem definidas como entidades clínicas) adicionais relacionadas ao uso de drogas.

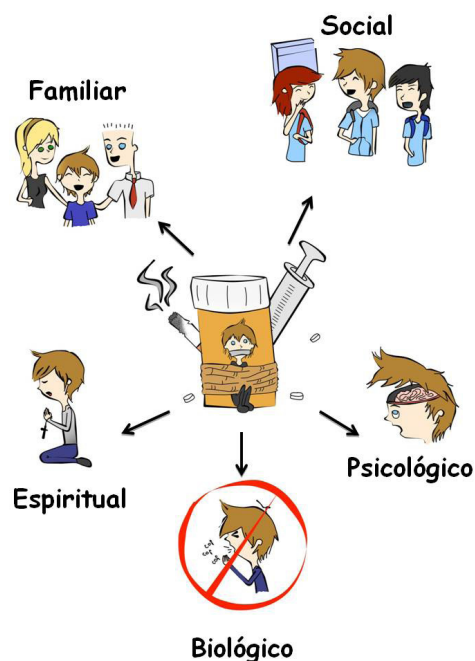


Figura 1.1: Os cinco componentes das dependências químicas.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Ao longo das aulas aprofundaremos em cada um desses itens e nas implicações da complexidade da dependência química para o processo de reabilitação. Você terá a partir de agora uma noção geral do que significa cada um deles. Vejamos:

- a) Componente biológico:** a droga afeta o funcionamento do cérebro do usuário e, muitas vezes, também gera problemas físicos, como por exemplo, pressão alta ou câncer de pulmão.
- b) Componente psicológico:** o dependente químico passa por um processo de infantilização e imaturidade emocional. Abre mão das suas responsabilidades, e passa a apresentar cada vez mais dependência relacional das pessoas com quem convive que, normalmente, são seus pais.
- c) Componente familiar:** os pais e a família passam a abandonar as próprias vidas para cuidar e controlar o dependente químico, adoecendo junto com ele num processo chamado de codependência.
- d) Componente social:** as companhias e os lugares frequentados pelo usuário de drogas vão sofrendo alterações, conforme ele adoce e, futuramente, servirão como razão de recaída para o dependente em recuperação. Neste componente também entra a organização do tráfico de drogas, como uma empresa que vai fazer de tudo para obter clientes e ampliar seu negócio.

- e) **Componente espiritual:** conforme o dependente adocece, ele vai se afastando de encontrar e realizar um sentido para sua vida e sente uma enorme lacuna existencial. É pela recuperação deste componente que muitos conseguem consolidar sua recuperação ao encontrar um sentido para a vida, seja em alguma religião, ou através de algum talento que o transforme em alguém com grande utilidade para os outros.

1.2 Lidando com a totalidade da dependência química

Você poderia perguntar “mas qual a importância de termos em conta esses cinco fatores”?

A principal importância disso é que num programa de reabilitação é fundamental que cada um desses componentes seja tratado, e isso exige a utilização de medicamentos, psicoterapia, atendimento familiar, mudanças sociais e a busca de sentido durante e após a reabilitação. E aqui entra a necessidade de uma equipe multidisciplinar, pois apenas um profissional ou uma área do conhecimento sozinha não dá conta de atender todas as necessidades que um tratamento completo possui (RIBEIRO & LARANJEIRA, 2012).

Vamos imaginar um programa de reabilitação que consiste apenas na prescrição de medicamentos, na utilização da psicoterapia e de grupos de **AA** ou **NA**. Este tratamento estaria se ocupando dos aspectos biológico, psicológico e espiritual da doença. Pode ser que este seja um programa bem sucedido para alguns. No entanto, a probabilidade de recaída aumenta a cada componente que não é trabalhado, neste caso, o familiar e o social.

A partir disso, podemos observar que não é suficiente que o dependente químico vá apenas ao psicólogo, ou apenas ao psiquiatra, ou apenas aos grupos de AA ou NA, mas que utilize esses e outros recursos em conjunto.

Claro que existem casos de pessoas que obtiveram sucesso na recuperação com apenas um desses recursos, assim como existem casos em que o dependente parou de usar drogas e reconstruiu sua vida por conta própria sem o auxílio de nenhum deles. Mas aqui estamos falando de um programa de reabilitação que vai englobar todas as possíveis comorbidades, e aumentar ao máximo as chances de sucesso do dependente no seu processo de recuperação, caso o programa seja seguido por completo.



A-Z

AA

Alcoólicos Anônimos. Comunidade, com caráter voluntário, de homens e mulheres que se reúnem para alcançar e manter a sobriedade através da abstinência total de ingestão de bebidas alcoólicas.

NA

Narcóticos Anônimos. Sociedade sem fins lucrativos, de homens e mulheres para quem as drogas se tornaram um problema muito grave, com o objetivo de atingir a total abstinência de todas as drogas.

Resumo

Nesta aula, vimos de forma introdutória os cinco componentes das dependências químicas que devem ser considerados em um processo de recuperação. As comorbidades a serem tratadas na reabilitação se manifestam justamente nestes cinco componentes. Visto isto, pudemos deduzir e entender a necessidade de se ter uma equipe multidisciplinar para a abordagem do dependente químico.



Atividade de aprendizagem

- Considerando que a dependência química é uma doença, quais são os componentes afetados por ela? Descreva como eles são afetados.

Aula 2 – Os profissionais da equipe multidisciplinar

Visto a importância de uma equipe multidisciplinar em um programa de reabilitação, nesta aula veremos algumas características desta equipe, tais como os profissionais que a compõem e a relação ideal entre cada um.

Um tratamento completo para as dependências químicas, principalmente nos casos de internamento, deve envolver os seguintes profissionais: médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro e terapeuta ocupacional. Dependendo das atividades propostas pelo programa, podem estar envolvidos também profissionais de fisioterapia, voluntários que trabalhem a questão espiritual e até advogados, quando existem questões legais envolvidas (AFORNALI & MESTRES, 2011).

Qualquer indivíduo pode prestar serviço de voluntariado no Brasil, mas existem alguns critérios para serem aceitos na instituição, tais como: seleção, entrevista, análise de antecedentes e treinamentos. Este tipo de trabalho não é remunerado.

2.1 A função de cada profissional dentro da equipe

Para que você entenda melhor o papel de cada profissional, vejamos quais as atribuições de alguns deles no caso do tratamento da dependência química.

É sempre importante que o dependente químico passe pela avaliação de um **médico psiquiatra**, especialista em dependências químicas, para verificar as possíveis comorbidades psiquiátricas que o dependente possui, e saber qual medicação é a mais adequada para ele. A medicação, em geral, serve para atenuar os **sintomas de abstinência** e tratar as comorbidades existentes.



Acesse o portal de vagas presenciais e online sobre voluntariado que está disponível no endereço: <http://voluntariosonline.org.br>



Abstinência

é o ato de se privar de algo ou alguma coisa. Ex.: Parar de beber.

Sintomas de abstinência

é o conjunto de modificações orgânicas que aparecem devido à suspensão brusca do consumo da droga geradora de dependência.

O **psicólogo**, na maioria das vezes, vai trabalhar com o paciente as questões emocionais envolvidas no processo de recuperação, a capacidade de lidar com frustrações e os gatilhos que levam o paciente ao uso de drogas. Muitas vezes, pode realizar o acompanhamento da família do dependente químico também.

O **assistente social** normalmente é o responsável por fazer o contato com a família do dependente durante o tratamento, e orientá-la sobre o papel dela na recuperação. Este profissional é responsável por encaminhar a família a outros profissionais ou grupos de mútua ajuda, quando julgar necessário, e pela reinserção social do dependente químico após o tratamento.

Os profissionais de **enfermagem e terapia ocupacional** comumente são os que passam a maior parte do tempo com os dependentes químicos em recuperação, e são os responsáveis por coordenar o dia a dia deles, desde ministrar a correta dosagem de medicamento para cada paciente até regular a rotina diária das atividades deles.



Figura 2.1: Equipe multidisciplinar.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Quando cada um desses profissionais cumpre a sua função, conhecendo sobre as ações dos outros profissionais e se capacitando na área de dependências químicas, é possível desenvolverem objetivos em comum. Assim, teremos uma equipe multidisciplinar.

2.2 A importância da equipe multidisciplinar

É importante reforçar que a equipe multidisciplinar não é apenas um grupo de profissionais de diferentes áreas, pois o conceito de grupo não pressupõe nenhum ponto em comum entre eles. Uma **equipe**, no entanto, exige que exista boa comunicação, conhecimentos e objetivos em comum.

Essa questão da equipe é relevante devido a um dos principais sintomas das dependências químicas: a manipulação exercida pelo dependente químico. Aqui cabe ressaltar que a manipulação é um sintoma do uso de drogas e não tem relação com o caráter do sujeito (AFORNALI & ARAÚJO, 2007). Isso quer dizer que qualquer um que comece a usar drogas e desenvolva a dependência química, vai se tornar manipulador, devido à doença que vai se instalando.

O que muitas vezes se observa nos tratamentos é que o dependente químico, através da manipulação, consegue fazer com que tanto os profissionais quanto a família entrem em discordância, e passem a se preocupar mais com suas diferenças do que com o tratamento dele, dando o motivo que ele precisava para desistir do tratamento, e voltar a usar drogas. Assim ele encontra uma desculpa e culpados para o insucesso do tratamento.

Por isso, é importante que os profissionais não trabalhem isoladamente, mas que um comunique ao outro as ações que tomou com relação a cada paciente, e que tenham conceitos e conhecimentos em comum sobre as dependências químicas, seja por cursos de formação, seja por reuniões entre eles, para que estejam alinhados com relação aos objetivos do tratamento.

Esta seria a situação ideal de um programa de reabilitação: profissionais de diferentes áreas com capacitação em dependência química atendendo os pacientes, e trabalhando como uma equipe, cada um sabendo das ações e objetivos uns dos outros.

Resumo

Nesta aula, vimos que numa equipe multidisciplinar para o tratamento das dependências químicas devem estar envolvidos profissionais de psiquiatria, psicologia, serviço social, enfermagem e terapia ocupacional, capacitados em dependências químicas. E que é de fundamental importância que cada

profissional saiba das ações dos outros profissionais da equipe e que todos estejam alinhados quanto aos conhecimentos sobre dependências químicas e quanto aos objetivos do tratamento.



Atividade de aprendizagem

- Procure na sua cidade um local que realiza tratamento para dependentes químicos, e cite quais são os profissionais que fazem parte da equipe multidisciplinar. Aproveite, a partir dos conceitos trabalhados nesta aula, para apontar os aspectos positivos e negativos do trabalho desse grupo, no programa de recuperação proposto neste local.

Aula 3 – A hereditariedade nas dependências químicas

Nesta aula, começaremos a conversar sobre o componente biológico das dependências químicas, iniciando com um tema bastante polêmico na área: a hereditariedade da dependência química. Você conhecerá não apenas o que já foi descoberto sobre a influência da genética no desenvolvimento desta doença, como também algumas considerações importantes para a discussão do tema.

É de extrema importância conhecer o aspecto biológico das dependências químicas quando estamos falando tanto de prevenção quanto tratamento, pois, assim como os outros componentes, o aspecto biológico pode ser igualmente o desencadeador da doença, como pode ser um componente bastante afetado pelo desenvolvimento dela.

Existem estudos que apontam para o envolvimento de fatores genéticos no desenvolvimento das dependências químicas (BAU, 2002; MESSAS 1999; MESSAS & FILHO, 2004), e saber disso facilita identificar as pessoas que têm maior risco de desenvolver a doença, para assim trabalhar de forma mais assertiva na prevenção.

Quanto ao tratamento das dependências químicas, é importante que as comorbidades físicas do uso de drogas sejam tratadas adequadamente, através de medicação e cuidados com a saúde, do contrário, elas servem como uma das portas de entrada para a recaída do dependente que está em tratamento.

3.1 O fator genético nas dependências químicas

O estudo do fator genético nas dependências químicas é feito através da observação do desenvolvimento da doença em pessoas da mesma família, em **gêmeos monozigóticos**, e em filhos adotivos cujos pais biológicos apresentavam o problema. Quando é observada uma maior **prevalência** da doença no público estudado do que na população em geral, é possível afirmar que existe a influência genética no desenvolvimento das dependências químicas.

A-Z

Gêmeos monozigóticos

referem a irmãos idênticos ou univitelinos. Isso ocorre quando somente um óvulo produzido é fecundado por um único espermatozoide, e que no início da gestação, o óvulo fecundado (ovo) se divide em duas cadeias de células completas tendo o mesmo genoma, mas as impressões digitais são diferentes.

Prevalência

refere ao termo de força ou frequência da doença na população estudada, podendo ser considerada como uma doença comum ou rara.

A-Z

Probabilidade

refere a possíveis eventos futuros dependendo dos fenômenos existentes, esta probabilidade pode ser previsível ou imprevisível.

Segundo o estudo feito por Messas & Filho (2004), a dependência do álcool ocorre 3 a 4 vezes mais em parentes de primeiro grau de alcoolistas, do que na população em geral. De acordo com o mesmo estudo, existe uma **probabilidade** de 40% a 60% maior da doença se manifestar em gêmeos monozigóticos; e ocorrem mais casos de dependência química entre filhos biológicos de dependentes químicos do que entre filhos de pessoas saudáveis, mesmo que ambos cresçam no mesmo ambiente, no caso de adoção.



Figura 3.1: O fator genético das dependências químicas.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Esses estudos nos permitem afirmar que existe um componente hereditário na origem do abuso ou dependência de álcool e drogas, reforçando a existência do aspecto biológico das dependências químicas, manifestado tanto nas consequências da doença como também na sua origem.

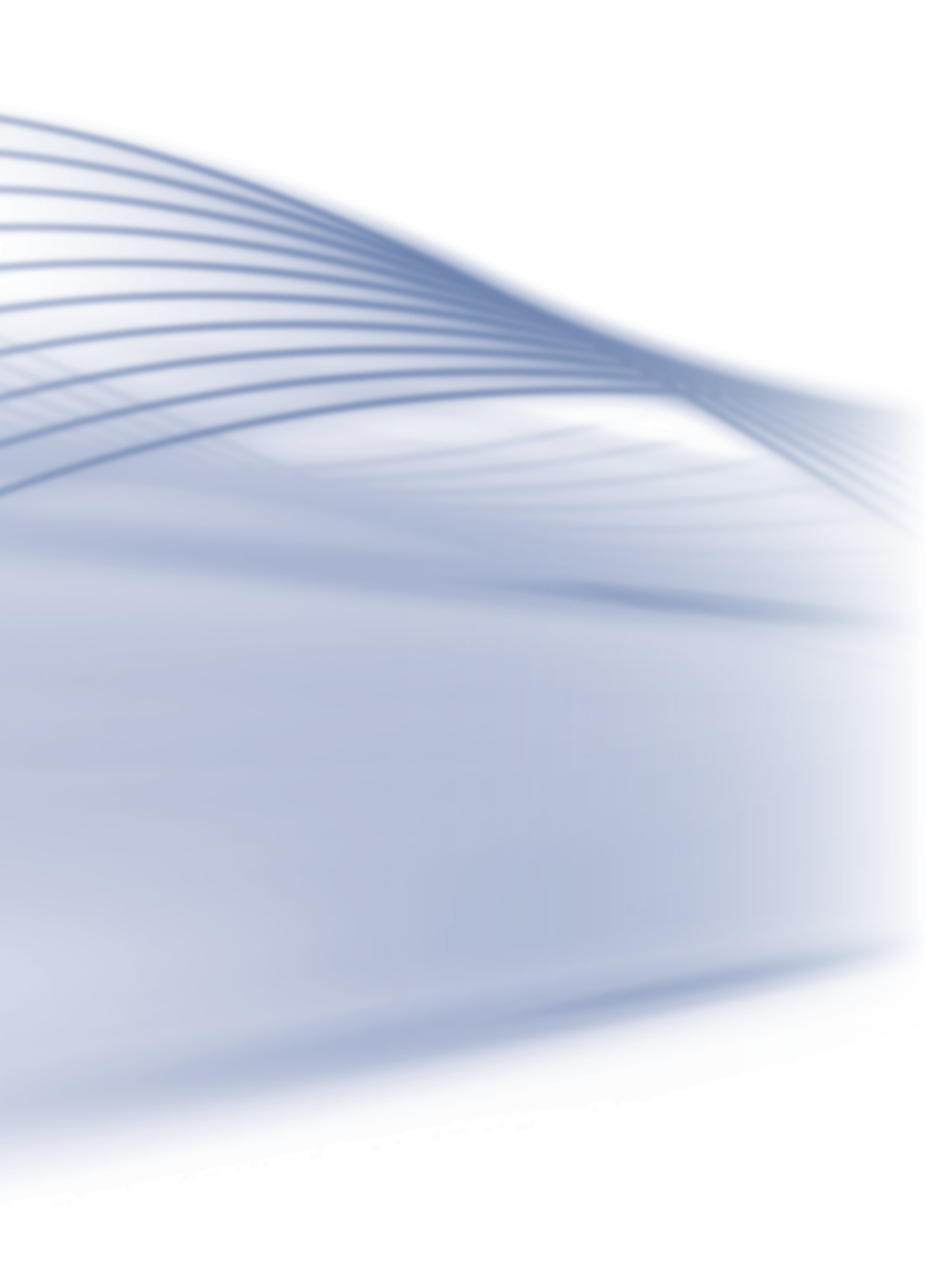


É importante reforçar que a dependência química é muito mais complexa do que uma simples característica hereditária, e não é determinada apenas por aspectos genéticos, apesar de fazerem parte da sua complexidade.



Nesta reportagem veremos informações sobre o que é o vício e formas de tratamento. Acesse o link: <http://veja.abril.com.br/idade/exclusivo/drogas/>

Portanto, quando alguém lhe fizer uma pergunta do tipo “a dependência química é uma doença hereditária?”. Cuidado ao responder, é preciso deixar claro que existe sim um componente biológico que indica a hereditariedade da doença, mas que junto com o componente biológico existem outros quatro componentes que contribuem para que a doença se instale.



Aula 4 – Comorbidades e aspectos biológicos do uso de drogas

Nesta aula, começaremos a estudar outro aspecto do componente biológico das dependências químicas: os problemas físicos decorrentes do uso de drogas. Neste capítulo abordaremos as comorbidades físicas que ocorrem com o uso de cocaína, crack e maconha.

O uso de drogas pode causar os mais variados tipos de complicações orgânicas no corpo. No entanto, parece que estas complicações não são o principal foco de atenção dos estudiosos, uma vez que é muito pequena a quantidade de estudos realizados sobre o tema. A maioria das publicações e pesquisas é voltada para outros aspectos das dependências químicas como o psicológico, o familiar, o social e o espiritual.

Imaginamos que isso se deva ao fato de que o diagnóstico e tratamento dos problemas orgânicos causados pelo uso de drogas coincidam com o diagnóstico e tratamento destes mesmos problemas quando não possuem relação com drogas. Por exemplo, uma possível parada respiratória causada pelo uso de cocaína ou crack é identificada e tratada da mesma forma que uma parada respiratória causada por arritmia cardíaca.

Sendo assim, fica claro que esta é uma área de domínio médico e que a nós cabe saber sobre as complicações que as drogas podem vir a causar, apenas com o intuito de advertir os desavisados sobre o tema, e de considerar a hipótese do abuso de drogas como a possível causa de um problema de saúde com o qual podemos nos deparar enquanto profissionais.

4.1 Cocaína e crack

A cocaína e o crack, assim como outras drogas estimulantes, se distribuem por todo o corpo, atingindo maiores concentrações no cérebro, baço, rins e pulmões. Por isso, as possíveis complicações orgânicas advindas dessas drogas são de grande extensão, atingindo praticamente todos os sistemas do corpo. Segundo Bordin, Fligie & Laranjeira (2010), dentre as principais sequelas deixadas por estas drogas estão:

A-Z

Arritmia

refere-se às alterações rápidas ou lentas do batimento cardíaco, modificando o padrão de ritmo ou frequência.



Para saber a diferença do oxi, crack e cocaína, acesse o *link*: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2011/04/saiba-diferenca-entre-oxi-crack-e-cocaina.html>.



Leia atentamente o interessante e longo texto sobre a verdade a respeito da maconha. Afinal, ela faz ou não mal a saúde? Então, acesse: <http://super.abril.com.br/ciencia/verdade-maconha-443276.shtml>

A-Z

Funções cognitivas

referem-se ao processo de conhecer e reconhecer a atividade cerebral. As funções cognitivas interagem sobre si para resolver problemas situacionais, para isso utilizará as funções de percepção, atenção, memória, linguagem e executivas.

- Hipertensão e **arritmia**, podendo levar ao infarto;
- Convulsões e hemorragia cerebral;
- Anorexia e má nutrição;
- Rinite crônica;
- Problemas graves no aparelho urinário;
- Deterioração das funções pulmonares. .

4.2 Maconha

É a droga que mais causa controvérsias, tanto entre o público leigo, quanto entre especialistas. É a única droga pela qual existe luta pela legalização, e a única droga ilegal que alguns lugares permitem seu “uso medicinal” para pacientes em quimioterapia. Independente desse contexto, seu abuso e dependência também geram complicações físicas. Vejamos algumas consequências apontadas por Santos (1997) e por Bordin et al. (2010):

- Redução das defesas imunológicas;
- Predisposição ao câncer e outros problemas de pulmão;
- Anomalias nos espermatozoides (alta probabilidade de produzir embriões anormais);
- Pancreatite;
- Diminuição da coordenação motora e **funções cognitivas**. .



Figura 4.1: Consequências do uso de drogas.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Esses são alguns exemplos das consequências biológicas do abuso e dependência de drogas. Existem casos em que alguma doença física pode induzir a pessoa a se automedicar com algum tipo de droga de abuso buscando alívio dos sintomas. É o processo inverso ao das consequências que apresentamos nesta aula. É um caminho mais raro de acontecer, porém possível também.

Assim finalizamos a primeira parte das comorbidades físicas das dependências químicas.

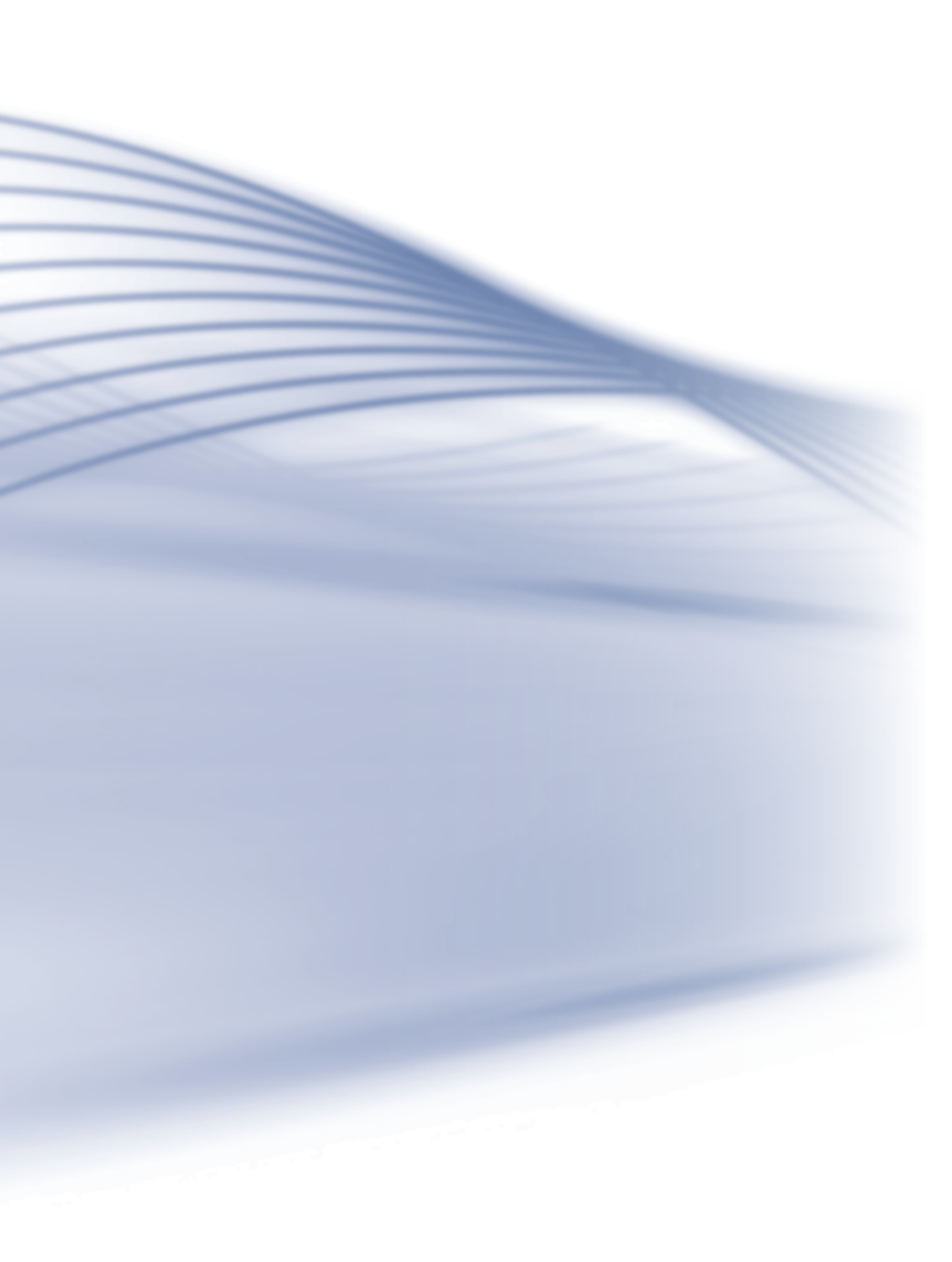
Resumo

Nesta aula, você conheceu algumas doenças orgânicas decorrentes do uso das drogas mais conhecidas e mais frequentes entre pacientes em clínicas de reabilitação, como a maconha, a cocaína e o crack. Na próxima aula, veremos as complicações decorrentes do alcoolismo, que são as mais estudadas na área.

Atividade de aprendizagem

- Conforme a aula de hoje, comentou-se sobre casos em que alguma doença física pode induzir a pessoa a se automedicar com algum tipo de droga de abuso buscando alívio dos sintomas. Dê um exemplo dessa situação.





Aula 5 – Comorbidades e aspectos biológicos do uso de drogas II

Nesta aula, daremos continuidade ao estudo sobre o aspecto biológico das dependências químicas. Veremos as comorbidades físicas decorrentes do abuso das drogas mais comuns no mundo, o tabaco e o álcool. Veremos também as comorbidades relacionadas a outras drogas menos comuns, mas de grande importância, assim como a relação existente entre drogas e DSTs.

Separamos nesta aula as comorbidades relacionadas ao uso do tabaco e do álcool por serem as drogas mais estudadas dentre todas, e por atingirem um maior número de pessoas do que as outras drogas.

De acordo com Baltieri (2004), “há uma estimativa de que 11,2% da população brasileira seja dependente de bebidas alcoólicas, o que representa 5.283.000 pessoas”. E a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que um terço da população mundial adulta, que corresponde a um bilhão e duzentos milhões de pessoas, seja fumante.

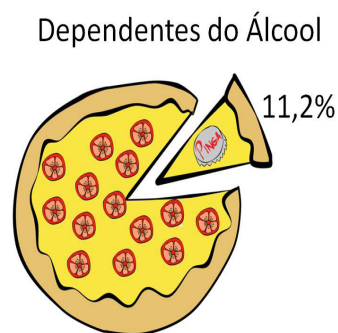


Figura 5.1: Gráfico “pizza” dos dependentes de álcool no Brasil.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

5.1 Tabaco

A relação tabaco *versus* doenças orgânicas é a mais conhecida de todas. Muito mais do que a relação entre outras drogas e doenças. Talvez isso se deva à grande divulgação da mídia sobre as consequências desastrosas do

hábito de fumar. Tanto em propagandas na televisão, quanto nas próprias embalagens de cigarro, que contêm fotos de doenças graves ou morte causadas pelo hábito de fumar.

De acordo com Bordin *et al.* (2010), dentre as principais complicações físicas advindas do uso crônico do tabaco estão:

- Ataques cardíacos: o uso de cigarro representa o maior dos fatores de risco;
- **Arteriosclerose**: o uso de cigarros é o maior fator de risco;
- Câncer de pulmão: 75% a 85% decorrem do uso de cigarros;
- Câncer de laringe: significativamente mais comum em fumantes que em não fumantes;
- **Enfisema**, bronquite crônica e infecções respiratórias;
- Maiores riscos de complicações com o feto (no caso de mulheres grávidas).

A-Z

Arteriosclerose

refere-se ao endurecimento progressivo da parede das artérias, diminuindo a sua elasticidade, como resultado também aumenta a pressão arterial.

Enfisema

refere-se à dilatação excessiva dos alvéolos pulmonares, propiciando a perda da elasticidade pulmonar, causando uma respiração ineficiente que diminui a oxigenação do corpo.



29 de agosto – Dia nacional do combate ao fumo. Campanha do INCA - <http://www.inca.gov.br/tabagismo/>

Série de fotos das campanhas mundiais - http://www.youtube.com/watch?v=f5Yjx_N9Rrs

5.2 Álcool

Segundo Sielski (1999), o álcool é utilizado há pelo menos sete mil anos, e o relato mais antigo de alcoolismo encontra-se no Antigo Testamento, que faz referência a casos de embriaguez e a pecados cometidos devido a esse estado.

Atualmente, de acordo com Kaplan & Sadock (2007), cerca de 200 mil mortes por ano estão relacionadas ao abuso de álcool, 50% de todas as mortes por acidente de trânsito envolvem motoristas embriagados, e o álcool é a primeira causa de morte relacionada ao uso de substâncias.

Dentre as principais complicações ocasionadas pelo uso crônico do álcool, segundo Ramos *et al.* (1987), estão:

1. Gastrointestinais e hepáticos;
 - a) Hepatite alcoólica e cirrose;
 - b) Pancreatite crônica calcificada;
 - c) Gastrite aguda;
 - d) Diarreias;
 - e) Tumores (faringe, esôfago e fígado);

2. Hematológicos (do sangue);
 - a) Anemias;
 - b) Redução dos leucócitos, responsáveis pelas defesas do organismo;
 - c) Deficiência na coagulação do sangue (mais sujeito a hemorragias);

3. Metabólicos
 - a) Hipoglicemia;
 - b) Triglicérides em excesso;
 - c) Sintomas de desnutrição;

4. Traumáticos
 - a) Fraturas e traumatismos decorrentes de acidentes ocasionados pelo uso do álcool.



Figura 5.2: Tabaco e álcool.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

5.3 Outras drogas

Outras drogas, menos comuns entre dependentes em clínicas de reabilitação, também geram prejuízos físicos. Vale a pena citarmos algumas delas para pelo menos termos uma noção geral sobre o tema.

- **Anfetaminas:** são muito utilizadas em programas de redução de peso e para manter-se acordado por bastante tempo, apresentam como principais consequências fisiológicas: insônia, convulsões e graves problemas vasculares.
- **Calmantes:** o seu uso crônico, no caso os benzodiazepínicos, podem gerar dificuldades na coordenação motora, confusão mental, amnésia, tonturas e moleza.
- **Esteroides:** o uso continuado de esteroides anabolizantes, normalmente usados para aumentar o volume dos músculos e a força, afeta de forma negativa, principalmente, os sistemas circulatório e reprodutor, aumentando os fatores de risco cardíacos (hipertensão e colesterol), atrofiando os testículos, gerando impotência e anomalias nos espermatozoides.

5.4 Drogas e DSTs

De acordo com Abdo (2010), os “dependentes de drogas vivem experiências sexuais diferentes da população geral: violência sexual para esconder medo ou senso de inadequação/inferioridade, prostituição e outras formas de degradação sexual”.

Essas “experiências sexuais diferentes” podem ser relacionadas com a ausência de limites, característica das dependências químicas. Como o dependente não conhece nem respeita limites, ele apresenta os mais variados tipos de comportamentos de risco, dentre eles os comportamentos responsáveis pela transmissão de DSTs, como compartilhar seringas, ter vários parceiros sexuais e não usar preservativos.

Visto de forma bem breve, este seria o fundamento para a alta correlação entre usuários de drogas e as doenças sexualmente transmissíveis. As mesmas características psicológicas que os levam a adotar o comportamento de usar drogas – faltam de limites, há baixa autoestima e ausência de autocuidado – levam os usuários a adotar outros comportamentos de risco. Veremos essa característica psicológica mais profundamente nas aulas seguintes.

Resumo

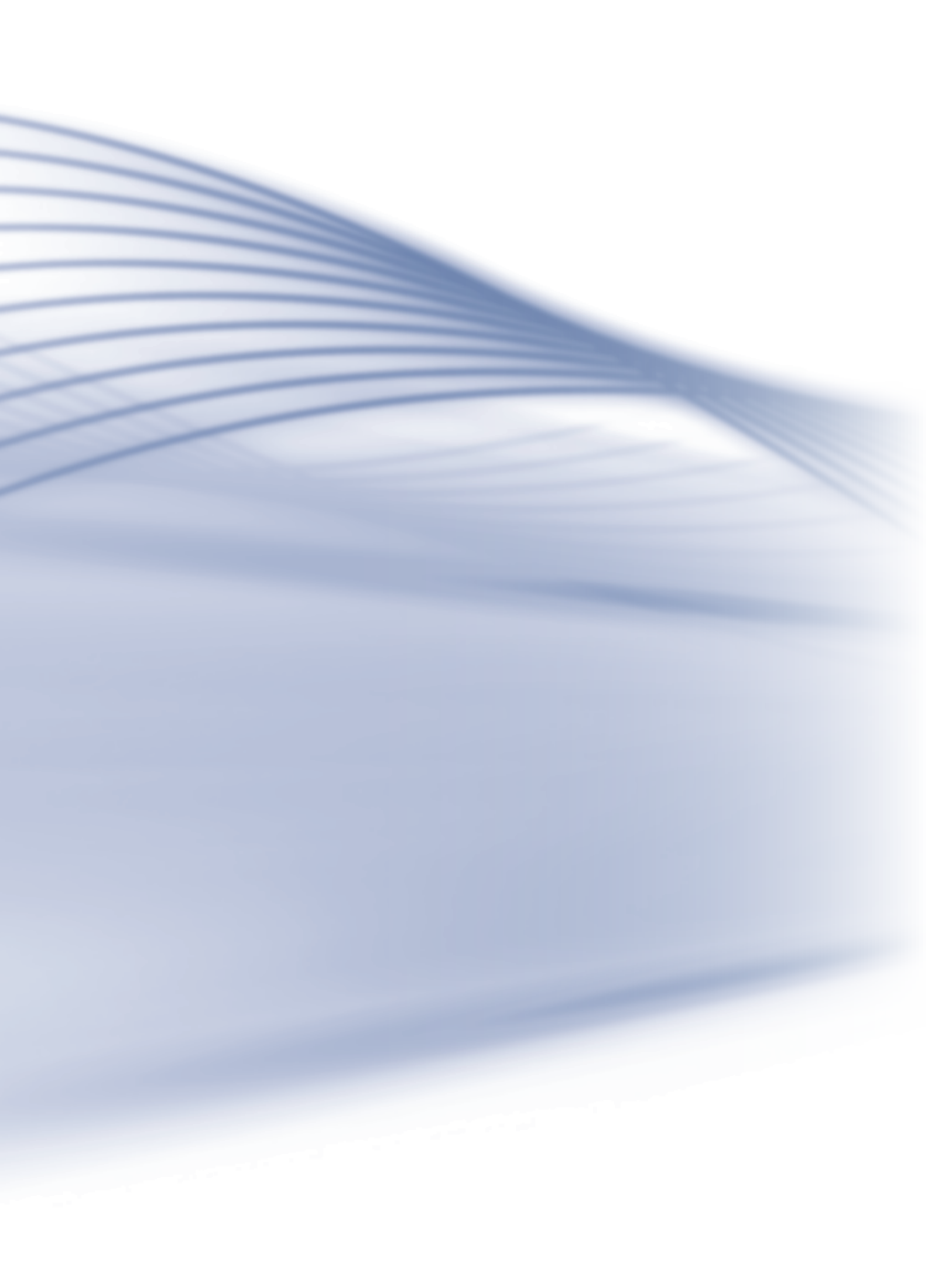
Nesta aula, vimos as principais comorbidades associadas ao uso crônico das drogas mais usadas no mundo: o tabaco e o álcool. Vimos também que outras drogas, não tão presentes em ambientes de reabilitação, geram consequências físicas tão graves quanto as demais drogas e pudemos ver também, o fundamento da questão que relaciona usuários de drogas e DSTs.

Atividade de aprendizagem

- Pesquise sobre a lei contra o fumo e responda as questões:



- a) Quando ela entrou em vigor?
- b) Quem sancionou a lei e por quê?
- c) O que ela determina frente à proibição e tratamento?



Aula 6 – O sistema cerebral de recompensa (SCR)

Esta aula se encontra na transição entre o componente biológico e psicológico das dependências químicas, pois nela conversaremos sobre o sistema cerebral de recompensa (SCR) – a parte do cérebro mais envolvida no processo de dependência – o qual corresponde tanto à parte estrutural do cérebro, quanto aos conflitos com os quais nos deparamos quando temos uma decisão a tomar.

O sistema cerebral de recompensa (SCR) é a estrutura do nosso cérebro responsável pelo prazer. Ele é bastante estudado na área das dependências químicas e de outros **transtornos do impulso**, devido ao seu papel crucial no comportamento impulsivo e no desenvolvimento da dependência. O SCR é formado por três porções do cérebro – o **córtex pré-frontal**, o **núcleo accumbens** e o **sistema límbico** (mais especificamente a área tegmentar ventral no sistema límbico). Vamos ver qual é o papel de cada uma dessas áreas e como elas interagem quando temos que tomar uma decisão.

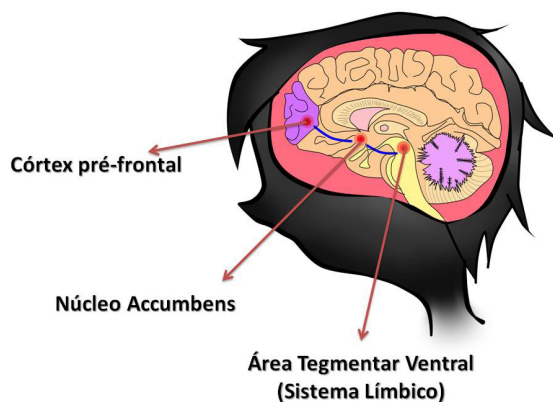


Figura 6.1: O sistema cerebral de recompensa.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

A-Z

Transtornos do impulso

a impulsividade é um fenômeno primário de desinibição do comportamento caracterizado por atos realizados subitamente sem planejamento, ou sob pressão de um desejo irreprimível, isto inclui perda de controle sobre comportamentos agressivos contra si próprio ou outrem, comportamento transgressivo e antissocial, comportamento errático por déficit de atenção ou instabilidade afetiva e as chamadas compulsões químicas e não químicas (compras, comida, sexo, jogo, internet, etc.). (www.clinicadepsicoterapia.com)

Córtex pré-frontal

“o córtex pré-frontal é a parte mais evoluída do cérebro. Ocupa o terço frontal do cérebro, debaixo da testa. Ele é responsável pela capacidade de formular objetivos, elaborar planos a serem executados, desempenhá-los de modo efetivo, mudar o curso e improvisar, face aos obstáculos ou fracassos, e fazer isso com sucesso, na ausência de orientação ou estrutura externa. A capacidade do indivíduo de gerar objetivos e lançá-los é considerada um aspecto essencial da personalidade madura e eficiente. Ela está ligada à construção do córtex pré-frontal e suas conexões.”
Fonte: AMEN, 2000.

Núcleo accumbens

vício e prazer estão intimamente ligados no cérebro, pois estimula a mesma parte do órgão, o núcleo accumbens. A ciência descobriu sua importância na década de 50, quando ratos de laboratório preferiam apertar uma alavanca que estimulava o local a comer ou beber. Os neurônios dos núcleos accumbens ficam mais ativos tanto por causa de vícios químicos, como o relacionado à cocaína, quanto por vícios físicos, como a compulsão por sexo. Em 2007, uma pesquisa mostrou que a região é fundamental para o fenômeno conhecido como efeito placebo. Pois seus circuitos neurais respondem à expectativa de benefícios diante de um tratamento. Fonte: veja.abril.com.br/noticia/saude/descoberta-proteina-envolvida-com-o-vicio-em-cocaina

Sistema límbico

tem formato de anel cortical e é um conjunto de estruturas do cérebro que são responsáveis primordialmente por controlar as emoções e secundariamente participa das funções de aprendizado e memória, podendo também participar do sistema endócrino. Localiza-se na parte medial do cérebro dos mamíferos. O sistema límbico é composto por algumas estruturas que são essenciais no controle relativo às emoções. Fonte: www.infoescola.com/anatomia-humana/sistema-limbico/

6.1 Tomada de decisão: emagrecer ou comer um chocolate?

Como falamos, o SCR é a área do cérebro que nos faz sentir prazer. No entanto, esta área está sempre em conflito entre dois tipos de prazer – o imediato e o a longo prazo. Sempre que temos uma decisão a tomar, o córtex pré-frontal vai ponderar as consequências de longo prazo e o sistema límbico vai ponderar as consequências de curto prazo. Um vai brigar com o outro para ver quem ativa mais o núcleo accumbens, resultando na decisão final (PALMINI, 2007).

Na prática funciona assim: você se propõe a emagrecer e começa uma dieta. Depois do almoço toca a campainha, e inesperadamente surge seu vizinho com uma deliciosa sobremesa para você, agradecendo a enorme ajuda que você deu ontem ao cuidar do filho dele. O que você faz? Desfruta aquele fantástico sabor após o almoço e abre mão de melhorar sua silhueta, ou seja, escolhe o prazer de curto prazo? Ou oferece a sobremesa para o resto da sua família deixando de comer o doce para atingir seu objetivo de emagrecer, isto é, escolhe o prazer de longo prazo?



Figura 6.2: Prazer de longo prazo X prazer de curto prazo.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Na hora em que você viu a sobremesa começou a guerra dentro do seu cérebro. O córtex pré-frontal lutando para que você oferecesse o doce para a família, buscando o prazer futuro de se ver com uma melhor silhueta, e o sistema límbico lutando para você comer logo aquela deliciosa sobremesa, tendo o prazer imediato dela e mandando a dieta pelos ares. Sua decisão final vai indicar qual das duas regiões do cérebro conseguiu vencer a disputa na ativação do núcleo accumbens.

6.2 Sistema límbico: uma questão de sobrevivência

No exemplo acima, você deve ter pensado que grande parte das pessoas que você conhece teria optado por comer a sobremesa, e dizer que começaria a dieta no dia seguinte. Sim, é verdade. O que acontece é que o sistema límbico vence a disputa na maioria das vezes, pois ele é a estrutura mais antiga do nosso cérebro e desde sempre foi o responsável por recompensar os comportamentos que garantem nossa sobrevivência. Ou seja, nós devemos nossa sobrevivência, desde os tempos das cavernas até hoje, a comportamentos que foram apoiados pelo sistema límbico, como: comer, beber, procriar e fugir. Digamos que o sistema límbico já adquiriu uma boa credibilidade durante nossa evolução, enquanto que o córtex pré-frontal é mais recente e menos testado.

Esses comportamentos de sobrevivência são os mais recompensados pelo SCR, o que nos torna inclinados a optar sempre pelo prazer imediato, pois no fundo, o temos associado a nossa sobrevivência. É através da nossa educação e amadurecimento que conseguimos vencer essa tendência imediatista e optar pelos prazeres de longo prazo, abrindo mão temporariamente dos prazeres imediatos. Seja para manter uma dieta, seja para esperar um aumento de salário, seja para juntar dinheiro e dar entrada numa casa.

Resumo

Nesta aula, conhecemos a área do cérebro responsável pelo prazer: o sistema cerebral de recompensa (SCR), que está envolvido em todas as decisões que temos que tomar. Vimos que ele possui duas estruturas que se opõem: o córtex pré-frontal, buscando o prazer de longo prazo, e o sistema límbico, buscando o prazer imediato. Vimos que o sistema límbico é mais antigo e é o responsável por nossos comportamentos de sobrevivência, e que o córtex pré-frontal é mais recente, e menos testado que o límbico. Essa “diferença de idade” entre as duas estruturas é que nos tornam, naturalmente, mais inclinados aos prazeres imediatos.



Você é fruto de suas escolhas!
Assista ao vídeo-mensagem de
4 min da Cidade do Cérebro.
<https://www.youtube.com/watch?v=kcyjOpimRY4>

Aula 7 – O sistema cerebral de recompensa (SCR) e as drogas

Depois de estudarmos como funciona o sistema cerebral de recompensa (SCR), veremos, nesta aula, como as drogas interagem com este sistema e as consequências dessa interação para os comportamentos dos dependentes químicos. Para isso aprofundaremos em alguns aspectos do SCR, e apresentaremos algumas experiências feitas para verificar a interação das drogas com o SCR.

Esta aula é o último passo que daremos dentro do componente biológico das dependências químicas. Se você conseguir entender bem a função de cada estrutura do SCR; compreender o resultado da interação das drogas com esse sistema, ficará mais fácil entender o componente psicológico da dependência química na aula seguinte, e começará a ver como todos os componentes se relacionam de uma forma surpreendente.

7.1 O córtex pré-frontal e as consequências das drogas

O córtex pré-frontal é a parte mais evoluída do cérebro e fica na região que está na parte da frente da cabeça, um pouco abaixo da testa. Como falamos anteriormente, é ele quem luta para que nossas decisões se baseiem nas consequências a longo prazo.

De acordo com Amen (2000), o córtex pré-frontal é o principal responsável pela habilidade de planejar, de superar obstáculos e frustrações, e pela nossa capacidade de pensar no outro. Sendo assim, podemos dizer que o mau funcionamento do córtex pré-frontal leva a pessoa a ter dificuldade para definir objetivos e ir atrás deles, faz com que ela desista frente a qualquer obstáculo e não consiga se solidarizar com as necessidades das outras pessoas.

O curioso aqui, é que a dependência de drogas promove, de forma acentuada, todas as características comportamentais correspondentes ao mau funcionamento do córtex pré-frontal, tal como dificuldade de atenção, dificuldade de aprendizado, incapacidade de se solidarizar com outras pessoas,





Para ver imagens do funcionamento do cérebro com uso de drogas visite o link: http://www.amenclinics.com/the-science/spect-gallery/item/alcohol-and-drug-abuse?category_id=129 ou leia o livro "Transforme seu cérebro, transforme sua vida".

impulsividade, falta de disponibilidade de emoções, entre outras. Estudos de imagens da atividade do cérebro mostram que as drogas diminuem significativamente a atividade de todo o córtex cerebral, especialmente da área pré-frontal, responsável por esses comportamentos. (AMEN, 2000)

7.2 O sistema límbico e as consequências das drogas

Como vimos na aula anterior, o sistema límbico luta para que nossas decisões nos tragam prazer imediato, sem se preocupar com as consequências futuras. Vimos também que o poder do sistema límbico advém do fato de ser ele que recompensa nossos comportamentos de sobrevivência, como comer, beber, procriar e se proteger.

Foi feita uma experiência com ratos, para testar o efeito das drogas no sistema límbico. Conectou-se um eletrodo diretamente nessa região do cérebro dos ratos cujo estímulo simularia o efeito proporcionado pelas drogas. Deixaram o rato dois dias sem comida e sem bebida e o colocaram em uma gaiola com três opções: uma barra que, se pressionada por ele, lhe daria comida; outra barra que lhe daria água; e uma barra que desencadearia esse estímulo, simulando o efeito das drogas.

Resultado: os ratos deixaram de comer e de beber água para pressionar incansavelmente a barra que simulava o efeito das drogas no seu SCR (SILVA & LARANJEIRA, 2010).



A conclusão deste experimento foi de que as drogas agem diretamente no sistema cerebral de recompensa (SCR), ativando-o com ainda mais intensidade do que os nossos comportamentos de sobrevivência. Ou seja, para o dependente químico, usar drogas chega a ser mais gratificante do que sobreviver. Por isso é comum que, muitas vezes, o dependente químico sacrifique tudo, inclusive suas necessidades mais elementares como comer, dormir e tomar banho, para usar drogas.



Figura 7.1: Como é a droga para o dependente químico.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Dessa forma, conseguimos entender parte do processo do desenvolvimento da dependência química, assim como os comportamentos e características apresentados pelo dependente químico durante seu processo de adoecimento, já que as drogas estimulam a área do cérebro que reforça o pensamento imediatista (mais até do que comportamentos de sobrevivência), e “apaga” boa parte da área do cérebro responsável pelo pensamento de longo prazo, levando-o a não considerar as consequências dos seus comportamentos.

Essa é uma das razões por que as dependências químicas levam o sujeito para o “fundo do poço”. Pois ele passa a ser movido apenas pelos seus desejos imediatos, perde a capacidade de elaborar planos de vida e atingi-los, e acaba dilapidando com tudo o que já construiu, uma vez que o uso de drogas se torna mais importante do que a própria sobrevivência dele, e ele vai sacrificar tudo que for necessário para usar a droga.

Resumo

Nesta aula vimos que as drogas prejudicam a atividade do córtex pré-frontal, e estimulam o sistema límbico com ainda mais força do que os comportamentos de sobrevivência. Esse efeito das drogas faz com o que o dependente químico busque com prioridade máxima a satisfação imediata proporcionada pela droga, ignorando todas as outras consequências que esse comportamento trará.

Aula 8 – A psicologia do dependente químico

Nesta aula, começaremos a conversar sobre o componente psicológico das dependências químicas. Nosso objetivo é que você compreenda os efeitos psicológicos que o abuso e dependência de drogas geram. Você verá conceitos relativos à maturidade e imaturidade emocional e verá que uma característica psicológica muito marcante gerada pelo uso de drogas é justamente a imaturidade emocional.

Se pararmos para pensar mais sobre o efeito das drogas sobre o SCR, desequilibrando a relação “prazer imediato x prazer de longo prazo”, apresentada na aula anterior, poderemos começar a deduzir um pouco da psicologia do dependente químico.

8.1 O SCR e a infantilização do dependente químico

Uma das primeiras observações que poderíamos fazer é sobre as características de uma criança pequena: ela é movida basicamente pela satisfação imediata, quer tudo na hora, chora, faz birra, manipula, faz tudo para conseguir o que quer imediatamente. E isso é compreensível, uma vez que ela ainda não tem desenvolvidas as funções do córtex pré-frontal e está quase que completamente movida pelo seu sistema límbico – instintivo e imediato.

Coincidentemente, o dependente químico possui, como vimos na aula anterior, as funções do seu córtex pré-frontal prejudicadas pelas drogas e é quase que completamente movido pelo seu sistema límbico – instintivo e imediato, exatamente como uma criança pequena. A grande diferença é que esse processo do dependente químico ocorre de forma patológica, antinatural.



Figura 8.1: A imaturidade do dependente químico.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Assim, as drogas infantilizam o sujeito, levando-o a adotar comportamentos muito parecidos com os de uma criança ou pré-adolescente. Com essa observação, entramos no conceito central da psicologia do dependente químico: a imaturidade emocional, característica da criança pequena e do dependente químico. Portanto, vamos ver com mais detalhes o que seria maturidade e imaturidade emocional.

8.2 Maturidade e imaturidade emocional

A partir do momento em que nascemos nosso caminho natural é na direção da progressiva independência. Primeiro a independência do útero materno, depois a independência do seio materno e então vão ocorrendo progressivamente outros movimentos de independência, como ir ao banheiro sozinho, se alimentar sozinho, tomar banho sozinho, ir para a escola, ir para as festas do colégio, começar a namorar, ganhar o primeiro dinheiro e por aí vai, até nos tornarmos independentes da nossa família de origem e constituirmos o nosso próprio núcleo familiar.

Esta crescente independência que adquirimos corresponde ao amadurecimento emocional, assim como a dependência que temos quando somos pequenos corresponde à imaturidade emocional. O pai da psicanálise, Freud, explorou mais profundamente esta questão.

Freud (1920) postulou dois princípios que nos regem ao longo da vida: princípio do prazer e princípio de realidade. Princípio do prazer é o que move a criança no início da vida, quando ela busca satisfazer seus desejos e instintos imediatamente e precisa de alguém que atenda às suas necessidades e a satisfaça. O princípio de realidade acontece quando as pessoas ao seu redor deixam de atendê-la sempre, como acontecia antes, e ela aprende que a

realidade não permite que satisfaça seus instintos a qualquer momento. Ela desenvolve então a capacidade de esperar e de tolerar, temporariamente, o desprazer para atingir o prazer, agora por conta própria, sem depender de alguém para isso.

Essa capacidade de esperar, de adiar satisfação, é uma das principais características da maturidade emocional, que vai permitir a construção da independência. Junto com ela andam duas outras importantes características: reconhecer as necessidades dos outros e pensar em longo prazo.

O termo “princípio de realidade” é perfeito para afirmar que é a realidade que ensina essas características. Pois se alguém se mantém no papel de atender e de satisfazer o sujeito, privando-o do contato com a realidade, como se fosse uma criança, ele não é impulsionado a desenvolver essas características e torna-se mais difícil construir a independência. Como exemplo, podemos citar uma pessoa que exige que seus desejos sejam atendidos na hora e, que usa os outros como se estivessem ali para servi-lo, sem possuírem suas próprias necessidades e que não se preocupa com as consequências futuras dos seus atos de hoje (características comuns no dependente químico). Como diz Freud (1920), esse tipo de comportamento movido pelo princípio do prazer poderia pôr em risco nossa sobrevivência (como realmente faz com o dependente químico).

A partir disso, podemos dizer que é a passagem para o princípio de realidade que permite a qualquer pessoa construir sua própria independência e amadurecer emocionalmente. Ou seja, o desenvolvimento da capacidade de esperar e de tolerar frustrações é fundamental para o processo de amadurecimento e independência.

Como vimos, na aula anterior, as drogas vão prejudicar justamente estas capacidades no usuário, mantendo-o em um estado longe da realidade, movido pelo princípio do prazer, imaturo, dependente de drogas e de pessoas que atendam às suas necessidades (codependentes, como veremos no componente familiar).

Aula 9 – A psicologia do dependente químico II

O objetivo desta aula é nos aprofundarmos nas características psicológicas do dependente químico, estudadas na aula anterior. Faremos isto mostrando a opinião de alguns renomados autores da área, e veremos com mais detalhes como acontece o processo de infantilização decorrente do uso de drogas, que chamaremos de “regressão da idade mental”.

Diversos autores que estudam a psicologia do dependente químico apontam algumas características marcantes na personalidade dele, que correspondem justamente à imaturidade emocional. Veremos alguns exemplos nesta aula.

9.1 A personalidade aditiva

Kalina e Kovadloff (1976) afirmam que uma característica típica dos **adictos** é a “intolerância à espera”, que para eles tudo tem que ser realizado e satisfeito imediatamente, tal qual acontece nos primeiros anos de vida de uma criança. Os mesmos autores ainda afirmam que “o adicto se inscreve então, entre as personalidades incapazes de reconhecer o outro como outro”, usando os que estão ao seu redor para manter seu uso de drogas, tal como o bebê que não reconhece sua mãe como outra pessoa, mas como sendo um com ela, que serve para satisfazer suas necessidades.

De acordo com Benincasa (2006), uma das características mais marcantes dos dependentes químicos é a incapacidade de lidar com frustrações, o que os faz recorrer às drogas na busca de alívio imediato, mesmo que isso indique prejuízos em longo prazo. Essa característica nos remonta aos danos causados pelas drogas no córtex pré-frontal, responsável pelo pensamento de longo prazo.

Olievenstein (1982) aponta a relação com a **transgressão da lei** como uma das condições para que um sujeito desenvolva a dependência química. Ou seja, o dependente químico não aceita nada que se coloque entre ele e sua satisfação imediata, e vai buscar transgredir qualquer forma de autoridade

A-Z

Adictos

refere-se a pessoas cujas vidas são controladas pelas drogas.

A-Z

Transgressão da Lei

significa fazer algo errado, fora da lei, desobedecer, violar.

que se coloque em seu caminho (o que o autor chama de lei), o que corresponde à incapacidade do dependente de lidar com frustrações.

Essas características são muito mais relacionadas ao princípio do prazer do que ao princípio de realidade, levam o dependente químico a se manter imaturo emocionalmente e a colocar em risco sua sobrevivência, ao ignorar as consequências futuras das suas escolhas e ações.

9.2 As drogas e a regressão da idade mental

Para uma pessoa conseguir se tornar independente econômica, geográfica e emocionalmente da sua família de origem, podendo constituir um novo núcleo familiar saudável, é preciso ter desenvolvido a capacidade de pensar a longo prazo, de lidar com as possíveis frustrações com as quais vai se deparar ao longo da vida e saber se relacionar com os outros, reconhecendo que eles não estão no mundo simplesmente para o satisfazer, mas possuem suas próprias necessidades, o que corresponde à maturidade emocional.

E é aqui que podemos observar claramente os efeitos psicológicos das drogas. Elas fazem com que o sujeito que conseguiu adquirir certa independência, perca-a por completo e se torne emocionalmente imaturo, tal qual a descrição dos autores citados acima. A esse processo chamamos de regressão da idade mental.

De acordo com Afnali & Mestres (2011), a regressão da idade mental ocorre da seguinte maneira, no caso do alcoolismo:

O alcoolista vai perdendo o sentido moral e de responsabilidade (como um adolescente), passa a apresentar comportamentos passivos e dependentes perante a sua esposa (como uma criança), até que, numa fase mais avançada da doença, anda cambaleante, engatinha, perde o controle dos **esfíncteres**, perde os dentes e adquire o biótipo inchado e redondo (como um bebê). Até, finalmente, o óbito, quando ele volta simbolicamente ao útero materno.

Segundo os mesmos autores, no caso de outras drogas a idade mental do sujeito centra na pré-adolescência, o que é possível observar claramente nos casos de dependentes químicos de 30 ou 40 anos que passam o dia em praças públicas com seu grupo, que não trabalham, não estudam e dependem completamente dos pais, tal qual um pré-adolescente.

A-Z

Esfíncter

músculo anular, que serve para abrir e fechar ductos, orifícios ou canais naturais: o esfíncter da bexiga. Fonte: <http://www.dicio.com.br/esfincter/>

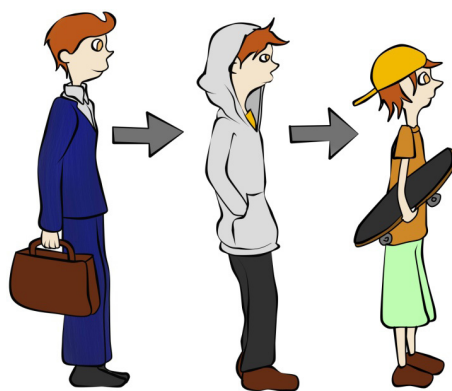


Figura 9.1: Regressão da idade mental.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Após todos esses conceitos, podemos concluir que um dos principais efeitos psicológicos das drogas é colocar o dependente químico na direção oposta ao caminho natural rumo à independência, uma vez que elas vão torná-lo emocionalmente imaturo, e vão regredir a sua idade mental, deixando-o completamente dependente, não só das drogas, mas de pessoas que assumam o papel de mãe que ele necessitou em seus primeiros anos de vida.

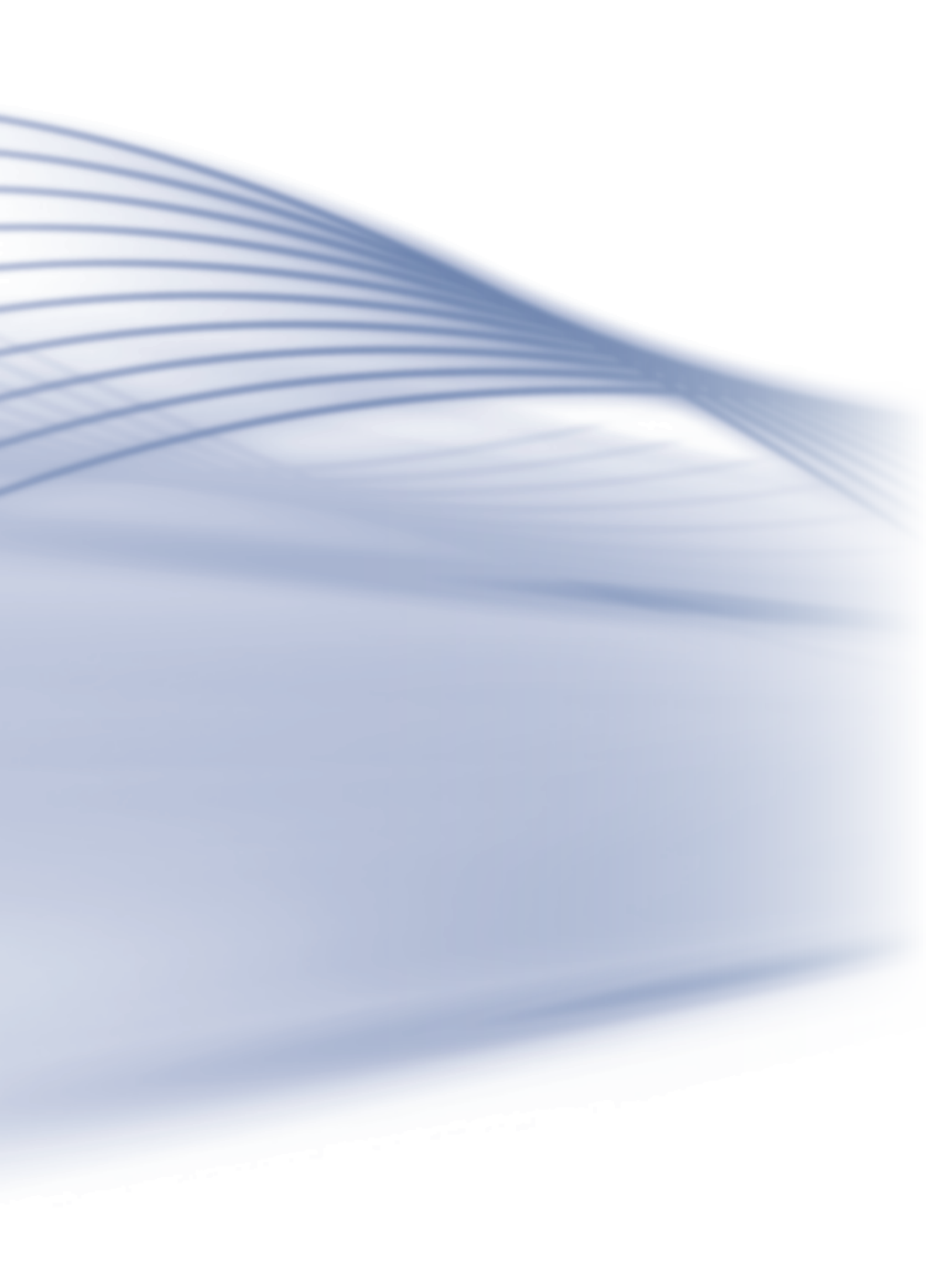
Resumo

Nesta aula, você pôde entender mais sobre o componente psicológico das dependências químicas, através de renomados autores da área que falam sobre as características psicológicas do dependente químico. Também pôde conhecer como o processo de infantilização, chamado “regressão da idade mental”, é observado na prática.

Atividade de aprendizagem

- O que é preciso para uma pessoa conseguir se tornar independente econômica, geográfica e emocionalmente da sua família de origem, podendo constituir um novo núcleo familiar saudável?





Aula 10 – Psicopatologias: uma visão geral

Dando continuidade ao componente psicológico das dependências químicas, nesta aula começaremos a estudar as psicopatologias ou doenças mentais (psico = mente; patologia = doença). Você saberá a diferença entre as chamadas neuroses e as psicoses, e quais transtornos estão relacionados à qual categoria. Esperamos que ao final dessa aula, você possa participar com facilidade de uma conversa entre psicólogos ou psiquiatras sobre psicopatologias, e ainda seja capaz de explicar a pessoas leigas o significado de termos que elas muitas vezes usam sem saber o que significa.

Além das características de personalidade geradas pelo uso de drogas, que vimos nas aulas anteriores, a dependência química normalmente se desenvolve junto com algum transtorno psíquico (a comorbidade psiquiátrica). Portanto, veremos inicialmente os principais transtornos existentes, e depois sua possível relação com as drogas, para finalizarmos o estudo sobre o componente psicológico das dependências químicas.

10.1 Neuroses

Atualmente, muitos dos termos advindos da Psicologia são usados pelas pessoas em geral. Quem nunca ouviu alguém dizer algo como “ele é um neurótico” ou “teve um surto psicótico” ou até “isso aí é neurose, hein...”. A verdade é que todos conhecem e usam esses termos, mas poucos sabem a diferença entre neurose e psicose. E é isso que vamos tentar esclarecer agora.

Neurose é o termo mais usado, e ela se refere a reações emocionais exageradas em relação a uma experiência vivida, que apresentam alguma das três características a seguir:

1. Não possui causa objetiva;
2. É desproporcional à vivência;

3. Não possui relação temporal com a vivência.

Em outras palavras, é quando uma pessoa fica nervosa, triste ou alegre sem motivo aparente, ou quando esses sentimentos são intensos demais frente a uma situação, ou até quando eles estão relacionados a algo que aconteceu faz muito tempo.



Figura 10.1: Reação neurótica.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

O fato de uma pessoa ter tido alguma dessas reações, uma vez ou outra, não indica que seja neurótica. Por isso, existe a distinção entre reação neurótica aguda e neurose. Todos nós, durante nossas vidas, apresentamos alguma reação neurótica aguda, que são reações emocionais sem causa, desproporcionais ou sem relação temporal com o estímulo que as causou.

Uma mulher em TPM, por exemplo, muitas vezes apresenta reações neuróticas agudas, o que não significa que ela seja uma neurótica, porque a neurose, ou personalidade neurótica, é quando esse tipo de reação está incorporado à personalidade da pessoa. Gritar de raiva uma vez, durante o período de TPM, porque o marido se esqueceu de levantar a tampa do vaso sanitário para usar o banheiro é uma reação neurótica. Fazer isso sempre pode ser uma neurose.

As neuroses ou personalidades neuróticas correspondem aos transtornos psiquiátricos mais conhecidos e comuns, como o transtorno de pânico, depressão, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno bipolar, transtorno de estresse pós-traumático, entre outros. Veremos que em todos esses casos,

a pessoa apresenta frequentes reações emocionais sem causa objetiva, desproporcionais ou sem relação temporal com o estímulo que as causou.

10.2 Psicoses

Na psicose, no entanto, a pessoa sente e percebe coisas que não existem com seus cinco sentidos, ou através de ideias fixas sobre a existência de algo irreal. O vínculo com a realidade é mais frágil do que nas neuroses, sendo que o psicótico, muitas vezes, nega totalmente aspectos da realidade e vive a partir de uma realidade imaginária que construiu para si.

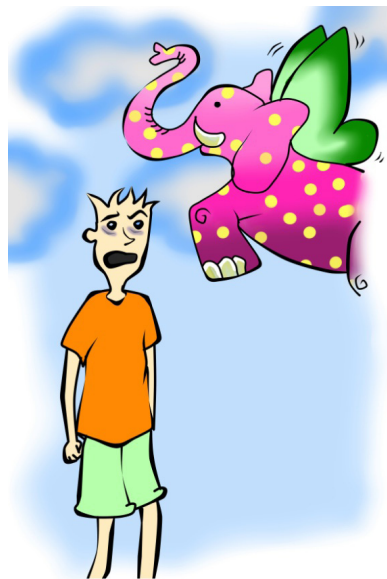


Figura 10.2: Surto psicótico.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Exemplo clássico é a pessoa que acha que existem câmeras por sua casa controlando o que ela faz, que acredita veementemente que estão envenenando sua comida no restaurante em que ela vai, que escuta vozes que a mandam fazer coisas que ela não quer, que acredita ser um grande personagem da história (um bem comum é Napoleão), ou que vê coisas e pessoas que não existem e até interage com elas.

Dentre as doenças mentais mais conhecidas, se enquadram no conceito de psicose apenas a esquizofrenia e os delírios de grandiosidade, de perseguição e outros. No entanto, assim como nas neuroses, o fato de a pessoa viver, numa situação pontual, em uma realidade exclusiva dela, negando aspectos objetivos da realidade, não indica que seja um psicótico, mas apenas que teve um surto psicótico. A psicose se caracteriza quando essa realidade



O filme “Melhor Impossível” retrata a condição de uma pessoa com personalidade neurótica, do tipo transtorno obsessivo compulsivo, veja nessa chamada http://www.youtube.com/watch?v=aWj1S_S1mSY, Vale a pena conferir!



A música “Balada dos loucos”, de Ney Matogrosso, retrata classicamente uma pessoa com psicoses. Se ficar curioso, conheça a música acessando o [link: http://www.youtube.com/watch?v=XUXwBQnyEZw](http://www.youtube.com/watch?v=XUXwBQnyEZw)

é vivida constantemente e em diferentes situações, enquanto que o surto acontece esporadicamente e em situações específicas.

Nas aulas seguintes, veremos com mais detalhes estes transtornos correspondentes às neuroses e às psicoses.

Resumo

Nesta aula iniciamos o estudo sobre as psicopatologias. Você conheceu o significado e a diferença entre neurose e psicose, termos bastante usados pelas pessoas sem saber direito o que significam. Viu que as neuroses estão relacionadas a reações emocionais exageradas com relação à determinada vivência e que as psicoses estão relacionadas à perda de contato com a realidade. Viu também quais transtornos mentais são neuroses e quais são psicoses.



Atividades de aprendizagem

1. Toda mulher é neurótica? Por quê?
2. Defina neurose, e quais são as suas três características?

Aula 11 – Psicopatologias: neuroses II

Nesta aula, veremos primeiramente as principais características dos transtornos correspondentes às neuroses, os transtornos de humor (depressão e transtorno bipolar) e os de ansiedade (pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo e estresse pós-traumático).

Relembrando um conceito central da aula anterior, a neurose corresponde a um traço de personalidade que leva a pessoa a apresentar frequentemente reações emocionais sem causa objetiva, desproporcionais ou sem relação temporal com a experiência vivida. Vejamos tecnicamente alguns transtornos correspondentes às neuroses.

11.1 Transtornos de humor

Os transtornos de humor, segundo Kaplan & Sadock (2007), são “estados emocionais persistentes [...] por semanas ou meses que representam um desvio marcante do desempenho habitual do indivíduo e que tendem a recorrer, por vezes, de forma periódica ou cíclica”. Ou seja, é quando a pessoa apresenta, durante muito tempo, um estado emocional bastante diferente do que costuma apresentar normalmente, e essa situação se repete mais vezes.



Figura 11.1: Alterações de humor.
Fonte: Lary Tetz, (2013).

De acordo com o DSM-IV, os transtornos de humor mais comuns são os transtornos depressivos e os transtornos bipolares. De forma geral, sem entrar nas especificidades do DSM-IV, estes transtornos são caracterizados da seguinte maneira:

- **Transtornos depressivos:** têm como sintomas humor deprimido na maior parte do dia (sente-se triste ou vazio) e a perda de interesse em todas ou quase todas as atividades que normalmente realiza ao longo do dia. Outras características podem se apresentar conjuntamente como fadiga, diminuição da capacidade de concentração, pensamentos de morte recorrentes e problemas do sono e motores.
- **Transtornos bipolares:** são caracterizados pela presença de pelo menos um episódio maníaco, que tem como sintomas o humor excessivamente expansivo ou irritável. Isso é quando o sujeito se acha o máximo, fala demais, aumenta seu nível de atividade e se envolve em atividades prazerosas que provavelmente irão trazer consequências dolorosas no futuro (compras excessivas, indiscrições sexuais, investimentos financeiros insensatos).

Os transtornos bipolares não envolvem necessariamente episódios depressivos.



É importante ressaltar que esses sintomas, para caracterizarem um transtorno, devem causar prejuízo acentuado no dia a dia da pessoa, seja no trabalho, nas atividades sociais, no relacionamento com os outros ou oferecer risco para a própria pessoa.

Observe que as características, tanto dos transtornos depressivos quanto dos bipolares, se encaixam na definição de neurose, pois são reações emocionais desproporcionais.

11.2 Transtornos de ansiedade

A ansiedade é resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga e conflituosa, diferentemente do medo, que é resposta a uma ameaça conhecida, apesar de ambas as sensações serem bastante parecidas (KAPLAN & SADOCK, 2007).

Todo mundo já experimentou ansiedade. Aquela sensação de certa apreensão que às vezes vem acompanhada de um aperto no peito, incapacidade de ficar parado, suor, palpitações. E a ansiedade, assim como o medo, são sinais de alerta extremamente úteis para nossa sobrevivência, pois eles nos advertem da possibilidade de lesões corporais, de dor, de possíveis frustrações e de qualquer ameaça à nossa integridade.



Figura 11.2: Ansiedade.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

No entanto, quando esses sentimentos, por se tornarem exagerados, deixam de cumprir sua função de proteção e passam a prejudicar o cotidiano da pessoa, temos os transtornos de ansiedade.

Os principais transtornos de ansiedade, segundo o DSM-IV, são os que envolvem **ataques de pânico, agorafobia, fobia específica, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo** e o **transtorno de estresse pós-traumático**.

Explicando brevemente as principais características de cada um deles:

- **Ataque de pânico:**

Medo muito intenso e incontrolável, sem causa objetiva, podendo envolver tremores, suor, falta de ar, tontura, medo de enlouquecer ou de morrer.

- **Agorafobia:**

Ansiedade extrema que normalmente acontece em ambientes com mais gente, nos quais a pessoa percebe que pode ser difícil escapar ou ter auxílio caso ela apresente sintomas tipo pânico.

- **Fobia específica:**

Medo excessivo e irracional de objetos ou situações específicas, por exemplo, medo de altura, de animais, de sangue etc.

- **Fobia social:**

Medo exagerado de situações sociais, nas quais a pessoa teme agir de algum modo que seja humilhante ou vergonhoso.

- **Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC):**

Comportamentos ou atos mentais repetitivos, que chegam a ocupar mais de uma hora por dia, como lavar a mão, organizar, limpar, contar ou repetir palavras mentalmente, com a finalidade de aliviar a ansiedade causada por pensamentos descontrolados.

- **Transtorno de estresse pós-traumático:**

Quando a pessoa passa por uma situação muito marcante (morte, acidente, ameaça grave etc.) e essa situação fica lhe voltando à mente descontroladamente, ou quando a pessoa, frente a qualquer estímulo que possa se associar ao evento, apresenta grande dose de ansiedade.

Observamos que todos esses casos se encaixam no conceito de neurose como reações emocionais sem causa objetiva, exageradas com relação à vivência que a gerou ou sem relação temporal com a vivência.

Os transtornos de humor e os transtornos de ansiedade são as neuroses mais comuns atualmente, e são as que mais aparecem associadas à dependência de drogas. O interessante é que muitas vezes o uso de droga deflagra o transtorno, e outras vezes o transtorno leva ao uso de drogas numa tentativa falida da pessoa de automedicar-se.

Resumo

Nesta aula, vimos as principais neuroses existentes: os transtornos de humor e os transtornos de ansiedade. Você aprendeu que problemas como a depressão e a bipolaridade são transtornos de humor, assim como ataques de pânico, fobias, TOC e estresse pós-traumático são transtornos de ansiedade.



Aula 12 – Psicopatologias: psicoses e transtornos relacionados ao uso de substâncias III

Nesta aula, veremos as características dos principais transtornos psicóticos (esquizofrenia e transtornos delirantes) e estudaremos os transtornos relacionados ao uso de drogas, ou seja, aqueles transtornos que iniciam no período de intoxicação ou abstinência de determinada droga, uma das facetas das comorbidades psiquiátricas, finalizando o componente psicológico das dependências químicas.

Vimos que na psicose a pessoa sente e percebe coisas que não existem, ou com seus cinco sentidos ou através de ideias fixas sobre a existência de algo irreal. O psicótico nega totalmente aspectos da realidade, e vive a partir de uma realidade imaginária que construiu para si. A psicose se caracteriza quando o sujeito vive essa realidade constantemente e em diferentes situações. Vejamos alguns transtornos correspondentes à psicose.

12.1 Esquizofrenia

É o transtorno psicótico mais conhecido. Ela atinge aproximadamente uma em cada cem pessoas, normalmente seu início é antes dos 25 anos de idade e persiste por toda a vida.

Abaixo estão os sintomas característicos da esquizofrenia, devidamente “traduzidos” da linguagem psiquiátrica para que fique mais fácil de entender o que significam. Para um diagnóstico de esquizofrenia é preciso que, pelo menos, dois desses sintomas estejam presentes:

- a) **Alucinações** – percepções que ocorrem sem a existência de estímulos externos, como por exemplo, um leão com asas, uma voz inexistente lhe dando ordens, uma mão invisível tocando-lhe o braço.
- b) **Delírios** - juízos patologicamente falsos sobre a realidade, como achar que é Deus, estar convicto de que aquelas duas pessoas desconhecidas conversando na esquina estão tramando contra a sua pessoa, ou que as pessoas no rádio, na televisão, os vizinhos, estão perseguindo-o.

- c) **Discurso desorganizado** – frequente falta de conexão de ideias, incoerência ou linguagem corporal oposta à fala, por exemplo, você pergunta qual é o seu nome, e ele começa a contar da visita que acabou de fazer à tia no hospital, de repente, sem concluir a história, fala sobre a situação do seu time no campeonato brasileiro, e com um sorriso no rosto diz que está sofrendo muito.
- **Comportamento desorganizado ou catatônico** – comportamento primitivo e desinibido. O sujeito começa a se vestir como um mendigo, ou resolve se masturbar em público, ou sai na rua praguejando contra o mundo e as pessoas sem motivo. No caso do catatônico, adota uma posição rígida e imóvel durante um longo período de tempo, por exemplo, ele fica horas imóvel com a mão para cima segurando o dedão.
- **Alogia** – é o extremo do “monossilábico”. Não consegue desenvolver uma conversa, só responde: sim, não, bem, mal. É a incapacidade de conversar.
- **Abulia** – dá a impressão de estar sempre cansado, não decide nada e nunca apresenta nenhuma iniciativa. É a deterioração da capacidade de decidir e fazer algo.



Vídeo antigo que mostra alguns comportamentos de pacientes esquizofrênicos. <https://www.youtube.com/watch?v=weRrXNbHXMU>

Existem cinco subtipos de esquizofrenia: paranoide, desorganizada, catatônica, indiferenciada e residual. Cada uma vai se caracterizar pelo predomínio de algum dos sintomas acima descritos.

12.2 Transtorno delirante

É caracterizado pela convicção inabalável em algo que não é aceito por mais ninguém, e que, mesmo que sejam apresentadas provas ou evidências contrárias àquela convicção, ela não será abalada de forma nenhuma.

Essas convicções que ocorrem no transtorno delirante, diferentes das apresentadas na esquizofrenia, não são impossíveis ou culturalmente impróprias.



Figura 12.1: Delírio de perseguição.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Dentre os principais tipos de delírio estão:

- d) Tipo persecutório:** é conhecido como delírio de perseguição. Diferentemente do delírio que ocorre na esquizofrenia, neste caso a crença que a pessoa tem de que está sendo perseguida é marcada por bastante clareza, lógica e elaboração.
- e) Tipo ciumento:** é a crença inabalável de que o cônjuge está sendo infiel e esta crença pode aparecer subitamente. Pequenos fatos passados e presentes passam a ter grande relevância para justificar a desconfiança e muitas vezes este tipo de delírio leva a algum tipo de violência.
- f) Tipo erotomaniaco:** é o delírio de ter um amante secreto. É mais comum em mulheres, quando acreditam, por exemplo, que alguém famoso ou muito importante está apaixonado por ela, e isso passa a ser o centro da sua existência.
- g) Tipo grandioso:** é quando o sujeito acredita cegamente que é uma figura muito importante da história ou um enviado de Deus. Com base nisso faz coisas absurdas como escrever o seu nome e o da sua seita em árvores, pregar no cinema enquanto as pessoas estão vendo o filme, entre outras coisas que normalmente trazem algum tipo de problema para ele.

Tendo em vista estas definições, podemos observar que tanto a esquizofrenia quanto os transtornos delirantes correspondem a psicoses, nas quais o sujeito nega totalmente aspectos da realidade, e vive a partir de uma realidade imaginária que construiu para si.

12.3 Transtornos relacionados ao uso de substâncias

Geralmente, os transtornos relacionados ao uso de substâncias, descritos pelos manuais de psiquiatria, correspondem às neuroses e às psicoses (aulas

10, 11 e 12), com a diferença de que os sintomas iniciais característicos de cada uma delas aparecem durante o período de intoxicação ou abstinência de alguma droga.

Por exemplo, quando uma pessoa apresenta sintomas de uma crise de pânico enquanto está intoxicada por cannabis (depois de fumar maconha), esta crise de pânico será caracterizada como um transtorno relacionado ao uso de substâncias e não como uma neurose ou reação neurótica. E da mesma forma para os outros transtornos que estudamos, pois quando os sintomas surgem depois do sujeito utilizar qualquer droga, são caracterizados como transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Resumo

Vimos os principais transtornos psicóticos e suas características, como a esquizofrenia e os transtornos delirantes. Aprofundamos nos sintomas da esquizofrenia e nos tipos de transtornos delirantes. Vimos que os delírios do transtorno delirante diferem dos da esquizofrenia por não serem impossíveis ou culturalmente impróprios. E vimos também que os transtornos relacionados a substâncias correspondem basicamente aos mesmos transtornos psiquiátricos que estudamos anteriormente, com a diferença de que aparecem durante o período de intoxicação ou de abstinência de alguma droga.



Atividades de aprendizagem

1. Para diagnosticar um paciente com esquizofrenia, é preciso que pelo menos dois sintomas se apresentem. Quais são esses sintomas?
2. Quais os sintomas que podem ocorrer ao indivíduo que ingere desmedidamente bebidas alcoólicas?

Aula 13 – A família, sua história e objetivos

Nesta aula começaremos a estudar o componente familiar da dependência química. Estudaremos as diferenças entre a família de antigamente e a família de hoje em dia, assim como a possível relação dessas diferenças com o aumento do índice de dependências químicas atualmente. Também veremos que independentemente das características familiares relativas a cada época, a função da família para o indivíduo continua sendo a mesma de sempre.

O conceito de família mudou bastante ao longo do tempo. Muitas pessoas, quando se referem à família, ainda fazem a imagem de um pai, uma mãe e filhos. Mas hoje em dia essa imagem já não é uma regra e as famílias estão constituídas das mais diferentes formas. No entanto, a função que a família desempenha para o desenvolvimento e emancipação do indivíduo continua sendo a mesma e os papéis que precisam ser desempenhados dentro da família também seguem iguais. No entanto, uma questão mudou bastante: a autoridade desempenhada pelos pais. E essa mudança pode estar intimamente relacionada à origem do aumento significativo dos índices de dependências químicas observados hoje.

13.1 A família de antigamente e a família de hoje em dia

De acordo com Roudinesco (2003), existem três grandes fases históricas pelas quais a família passou. A primeira delas se caracterizou pela família tradicional, que tinha como principal objetivo assegurar a transmissão do patrimônio para as futuras gerações da família. Para isso, os casamentos eram arranjados pelo pai, autoridade máxima e indiscutível dentro da família.

A segunda fase se caracterizou pela família romântica, com razões mais sentimentais do que materiais. O casamento era baseado na reciprocidade de sentimentos entre o casal e não mais na vontade do pai. O principal objetivo da família passou a garantir a sobrevivência do sobrenome e do sangue da família nas gerações futuras. Nessas famílias, os filhos passaram a ser “mais da mãe do que do pai”.

A terceira grande fase é a atual, caracterizada pela família contemporânea, na qual o casamento é movido pela busca de realização pessoal e sexual. São motivações aparentemente mais inexatas do que as de antigamente, o que tem gerado um maior número de divórcios e recasamentos, pois se um casamento não traz a realização buscada, parte-se para outro que se imagina que possa trazê-la. Neste formato atual de família, os filhos não são prioridade absoluta, e os pais acabam tendo que conciliar o cuidado dos filhos com a busca pela sua realização individual.

Nesse movimento histórico da família aconteceu um fato bastante relevante para o nosso objeto de estudo: a queda da autoridade nas famílias contemporâneas.

Observe que na família tradicional o pai era autoridade máxima e indiscutível. Já na família romântica, o papel de pai passou a depender da autorização da mãe para que fosse exercido. E na família contemporânea, os pais, por passarem muito tempo fora de casa em busca da sua própria realização, sentem culpa e não querem assumir o lugar de autoridade que impõe limites durante o tempo que estão com os filhos. A autoridade que antigamente era máxima e indiscutível passou a praticamente não existir.

De acordo com Kalina (1991), uma das características das famílias pré-aditivas (família que tem maior probabilidade de ter um filho dependente químico) é a ausência de uma figura de autoridade que proponha e sustente limites e valores bem definidos. Portanto, podemos afirmar que as características da família contemporânea favorecem a formação da estrutura familiar pré-aditiva, contribuindo para o crescente número de casos de dependência química que vemos atualmente.

13.2 O objetivo da família

De acordo com Drummond (1998), a família, independentemente da sua estrutura, deve permitir e estimular o crescimento de seus membros, propiciar aos filhos a possibilidade de buscar dentro da família a segurança para alçar voo rumo à independência.



Figura 13.1: Dando independência.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Portanto, o objetivo central da família, seja qual for a sua constituição, é dar condições para que os filhos se tornem independentes e capazes de ir atrás de seus próprios objetivos. Retomando o conceito apresentado nas aulas anteriores, poderíamos dizer que o objetivo da família é favorecer o amadurecimento emocional dos filhos.

Maluf & Pires (2009) dizem que “um dos perigos que envolvem a questão do abuso ou dependência de drogas é a dependência familiar” e que “o amadurecimento é um dos fatores de proteção para o abuso e dependência de drogas”, ou seja, quando a família cumpre seu objetivo de promover independência e amadurecer os filhos, está evitando que surja um caso de dependência química em casa.

Como veremos na aula seguinte, para que a família cumpra com seu objetivo de emancipação dos filhos, é preciso que sejam exercidos os papéis de mãe e de pai de maneira equilibrada dentro da família, independente da forma como ela se constitua.

Resumo

Nesta aula vimos que o processo histórico, desde a família tradicional até a contemporânea, culminou na queda da figura de autoridade presente antigamente na família. Vimos que essa queda de autoridade é uma das características das famílias chamadas pré-aditivas, aquelas famílias que favorecem o surgimento das dependências químicas. Pudemos entender que o principal objetivo da família é promover a independência e a maturidade dos seus membros.



Assista ao vídeo engraçado sobre Dicas e Família dos anos 50 e 90.
<https://www.youtube.com/watch?v=k-yNwEqSr3I>

Aula 14 – Os papéis do pai e da mãe dentro da família

Dando continuidade ao componente familiar das dependências químicas, nesta aula conversaremos sobre os papéis de pai e de mãe, que devem existir dentro de qualquer família, e que não correspondem necessariamente ao pai e à mãe, mas podem ser desempenhados por qualquer pessoa que seja responsável pelos filhos. Também começaremos a relacionar as disfunções que ocorrem dentro da família com o que foi visto nas aulas sobre a psicologia do dependente químico.

Vamos entender o “papel” como um conjunto de comportamentos que podem ser desempenhados por qualquer integrante da família, não sendo necessariamente o pai a exercer o papel de pai e nem necessariamente a mãe a exercer o papel de mãe. É importante ter isso claro pelo fato de que, independente da formação da família (mãe solteira, pai solteiro ou apenas os avós), é possível que os papéis de pai e de mãe sejam desempenhados de maneira equilibrada também.

14.1 O equilíbrio dos papéis de pai e de mãe

A figura de autoridade que, segundo Kalina (1991), falta nas famílias que possuem um caso de dependência química corresponde ao *papel de pai*, figura fundamental para cumprir o objetivo da família de promover independência e maturidade para os filhos. Essa figura de autoridade, representada pelo papel de pai, impõe limites, dá direcionamento, estimula e exige autonomia e independência dos filhos.

O papel de mãe, no entanto, corresponde a comportamentos de cuidado, controle e proteção. O melhor exemplo de papel de mãe é a relação entre uma mãe e o filho recém-nascido – ela “faz tudo por ele”, supre necessidades, controla horário e o que está fazendo, cuida para que esteja bem, demonstra todo seu afeto e carinho pelo filho.

O papel de mãe é muito útil no início da vida de qualquer pessoa, pois é através dele que o sujeito vai constituir uma boa base de autoestima e autocuidado, sentindo-se amado e valorizado. Enquanto o papel de pai entra conforme o filho vai adquirindo capacidade, justamente para quebrar essa relação de “fazer tudo pelo filho”, estimulando a independência dele, para que aprenda a se virar sozinho.

O papel de pai vai contribuir para que o filho construa, a partir da base de autoestima fornecida pelo papel de mãe, condições de ser independente, lutando pelos seus próprios objetivos.

É o equilíbrio entre os dois papéis que vai contribuir para que o filho desenvolva aquelas características correspondentes à maturidade emocional sobre as quais conversamos nas aulas anteriores – pensar a longo prazo, adiar satisfação e reconhecer as necessidades dos outros – cumprindo o objetivo da família de tornar os filhos independentes.

14.2 A disfunção do papel de pai

Vamos imaginar a seguinte situação: O pai leva o filho para comprar pão no final da tarde, e o filho pega um chocolate escondido na panificadora. E o pai só se dá conta do que o filho fez quando já estão no carro. Um bom exemplo de papel de pai seria o pai levar o filho novamente à panificadora, dizendo para ele que o que ele fez foi errado, explicando o problema que isso pode gerar para a atendente, fazendo-o devolver o chocolate e pedir desculpas à moça do caixa por ter feito isso.

Por que isso é papel de pai? Porque essa atitude está ensinando ao filho que ele é responsável por suas ações, e deve assumir as consequências do que faz, além de mostrar para ele que existem outras pessoas no mundo e que ele não pode ignorá-las, como fez com a moça do caixa. Está amadurecendo o filho e capacitando-o para a vida.

A disfunção do papel de pai acontece quando o que é dado aos filhos não são limites, mas limitações. Vamos imaginar que no caso contado, ao invés de levar o filho para pedir desculpas e devolver o chocolate, o pai, quando viu o que o filho fez, começou a xingá-lo, chamando-o de sem vergonha, safado, dizendo que é uma vergonha para a família, que a educação que foi dada a ele não serviu para nada e etc.

Neste caso, o filho, ao invés de aprender que é responsável pelas suas ações e que existem outras pessoas no mundo, ele está aprendendo que é um sem-vergonha, que não tem jeito e incapaz de fazer alguma coisa direito. É uma limitação, e com limitações o filho vai perdendo a esperança em si mesmo.

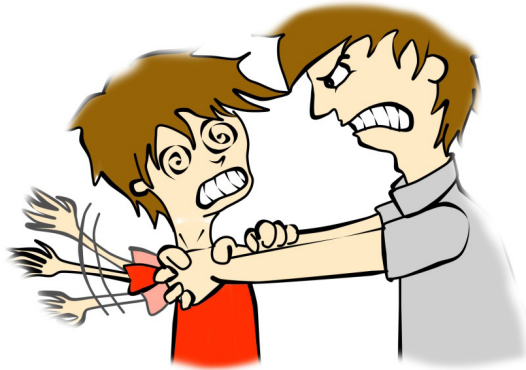


Figura 14.1: Limitação.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

14.3 A disfunção do papel de mãe

No caso do papel de mãe, “fazer tudo pelo filho” é perfeito quando ele é um recém-nascido, incapaz de fazer qualquer coisa por si mesmo. No entanto, a disfunção do papel vem conforme o filho cresce, e os pais insistem em “fazer tudo pelo filho”, tratando-o como se continuasse incapaz de fazer qualquer coisa por conta própria.



Figura 14.2: A disfunção do papel de mãe.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Quando ocorre isto, o filho, ao invés de construir sua autoestima, que é o objetivo do papel de mãe, ele aprende que continua sendo incapaz de fazer as coisas por conta própria e que sempre vai depender de alguém que faça as coisas por ele e para ele. Nessa disfunção entram principalmente os



Assista o vídeo sobre reflexão de relações familiares entre pais e filhos disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ig_i19A-00A

comportamentos de superproteção ou comportamentos de desvalorização. Mães superprotetoras ou excessivamente críticas assumem esta disfunção do papel de mãe.

As disfunções dos papéis são muito comuns nas famílias que possuem um caso de dependência química, e são completamente compatíveis com as características psicológicas que vimos do dependente químico. Ele é imaturo emocionalmente, dependente emocional e financeiramente de alguém, não sabe lidar com frustrações, entre outras características que são estimuladas pelas mensagens de incompetência e dependência que os papéis disfuncionais de mãe e de pai transmitem aos filhos.

Resumo

Nesta aula vimos que o papel de mãe corresponde a comportamentos de cuidado, controle e proteção, e é responsável pela base de autoestima do filho, enquanto que o papel de pai corresponde a comportamentos de limite, direcionamento e exigência, e é responsável pela crescente autonomia e independência dos filhos. Vimos também que o equilíbrio desses papéis promove o amadurecimento emocional dos filhos e que a disfunção deles é muito comum nos casos de dependências químicas.



Atividade de aprendizagem

- Segundo Kalina, qual o papel que falta nas famílias que possuem um caso de dependência química? O que este papel representa?

Aula 15 – Codependência: a comorbidade da família

Nesta aula, encerraremos o componente familiar das dependências químicas, estudando o principal conceito relativo a este componente: a codependência. Veremos que a codependência surge conjuntamente com a dependência química e corresponde aos comportamentos que a família apresenta na relação com o dependente químico. Veremos também que a codependência possui um papel de extrema importância tanto no processo de adoecimento do dependente, quanto no seu processo de recuperação.

Existem diversos estudos que apontam para a importância fundamental do envolvimento da família na reabilitação do dependente químico (SCHENKER & MINAYO, 2004). E quando se fala em “envolvimento da família” no tratamento, o ponto central é o trabalho para eliminar os comportamentos codependentes que a família apresenta.

15.1 Codependência: o que é?

De forma bem simples, a codependência corresponde a comportamentos que impulsionam a dependência química de uma pessoa ou que retardam o processo de recuperação dela (OMS, 2006).

Segundo Afornali & Mestres (2011), “nenhum dependente pode consumir sua droga por muito tempo sem alguma contribuição propiciada pela relação com os ‘seus’ codependentes”. Isso quer dizer que os codependentes de uma forma ou de outra vão favorecer o uso de drogas do dependente químico, seja facilitando o acesso dele às drogas (dando dinheiro, buscando drogas), seja buscando poupá-lo dos prejuízos causados pelo uso de drogas (assumir suas responsabilidades, comprar suas brigas) ou até, como acontece muitas vezes, boicotando sua recuperação (fazendo festas para ele com bebidas alcoólicas, oferecendo novamente drogas a ele).

Os codependentes muitas vezes entram numa espécie de relação ‘mãe-filho’ com o dependente químico. Como falamos na aula 9, as drogas regridem a

idade mental do sujeito, tornando-o infantil. E as pessoas que estão em volta do dependente passam a tratá-lo como se ele fosse uma criança incapaz, cuidando-o, controlando-o, brigando com ele, mas sempre atendendo suas necessidades, como uma mãe.

Os codependentes normalmente abrem mão das suas próprias responsabilidades e da sua própria vida para cuidar e controlar o dependente químico. Acabam ficando “dependentes do dependente químico”. Isso gera um ciclo vicioso, pois o dependente químico leva os codependentes a controlarem e cuidarem dele e, com isso, os codependentes acabam facilitando e estimulando o uso de drogas do dependente químico.

15.2 A falta do papel de pai e o excesso do papel de mãe

Como foi explicado na aula 14, o papel de mãe corresponde a cuidar, controlar e proteger o filho, ou seja, o papel de mãe é “fazer tudo” pelo filho. Enquanto que o papel de pai é impor limites, dar direcionamento, estimular e exigir autonomia e independência dele. Lembrando que esses papéis não querem dizer pai e mãe necessariamente, mas qualquer um que adote esses comportamentos.

Existe um padrão que se repete bastante nas famílias que possuem um caso de dependência química, que é a disfunção extrema dos papéis – o excesso de papel de mãe e a ausência do papel de pai. Isso quer dizer que todos estão cuidando, controlando ou até desqualificando o dependente, e ninguém impõe limites, exigindo autonomia e independência dele, pelo contrário, é como se os pais o vissem como um incapaz, agissem de acordo com essa visão e estimulassem sua imaturidade e a dependência que tem da família.



Figura 15.1: Codependência.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Essa forma de agir dos codependentes favorece que o dependente químico se mantenha emocionalmente imaturo, precisando da droga para regredir sua idade mental e se sujeitar aos pais como se fosse uma criança ou um pré-adolescente.

15.3 Comportamentos e sentimentos codependentes

Visto os conceitos básicos sobre codependência, vamos agora buscar exemplificar alguns comportamentos característicos dos codependentes, que contribuem para o adoecimento do dependente químico.

É muito comum observarmos nos codependentes comportamentos como a permissividade, o eterno perdão, o controle do comportamento do outro, assumir as responsabilidades dele para si, colocar a culpa da dependência em fatores externos, tratar os riscos e as consequências da dependência como se não fossem tão graves, entre outros comportamentos.

Por exemplo, o pai que paga o conserto do carro que o filho bateu ao dirigir alcoolizado; a família que acredita nas justificativas mais absurdas que o dependente dá para seu uso de drogas, como: “eu uso drogas porque não estou conseguindo emprego” ou “eu paro na hora que eu quiser”. Também é codependente o médico que receita antidepressivos, sem verificar se o sintoma não é causado pelo uso de drogas, ou até o psicólogo, quando tenta encontrar na infância do sujeito os motivos para sua dependência. Todos esses comportamentos, de certa forma, facilitam o prosseguimento da dependência química.

Dentro da família existem quatro principais sentimentos que sustentam os comportamentos codependentes.

O primeiro deles é a **culpa**, que faz a família querer “compensar” os erros que cometeu no passado, e se tornam codependentes buscando fazer tudo para satisfazer o dependente químico.

O segundo é a **raiva**, que leva o codependente a desqualificar o dependente químico, diminuindo ainda mais sua autoestima, que já está prejudicada pela impotência frente à dependência das drogas.

O terceiro é a **pena**, que move os codependentes a tentar minimizar as consequências do uso de drogas do sujeito, porque “ele já está sofrendo demais, coitadinho, não vamos deixar que se preocupe mais com isso ainda”.

O quarto, que acontece nos casos mais graves, é o **medo**, que leva os codependentes a suprirem as necessidades do dependente pela crença de que se não fizerem assim poderão ser agredidos ou estar em risco.

Sendo assim, o objetivo do tratamento da família, de uma forma bastante simplificada, é resolver esses quatro sentimentos, tratar de eliminar os comportamentos codependentes (papéis de pai e de mãe disfuncionais) e estimular o exercício do papel de pai saudável, impondo limites e exigindo autonomia e independência. Falaremos mais sobre o tema em questão na aula 21.

Resumo

Nesta aula, você aprendeu que a codependência corresponde a comportamentos que impulsionam a dependência química de uma pessoa ou retardam o processo de reabilitação dela. Aprendeu também que é fundamental que a codependência da família seja tratada para uma maior probabilidade de sucesso na reabilitação do dependente, e que para isso é importante que a família passe a exercer o papel de pai de uma forma saudável, impondo limites e exigindo independência para o dependente químico.



Atividade de aprendizagem

- O que significa o termo “dependente do dependente químico”? Quais os comportamentos característicos do codependente?

Aula 16 – Influência social: somos moldados pelo ambiente e pelos outros

Nesta aula começaremos a ver o componente social das dependências químicas. Você entenderá por que o meio em que o sujeito está inserido e as pessoas com quem convive são tão influentes, tanto para o início ou não do uso de drogas, quanto para o sucesso ou insucesso do seu tratamento posterior.

Muitas vezes subestimamos a influência que o ambiente e as outras pessoas exercem sobre o ser humano. Dizemos “não, isso que eu fiz não tem nada a ver com os outros, fiz porque eu quis” ou “eu compro tal produto não por causa da propaganda, mas porque eu gosto dele”, e assim por diante. No entanto, inúmeras pesquisas sobre o tema apontam que muitas vezes somos influenciados pelo ambiente e pelos outros e, o pior de tudo, não nos damos conta disso.

16.1 A influência do ambiente

Mauboussin (2009) conta em seu livro uma experiência feita em um supermercado na Europa, que demonstra bem a influência que o ambiente pode exercer sobre a gente, sem que percebamos.

Colocaram em um setor do supermercado dois tipos de vinho, um francês e um alemão, para vender. A qualidade e características dos dois eram muito parecidas, não tendo um vinho melhor e outro pior. Mediram a quantidade das vendas durante uma semana, e constataram que aproximadamente metade das vendas era de um e metade de outro. Uma disputa bem equilibrada.

Na semana seguinte, foi feita uma mudança bastante sutil no ambiente: colocaram uma música francesa romântica tocando, quase que imperceptível, ao fundo. Naquela semana 77% das vendas foram do vinho francês e somente 23% do vinho alemão.

Na outra semana ainda, decidiram fazer o teste contrário: colocaram uma música alemã festiva tocando imperceptivelmente ao fundo. Incrivelmente,

naquela semana, 73% das vendas foram do vinho alemão, e apenas 27% do vinho francês.

Depois, foram perguntar aos compradores sobre a música que tocava ao fundo, na ala dos vinhos. Curiosamente, grande parte disse que nem tinha percebido a música e os poucos que a perceberam afirmaram com convicção que sua escolha não tinha relação nenhuma com a música que estava tocando.

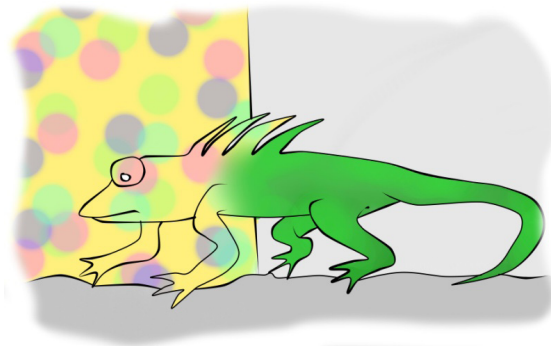


Figura 16.1: A influência do ambiente.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Conclusão: uma mudança quase imperceptível no ambiente, neste caso uma música de fundo, influenciou a decisão de praticamente metade das pessoas que compravam vinho, e essas pessoas nem sequer se deram conta da influência que sofriam. Ou seja, o ambiente tem extrema relevância nas decisões que nós tomamos.

16.2 A influência dos outros

Solomon Asch – psicólogo social conhecido por desafiar nossa autoimagem como seres autônomos – demonstrou que nossa tendência a concordar com a maioria pode ser mais forte do que nossos valores ou percepções básicas, e para isso, realizou nos anos 50 uma experiência que mostra de forma muito interessante como somos influenciados pelos outros.

Um exercício bem simples: era apresentado a cada participante um cartão com o desenho de uma linha, e outro cartão em que estavam desenhadas três linhas, denominadas A, B e C. Perguntava-se então ao participante qual das três linhas tinha o mesmo comprimento que a linha do primeiro cartão. Eram doze cartões para serem avaliados. Somente 0,5% das pessoas erraram alguma resposta. Praticamente todos os participantes acertaram todos os cartões.

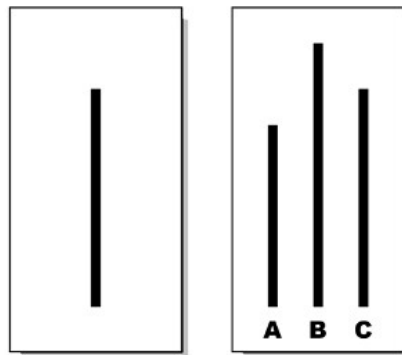


Figura 16.2: O paradigma de Asch.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

A partir disso, ele resolveu testar a influência de outras pessoas sobre os participantes.

Realizou novamente o mesmo exercício, só que desta vez cada participante foi colocado em um grupo de sete “aliados” (pessoas que sabiam os verdadeiros objetivos da experiência, mas que eram apresentadas como participantes). Basicamente, a ideia era organizar o grupo de forma que o verdadeiro participante desse a sua resposta por último, e que todos os “aliados” pudessem dar a mesma resposta errada para o exercício antes do participante.

Surpreendentemente, quando o teste foi aplicado desta maneira, 75% dos participantes erraram a resposta de pelo menos um par de cartas. E quando perguntaram aos participantes qual o motivo que os levou a responder errado, alguns disseram que não queriam parecer bobos diante do grupo e outros realmente acreditaram que o grupo estava certo e que não deviam estar vendo direito.

Conclusão: A necessidade que temos de estar em conformidade com o grupo tem enorme influência em nossas decisões e, muitas vezes, chega a influenciar inclusive a nossa percepção dos fatos.

A partir do que estes dois experimentos nos mostram sobre o comportamento humano, podemos começar a entender porque um dependente químico em recuperação não deve voltar a frequentar os lugares que frequentava em seu período de uso, nem voltar a conviver com as pessoas que usavam droga com ele na época, caso elas sigam usando drogas, pois esses dois fatores podem ter uma influência determinante para a recaída dele.

Também, podemos entender a razão daquele velho ditado “dize-me com quem andas e te direi quem és”, assim como a preocupação que os pais têm com relação às “más companhias” dos filhos, uma vez que a opinião unânime de um grupo influencia intensamente a opinião do indivíduo.

Resumo

Nesta aula vimos dois experimentos bastante conhecidos na área da psicologia. Um que demonstra a influência do ambiente sobre nossas decisões e outro que demonstra como a nossa necessidade de estar em conformidade com o grupo é poderosa e pode inclusive nos fazer desconfiar da nossa própria percepção. Esses conceitos estendidos para a área de dependência química nos permitem entender a importância das mudanças sociais para o processo de reabilitação e a razão de os pais se preocuparem com as companhias dos seus filhos.



Atividades de aprendizagem

1. Sobre a experiência realizada no supermercado europeu citado no texto, por que as pessoas sofreram influência ambiental sem darem conta do fato?
2. Você já utilizou ou comprou algo que depois se perguntou por que havia feito adquirido aquilo? Comente o fato.

Aula 17 – O tráfico de drogas e seu sucesso

Nesta aula conversaremos sobre uma parte muito dura do aspecto social do uso de drogas – a organização e a influência do tráfico. Veremos como o tráfico de drogas se organiza e como utiliza o conhecimento que apresentamos na aula anterior para difundir cada vez mais seu produto: as drogas.

A influência que as pessoas e o ambiente exercem sobre todos nós pode ser utilizada tanto para construir como para destruir. O tráfico de drogas, como uma grande empresa, utiliza com maestria esse conhecimento para atingir seus dois principais objetivos: obter lucro e aumentar sua carteira de clientes – os usuários de drogas, destruindo a vida de muitos para isso.

17.1 A organização do tráfico

Como toda empresa, o tráfico de drogas também possui donos, diretores, gerentes e diversos funcionários para realizar todo o processo necessário, desde a produção até a comercialização dos seus produtos. Para dar uma ideia da dimensão desta enorme empresa, montamos este esquema explicativo da organização do tráfico de drogas.

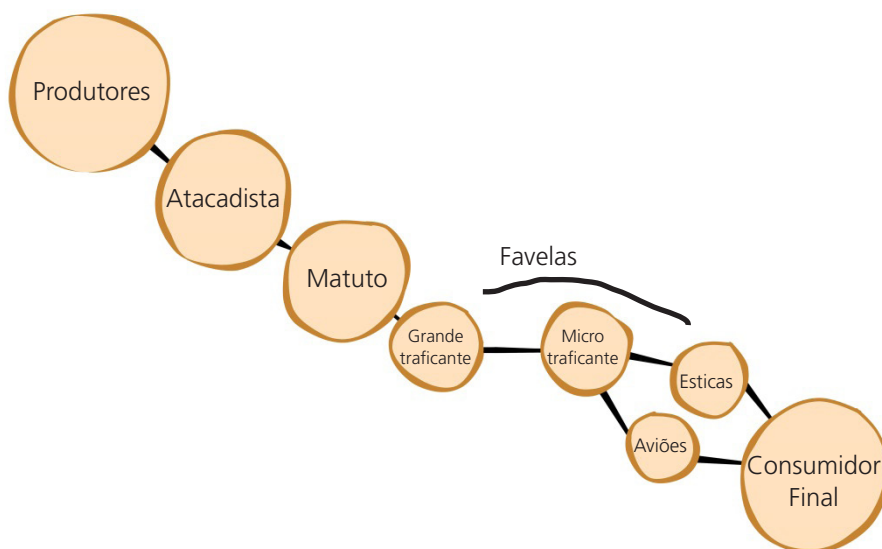


Figura 17.1: A organização do tráfico.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Observe que os chamados “grandes traficantes”, os grandes chefes das favelas, que são temidos e procurados pela polícia, são apenas os “gerentes da empresa”, tendo acima deles ainda os diretores, presidentes e donos, por assim dizer. Isso é interessante que seja observado, pois nos leva a concluir que existem pessoas com muito mais poder sobre o tráfico de drogas do que os traficantes, que muitas vezes vemos como os responsáveis por tudo isso (DOWDNEY, 2003).

O processo do tráfico inicia em grande escala em países como Colômbia, Bolívia, Peru e Paraguai, onde as drogas são plantadas pelos chamados produtores, que possuem as grandes plantações de coca (Colômbia, Bolívia e Peru) e de maconha (Paraguai).

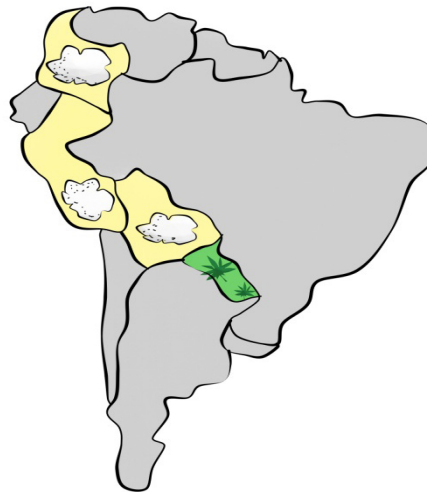


Figura 17.2: Principais produtores de drogas.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Estes produtores são contatados pelos atacadistas, que organizam a importação das drogas. Os atacadistas possuem acesso a esquemas de lavagem de dinheiro e contatos com organizações criminosas internacionais. Os matutos buscam a droga na fronteira e a levam para o coração das favelas que os grandes traficantes controlam. Os matutos abastecem todas as facções do crime organizado sem se envolver nos conflitos entre elas.

Para você ter uma ideia do poder que envolve os atacadistas e os matutos, os atacadistas têm acesso aos níveis mais elevados de poder do estado, quando não são eles próprios membros de órgãos de estado (NEPAD & CLAVES, 2000, *apud* DOWDNEY, 2003); e o matuto se move livremente entre todas as facções e é protegido por todas elas. Como afirma uma pessoa próxima ao esquema do tráfico, segundo Dowdney (2003), “a lei do crime [...] diz que matuto não pode ser mexido”.

Só que o nível mais alto que conhecemos e que chega aos ouvidos do povo são os grandes traficantes, encontrados em grande quantidade comandando o tráfico desde a cadeia, onde estão presos. Depois dos grandes traficantes existem diversos cargos responsáveis pela operacionalização do tráfico na favela, dentre eles os microtraficantes, responsáveis pela supervisão das operações cotidianas de venda de droga, defesa da favela e invasão de outras áreas.

Por último, estão os aviões e os esticas, principais contatos do consumidor final. Os aviões vendem droga diretamente aos clientes, na “boca de fumo”, e os esticas se deslocam até festas, universidades e escolas para vender a droga ao público que não vai até a favela.

17.2 A influência do tráfico

Toda empresa, para existir, necessita ter algo a ser vendido e alguém interessado em comprar. O objetivo, é que cada vez mais gente queira comprar o produto ou serviço vendido para que, então, a empresa possa crescer e aumentar seu faturamento. E as empresas buscam, de todos os modos, cumprir esse objetivo.

Uma das formas mais eficientes de aumentar o número de clientes de uma empresa é a chamada propaganda boca a boca, quando o cliente indica e defende o produto ou serviço para outras pessoas. Quando acontece isso, o sucesso é quase garantido.

E como toda empresa, o tráfico também busca este objetivo. E, para isso, utilizam de uma forma incrível, os conceitos que vimos na aula anterior: a influência do ambiente e das pessoas.

Primeiramente, o tráfico conseguiu tornar seu produto extremamente acessível a todos. Em qualquer lugar que estamos existe uma oportunidade próxima de encontrar a droga. E a “acessibilidade” é uma das melhores formas de utilizar a influência do ambiente para difundir seu produto. Somado a isto, o tráfico conseguiu, de forma genial, não só fazer com que os usuários indiquem e defendam seu produto para outras pessoas, mas também discriminem aqueles que não consomem – os “caretas” e “perdedores” – principalmente entre os jovens, que são o público mais promissor do tráfico.



O filme Tropa de Elite mostra a organização do tráfico e sua influência no ambiente e sobre as pessoas.
<https://www.youtube.com/watch?v=0jeTL9hC3Wg>

Aula 18 – O efeito social no dependente químico

Depois de vermos conceitos de influência social, a organização do tráfico de drogas e como ele utiliza a influência para promover seu produto, nesta aula vamos encerrar o componente social das dependências químicas entendendo o que acontece na vida social do dependente químico, a partir do momento em que ele começa a usar drogas.

O componente social, de forma mais intensa que os outros componentes, é tão afetado pelo uso de drogas quanto é responsável pelo seu início. Isso quer dizer que, na grande maioria das vezes, os lugares frequentados e as pessoas de convívio diário do sujeito têm papel determinante no início do uso de drogas e, conforme a dependência química se instala, os lugares que frequenta e as pessoas com que convive vão mudando, sempre compatíveis com o nível de adoecimento em que ele se encontra.

18.1 Os primeiros efeitos no componente social

As primeiras mudanças sociais observadas no início do uso de drogas correspondem ao abandono de obrigações e valores – é a perda do chamado vínculo social (ENRIQUEZ, 2001). Por exemplo, o adolescente que começa a usar drogas passa a tirar notas baixas na escola, a faltar nas aulas e a desrespeitar as autoridades escolares, desvalorizando sua relação com a escola enquanto instituição. O adulto usuário de drogas começa a faltar no trabalho, provoca acidentes, gerando vítimas inocentes, abandona responsabilidades familiares, infringe as leis, entre outros atos que representam a quebra do vínculo social.

A dissolução deste vínculo, provocada pelo uso de drogas, está relacionada, em grande parte, às características psicológicas do dependente químico, como a incapacidade de reconhecer as necessidades dos outros (usa as pessoas e gera vítimas pelo abuso de drogas), a falta de limites (faz qualquer coisa pela droga, abandona escola, família etc.) e a sua relação com a transgressão da lei (ignora as normas e regras existentes), como conversamos nas aulas anteriores.

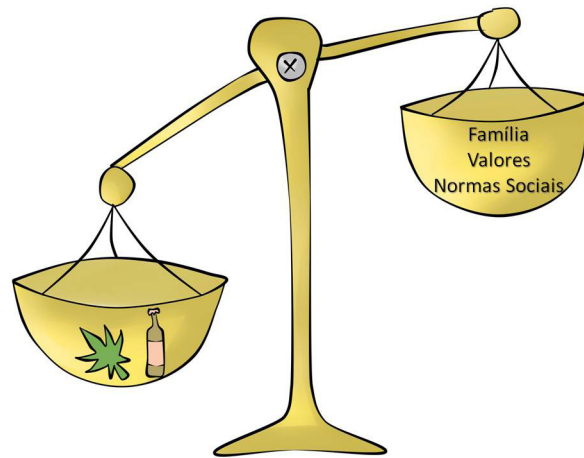


Figura 18.1: A crescente prioridade das drogas para o dependente.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Conforme a dependência química se instala, essas características psicológicas vão se desenvolvendo e a droga vai assumindo um posto de cada vez mais prioridade na vida do dependente químico. É como se houvesse uma balança, na qual em um dos lados estão os valores, as normas e as expectativas da comunidade a que pertence; e do outro lado da balança está a droga. A dependência química faz com que o lado da droga tenha tanto peso que torna insignificante o peso que os valores e normas possuíam antes do uso de droga para o dependente.

É esse movimento que faz com que os primeiros efeitos sociais ocorram e se agravem progressivamente.

18.2 Os lugares e as companhias

Como conversamos nas primeiras aulas sobre o componente biológico, a droga se relaciona com o sistema de recompensa do cérebro de uma forma mais intensa do que os próprios comportamentos de sobrevivência. Dessa forma, podemos entender por que quando a dependência química se instala, a droga passa a assumir cada vez mais prioridade na vida do dependente químico, tornando-se mais importante do que a sua própria sobrevivência.

O conflito gerado entre a necessidade incontrolável da droga e o ambiente social em que o dependente químico se encontra é um dos fatores que promovem as mudanças sociais na vida dele.

É gerado um imenso desconforto quando alguém se sente incompatível com os ambientes que frequenta ou com o grupo no qual convive. Por isso, os

experimentos apresentados anteriormente demonstraram que as pessoas tendem sempre a buscar a conformidade de acordo com o ambiente ou com o grupo em que está.

Acontece que no caso do dependente químico a necessidade da droga é muito forte para que ele abra mão dela, e se mantenha em conformidade com sua família, seus amigos de infância, sua escola ou seu trabalho. Então, ele vai buscar pessoas e lugares que permitam que ele se sinta em conformidade, mesmo usando drogas. Vai se juntar a outros usuários de drogas e vai frequentar locais em que a droga esteja disponível e seja “bem vista”.

Por isso, o dependente químico se afasta da família, dos amigos de infância que não usam, começa a andar com um pessoal mais “da pesada” segundo os pais, diminui a frequência escolar e/ou no trabalho, começa a frequentar locais considerados apropriados para o uso de drogas, como bares, boates, bailes funks, prostíbulos, matas fechadas e cemitérios que, em atendimentos, são relatados como locais ideais para usar drogas (AFORNALI & MESTRES, 2011).

A partir dos efeitos sociais da dependência química, podemos ver claramente como cada um dos componentes está intimamente vinculado com os outros: o biológico, com o psicológico, com o familiar e com o social. Assim podemos ir assimilando de forma mais concreta a importância de contemplar as comorbidades presentes em cada componente da doença em um programa de reabilitação, pois um componente deixado de lado pode comprometer todo um tratamento. E assim encerramos o componente social das dependências químicas.

Resumo

Nesta aula vimos que os primeiros efeitos sociais do uso de drogas é a perda do chamado vínculo social, quando o sujeito abre mão das suas obrigações e dos seus valores e começa a colocar a droga cada vez mais como prioridade na sua vida. Vimos também que conforme a dependência química se instala, o dependente vai mudando os lugares e as pessoas do seu convívio, para se manter em conformidade com seu meio social, enquanto usa drogas.



Um estudo realizado pela Universidade de Pittsburgh nos EUA, com 720 adultos, considerou o consumo moderado do álcool como fortalecedor do vínculo social. Mas, como perceber que estamos ultrapassando esse limite? Para conhecer detalhes desse estudo, acesse <http://veja.abril.com.br/noticia/ciencia/consumo-moderado-de-alcool-reforca-vinculos-sociais>

Aula 19 – O componente espiritual das dependências químicas

Nesta aula, vamos começar a ver o último componente das dependências químicas a que nos propusemos: o componente espiritual. Veremos que este componente pode ser considerado o mais decisivo para a recuperação, uma vez que ele é “tratado” quando o dependente químico encontra um sentido para sua recuperação e para sua vida. Veremos que a dependência química tira todo e qualquer sentido da vida do sujeito e deixa-o com uma enorme lacuna existencial – que é a comorbidade espiritual das dependências químicas.

Segundo Kalina & Kovladoff (1976), “a **adicção** a drogas constitui uma prática psicótica e suicida”. Psicótica porque o dependente químico vive a partir de uma realidade imaginária que construiu para si. Ele nega completamente que está derrotado pelas drogas, mas o corpo mostra essa derrota a cada instante, dando sinais de que não suporta mais a ingestão abusiva de tóxicos. Suicida porque “se o corpo é um limite, o pensamento delirante do adicto teima em ultrapassá-lo” (KALINA & KOVLADOFF, 1976), levando-o às consequências finais da dependência química – a morte por overdose, ignorando os sinais que o corpo deu da sua derrota.

19.1 A ausência de sentido

Dr. Viktor Frankl, fundador da **logoterapia**, em entrevista a uma TV canadense, conta sobre o estudo feito com sessenta estudantes de uma universidade americana que haviam tentado cometer suicídio. Ele conta que oitenta e cinco por cento desses estudantes haviam dito aos médicos que a razão de sua tentativa foi porque não conseguiam encontrar nenhum sentido na vida. Eles não tinham por que viver, então não fazia sentido continuarem vivos.

A-Z

Adicção

é propriamente o vício e, geralmente, está relacionado com drogas ilícitas, mas pode significar qualquer dependência psicológica.

A-Z

Logoterapia

é um sistema teórico-prático criado pelo psiquiatra vienense Viktor Emil Frankl, que se tornou mundialmente conhecido a partir de seu livro “Em Busca de Sentido” (um psicólogo no campo de concentração) no qual expõe suas experiências nas prisões nazistas e lança as bases de sua teoria. De acordo com Allport, “trata-se do movimento psicológico mais importante de nossos dias”. A análise existencial, de Viktor Emil Frankl, é uma linha existencial-humanística que busca, a partir de sua antropologia, ser abarcativa em sua visão de homem em todas as suas dimensões. Fonte: www.logoterapia.com.br/



Para saber mais sobre o Dr. Viktor Frankel acesse o site: <http://www.endireitar.org/site/artigos/endireitar/403-o-homem-vive-entrevista-com-viktor-frankl>.

A droga entra justamente nesta lacuna de sentido, quando o sujeito não enxerga um por que viver e adota a “prática suicida” da dependência química. Ela não só entra como uma fuga da falta de sentido, como também elimina as chances que o sujeito teria de encontrar o sentido que lhe falta. Kalina & Kovladoff (1976) dizem que onde o adicto introduz as drogas, a pessoa que busca o verdadeiro sentido tenta aumentar sua lucidez buscando novos conhecimentos, desenvolvendo sua consciência e sua tolerância à espera. Justamente o oposto ao que o uso de drogas proporciona.



Figura 19.1: As drogas como uma prática suicida.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

19.2 A religiosidade como fonte de sentido

Muitos estudos citam a religiosidade, juntamente com outros fatores, como vínculos positivos com a família e experiências escolares positivas, como um fator de proteção às dependências químicas (SCHENKER & MINAYO, 2005). Isso porque a religiosidade pode ser uma importante fonte de sentido para o sujeito.

Dr. Frankl, na mesma entrevista citada anteriormente, afirma que todas as pessoas podem encontrar uma razão de ser, independente de religião. No entanto, uma pessoa com alguma crença ou fé consegue encontrar mais facilmente um sentido na vida. E é a existência deste sentido que não dá espaço para que a dependência química se instale, e que motiva profundamente o dependente químico para sua recuperação.



Figura 19.2: Religiosidade.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

O interessante é que religiosidade não corresponde à religião ou ir à igreja. É mais uma postura religiosa interior do que uma ação exterior. Dalgarrondo (2004) verificou em seus estudos que o fato de estudantes adotarem intimamente para si valores e normas religiosas indicava um menor uso de drogas, enquanto que o fato de eles buscarem a religião e a igreja apenas como uma fonte de convívio social não se mostrou diretamente relacionado ao uso de drogas. Imaginamos que a religião como apenas uma fonte de convívio social não ajude o sujeito a encontrar um sentido na vida.

Vale salientar também que o dependente químico, conforme a doença se instala, afasta-se gradativamente de qualquer crença ou fé que tenha aprendido da sua família, se afastando da religiosidade que poderia proporcionar a ele o sentido que lhe falta.

Existem inúmeros casos de pacientes que relatam alguma forte experiência religiosa como sendo a responsável pelo início da sua recuperação. Também existem diversos casos em que a reabilitação é consolidada, quando o dependente encontra alguma atividade ou função em que se sinta útil para os outros e possa utilizar suas virtudes, as quais ele nunca enxergou devido à baixa autoestima, característica do dependente químico. Ambos os casos retratam a descoberta de um sentido que motiva a recuperação. Na próxima aula veremos como esse sentido é construído.

Resumo

Nesta aula vimos que a dependência química funciona como uma “prática suicida”, advinda de uma falta de sentido na vida. Vimos também que as drogas levam o dependente químico para o lado oposto ao caminho que o conduziria a encontrar algum sentido para a vida: esquece seu próprio desenvolvimento, fica cada vez mais inconsciente e intolerante à espera e



Qual é o sentido da vida? Ela tem sentido? Pesquisa desvenda essa questão ou pelo menos tentou! Acesse o [link: http://noticias.terra.com.br/popular/interna/0,6675,01124544-E11141,00.html](http://noticias.terra.com.br/popular/interna/0,6675,01124544-E11141,00.html)



Entrevista com o professor e filósofo Marcos Sergio Cortella sobre religiosidade e religião. Veja a opinião dele sobre o assunto, acessando <http://planetasustentavel.abril.com.br/noticia/atitude/mario-sergio-cortella-nao-adie-seu-encontro-espiritualidade-521429.shtml>

Aula 20 – Componente espiritual: encontrando um sentido

Dando continuidade ao componente espiritual das dependências químicas, nesta aula conversaremos sobre como uma pessoa encontra um sentido na vida, visto que é esse sentido que, quando encontrado, motiva o dependente químico a se comprometer de forma duradoura com a sua reabilitação.

“Quem tem **por que** viver suporta quase todo **como**”
Nietzsche

“Há muita sabedoria nas palavras de Nietzsche [...] Nestas palavras eu vejo um lema válido para qualquer psicoterapia. Nos campos de concentração nazistas poder-se-ia ter testemunhado que aqueles que sabiam que havia uma tarefa esperando por eles, tinham as maiores chances de sobreviver” (FRANKL,1991). Para este autor, podemos descobrir um sentido na vida de três diferentes formas:

- **através de um trabalho;**
- **através do amor; ou**
- **pela atitude que tomamos frente a um sofrimento inevitável.**



Figura 20.1: Formas de encontrar um sentido.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

20.1 Através de um trabalho

Quando Frankl fala sobre encontrar um sentido através de um trabalho, está falando sobre encontrar uma vocação. A vocação é encontrada quando uma pessoa acha uma atividade que ela adora fazer, independente das recompensas que terá por essa atividade. Segundo Seligman (2009), “a vocação é a forma mais satisfatória de trabalho porque, gerando gratificação, é exercida pela atividade em si, não pelos benefícios materiais que acarreta”.

A vocação tem a ver com os valores de uma pessoa, pois qualquer tarefa pode se tornar uma vocação, desde que esteja satisfazendo os valores mais profundos de quem a realiza. De acordo com Seligman (2009), um coletor de lixo que veja seu trabalho como a missão de fazer do mundo um lugar mais limpo e mais saudável para se viver tem uma vocação, enquanto que um médico que trabalhe simplesmente para ganhar dinheiro não tem uma vocação.

Na vocação, existe uma conexão emocional com o trabalho realizado e a sensação de que se está contribuindo para um bem maior. É o caso de dependentes químicos que já passaram por um processo de reabilitação, que sentem o dever de ajudar outras pessoas que estão passando pelo mesmo que eles passaram; então encontram sua vocação se capacitando em dependências químicas e trabalhando em uma clínica ou comunidade terapêutica.

Normalmente a vocação é encontrada a partir de alguma necessidade que a pessoa vê no mundo e que a toca emocionalmente, seja porque já sofreu por aquela necessidade, porque sempre se sentiu atraído por aquele tema ou por qualquer outro motivo que gere uma reação emocional nela.

20.2 Através do amor

O amor é a emoção que torna alguém insubstituível, que demonstra a capacidade que o ser humano tem de se comprometer, de uma forma que ultrapassa a pergunta “o que você fez por mim ultimamente?” (SELIGMAN, 2009).

Quando amamos alguém, e estamos comprometidos em fazer essa pessoa feliz, e construir alguma coisa em conjunto com ela ou até para ela, conseguimos extrair desse sentimento a força necessária para superar os obstáculos que se apresentam para nós.

Nesse item entram os casos de dependentes químicos que tiveram força para passar as etapas mais difíceis da sua recuperação, porque encontraram um grande amor com quem queriam construir uma vida juntos, ou aqueles que tiveram um filho durante sua jornada rumo à abstinência e o amor pelo filho deu a eles forças para seguirem em frente.

20.3 Pela atitude que tomamos frente a um sofrimento inevitável

Existem sofrimentos inevitáveis na vida, como a perda de um ente querido ou a vivência de uma doença incurável. Podemos pensar em um diabetes ou até mesmo na dependência química. Quando não somos capazes de mudar uma situação como essas, somos desafiados a mudar a nós mesmos (FRANKL, 1991).

Isso significa que uma pessoa, já que não consegue mudar a situação vivida, pode mudar a lente através da qual enxerga o sofrimento pelo qual está passando. Duas anedotas ilustram esse conceito:

Certa vez foi ao consultório do Dr. Frankl um senhor com uma depressão profunda, pois não conseguia superar a morte de sua mulher, a quem havia amado acima de tudo. Ao que Dr. Frankl lhe perguntou: “o que aconteceria se o senhor tivesse falecido primeiro e a sua esposa ficasse viúva?”. “Ah”, disse ele, “isso teria sido terrível para ela; ela teria sofrido muito.” Ao que Dr. Frankl retrucou: “Veja bem, ela foi poupada desse sofrimento, e foi o senhor que a poupou dele; mas agora o senhor precisa pagar por isso sobrevivendo a ela e chorando a sua morte.” Ele não disse uma palavra, apertou a mão do doutor e saiu calmamente do consultório.

Outra história conta que um estudante perguntou a Thomas Edison (o inventor da lâmpada) como ele se sentia por ter falhado 1.000 vezes na sua tentativa de criar a lâmpada. Ao que ele respondeu: “eu não falhei nenhuma vez; inventei a lâmpada incandescente, só que foi em um processo de mil etapas.”

Isso representa o sentido advindo da atitude que tomamos frente a um sofrimento inevitável.



O artigo publicado em 2012 por Shirlei Maria de Oliveira e Mauro Fraga Paiva descreve a busca do sentido da vida por dependentes de crack numa leitura logoterapêutica. Acesse o link: <http://artigos.psicologado.com/abordagens/logoterapia/os-usuarios-de-crack-e-a-busca-de-sentido-uma-leitura-logoterapeutica-da-dependencia>

Gostaríamos de fechar esta aula com uma máxima da logoterapia:

“Viva como se já estivesse vivendo pela segunda vez, e como se na primeira vez você tivesse agido tão errado como está prestes a agir agora”.

Resumo

Nesta aula estudamos as três diferentes formas que Viktor Frankl, fundador da logoterapia, diz que podemos usar para descobrir um sentido na vida: através de um trabalho, através do amor ou pela atitude que tomamos frente a um sofrimento inevitável.



Atividades de aprendizagem

1. O que é logoterapia?
2. Para o indivíduo dependente químico encontrar o sentido da vida não é tarefa fácil, mas ele poderá procurar através de três formas. Quais são elas?

Aula 21 – A porta de entrada para o tratamento: a família

A partir desta aula começaremos a conversar sobre as intervenções com o dependente químico, usando como base os conceitos sobre os cinco componentes e suas comorbidades, que estudamos até agora. Veremos como funciona a intervenção e acompanhamento com a família do dependente químico, que em grande parte dos casos serve como propulsora para o início do tratamento e é fundamental para a manutenção dele.

Na aula 15, vimos como funciona a codependência, principal comorbidade da família. É fundamental que ela seja tratada para que um programa de reabilitação tenha maior probabilidade de sucesso, e mais que isso, muitas vezes tratar a codependência da família é a primeira coisa a ser feita em um programa de reabilitação. Existem muitos casos em que é a família que busca ajuda para o dependente químico, pois ele está gerando muito sofrimento para todos e não quer se tratar. A família pode ser a propulsora do início do tratamento.

21.1 A motivação inicial: crise

O psicólogo social Kurt Lewin, em sua teoria do campo, propõe que a primeira etapa de qualquer processo de mudança é o “descongelamento” – uma sensação de urgência e necessidade de transformação -, pois as pessoas sempre buscam se manter numa esfera conhecida de comportamentos e crenças, a chamada zona de conforto.

No caso das dependências químicas, é comum observarmos que o início do processo de mudança, o “descongelamento”, acontece quando o dependente químico entra em crise; quando ele se depara com uma realidade que até então não estava enxergando, ou não queria enxergar.

É muito comum observarmos isso no depoimento dos participantes de AA e NA, que normalmente relatam ter tido inúmeras perdas por causa das dro-

gas, perderam seus bens, seus amigos, sua família, chegaram no “fundo do poço” – crise – e então iniciaram seu processo de mudança.

O que acontece é que, na maioria das vezes, os comportamentos codependentes adiam essa crise, pois tratam de aceitar e encobrir as condutas desviantes do dependente, minimizar consequências e assumir as responsabilidades dele, até que a situação se torne insuportável para todos.

Portanto, o trabalho inicial com a família é para precipitar a crise no dependente químico, através de mudanças de comportamento, eliminando os comportamentos codependentes, para que ele tome a decisão de se tratar. Nas palavras dos grupos de **Amor Exigente**, é transmitir a mensagem, através de ações, de que “nós o amamos, mas não aceitamos o que você faz”.

A-Z

Amor Exigente

é um programa de auto e mútua ajuda que desenvolve preceitos para a organização da família, que são praticados por meio dos 12 princípios básicos e éticos da espiritualidade, e dos grupos de auto e mútua-ajuda que através de seus voluntários, sensibilizam as pessoas, levando-as a perceberem a necessidade de mudar o rumo de suas vidas e do mundo, a partir de si mesmas. Fonte: <http://www.amorexigente.org.br/conteudo.asp?sayfalD=5>

21.2 Intervenção antes do tratamento

Quando uma família vai buscar ajuda por causa do dependente químico, a primeira coisa que devemos fazer é identificar todos que estão sofrendo por causa dele, seja pai, mãe, irmãos, tia, avó. Pois provavelmente são essas pessoas que o dependente químico usa como codependentes para dar suporte ao seu uso de drogas.

A situação ideal seria conseguir realizar encontros regulares com os familiares para orientá-los e, se possível, também encaminhá-los para um grupo de Amor Exigente que realize reuniões no bairro. Como sabemos que o ideal, na maioria das vezes, é impraticável, sugerimos ter em mente os objetivos a serem alcançados com a família e usar a criatividade para encontrar os meios viáveis de atingi-los.



O trabalho inicial com os familiares é proporcionar a eles a segurança, a certeza de que estão amparados, identificar os comportamentos codependentes deles para a doença, ajudá-los a enxergar esses comportamentos em si mesmos, e então buscar, em conjunto com eles, a melhor estratégia possível para precipitar a crise no dependente, levando-o à decisão de iniciar seu processo de recuperação.

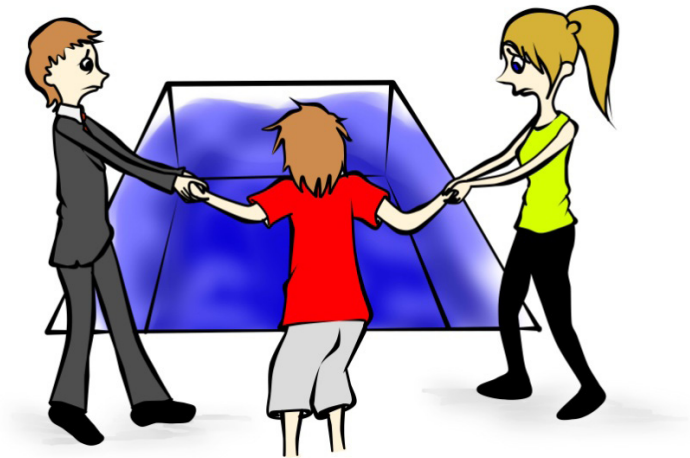


Figura 21.1: Precipitando a crise.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Quando esse objetivo é atingido e o dependente químico aceita ser internado, ou aceita participar de um programa de recuperação, é importante que o profissional saiba para onde encaminhá-lo para que inicie sua reabilitação.

21.3 Exemplos de comportamentos para a família adotar

Normalmente, é muito difícil para a família, que está enfrentando o problema da dependência química, adotar os comportamentos que dão os limites necessários para que a crise passe da família para quem é de direito: o dependente químico.

Aqui relatamos alguns exemplos de comportamentos possíveis para a família, retirados da literatura do Amor Exigente. É importante reforçar que cada caso é um caso, e esses exemplos não são ações absolutas que servem para qualquer caso, são apenas exemplos:

- Não esconder o problema, mas compartilhá-lo com toda a família, para que todos possam confrontar o dependente;
- Cortar toda e qualquer regalia ou facilidade, como uso do carro, dinheiro, liberdade de horários etc.
- Exigir que participe da manutenção da casa, arrumando as camas, limpando a cozinha, lavando o carro etc.

- Não lhe emprestar dinheiro, determinar que arranje um emprego;
- Diante de uma situação grave, como batida de carro ou prisão do filho drogado, os pais não devem responder pelo acontecimento inocentando-o. Os pais devem deixar que o filho assuma as consequências de seus atos;
- Impor-lhe o seguinte dilema: “ou aceita tratamento, ou vai viver sua vida por conta própria, porque não queremos vê-lo se destruir”.

Usamos sempre o seguinte lema nos atendimentos às famílias: **“o dependente químico não escuta palavras, só escuta ações”**. Portanto, é importante levar a família a tomar algumas atitudes para com o dependente, e não apenas ameaçá-lo com palavras que não resultarão em nenhuma ação.

Resumo

Nesta aula, vimos que todo processo de mudança inicia com algum tipo de crise, inclusive o processo de recuperação da dependência química. Vimos também que a família pode gerar essa crise inicial no dependente, através de ações que imponham limite para ele e eliminem a codependência.



Atividade de aprendizagem

- Identifique na sua cidade um serviço de tratamento/apoio aos familiares do dependente químico do tipo Amor Exigente. Relate aqui o contato do lugar.

Aula 22 – Avaliação das comorbidades psiquiátricas

Nesta aula, veremos que a avaliação adequada das comorbidades psiquiátricas é um bom indicativo de qual modalidade de tratamento deve ser adotada. Veremos também quais são as principais dificuldades, quais as possíveis relações entre os transtornos mentais e o consumo de drogas.

É comum haver confusão entre os sintomas de um transtorno mental e os sintomas da dependência química. Por vezes, os sintomas referentes a um transtorno mental são atribuídos ao uso agudo ou síndrome de abstinência de uma substância, e o contrário também é observado, quando sintomas de intoxicação ou abstinência de alguma droga são vistos como sintomas de outros transtornos psiquiátricos (RIBEIRO, 2012).

Esta confusão existente na identificação dos sintomas prejudica o planejamento do tratamento adequado para o dependente químico.

22.1 Relação entre transtornos mentais e consumo de drogas

Os transtornos mentais e o consumo de drogas podem se associar de quatro principais maneiras:

- O consumo de droga (mesmo que uma única vez) pode levar a sintomas ou transtornos mentais.
- A síndrome de abstinência pode levar a sintomas referentes a transtornos mentais.
- O consumo de droga pode intensificar um transtorno mental já existente.
- Um transtorno mental pode levar ao uso indevido de drogas.

De acordo com estudos citados por Ribeiro (2012), “a depressão e a ansiedade são as comorbidades psiquiátricas mais recorrentes, atingindo mais da metade dos usuários”, e em seguida vêm os transtornos psicóticos, como a esquizofrenia e o transtorno delirante.

22.2 Dificuldades na avaliação das comorbidades

As dificuldades encontradas para diagnosticar corretamente os transtornos mentais associados ao uso de drogas são bastante comuns, mesmo entre profissionais experientes. Dentre os motivos que tornam tão difícil realizar um diagnóstico corretamente estão:

- Usuários de drogas valorizam pouco e relatam menos os transtornos psiquiátricos que já tiveram.
- Os mecanismos de defesa do dependente químico, ou os danos cerebrais causados pelas drogas levam-no a negar e a minimizar os problemas decorrentes do uso de drogas.
- Sintomas produzidos pelo uso de drogas imitam os sintomas de outros transtornos e vice-versa.

Dadas essas dificuldades e a frequência altíssima de transtornos mentais entre dependentes químicos, é importante que a avaliação seja feita após o período de um mês de abstinência ou mais, para diminuir o risco de confusão entre os sintomas do transtorno e os efeitos do uso de drogas e que, ao longo do tratamento, a presença de psicopatologias continue sendo avaliada.



Figura 22.1: Diagnóstico.
Fonte: Lary Tetz, (2013).

Vale ressaltar que esta avaliação é uma tarefa bastante complexa e é de responsabilidade central do médico psiquiatra.

22.3 A avaliação para um encaminhamento adequado

Uma das utilidades de conhecer a avaliação das comorbidades psiquiátricas, para quem não é psiquiatra e não pode prescrever medicação para o paciente, é saber encaminhar o paciente para o tipo de tratamento mais adequado à situação dele.

Veja o esquema, a seguir, com quatro classificações do dependente com comorbidade, de acordo com a gravidade do uso de drogas e a gravidade do transtorno mental, com o tipo de tratamento indicado para cada classificação.

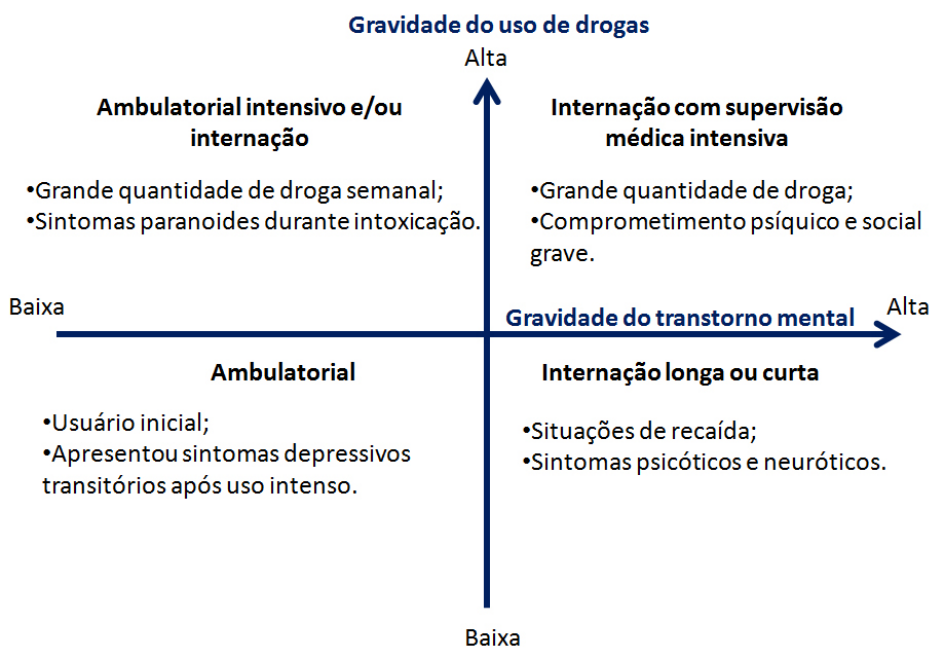


Figura 22.2: Quadrante comorbidades e tratamentos.

Fonte: Ribeiro (2012). Adaptado.

Além de favorecer um encaminhamento adequado, o conhecimento sobre as comorbidades existentes evita que alguns sintomas que o paciente apresenta sejam interpretados como desinteresse ou resistência ao tratamento, comprometendo a relação entre paciente e profissional e a evolução favorável do caso.

Aula 23 – Gerenciamento de caso: fazendo a diferença

Nesta aula, veremos que o gerenciamento de caso é uma estratégia que faz toda a diferença para um programa de reabilitação, pois trata de integrar as intervenções realizadas em cada um dos cinco componentes, e ajuda a tornar o tratamento mais adaptado às necessidades individuais do paciente.

Estudos comparando tratamentos que possuíam gerenciamento de caso e tratamentos regulares demonstraram que, quando existe gerenciamento de caso, os índices de abstinência ao longo do tempo chegam a ser de 15% a 30% mais altos do que no tratamento regular (DUAILIBI et al., 2012).

23.1 Características do gerenciamento de caso

Apresentamos, a seguir, uma tabela contendo algumas diferenças entre o gerenciamento de caso e o tratamento regular:

Quadro 23.1: Diferenças entre o gerenciamento de caso e o tratamento regular.

Gerenciamento de caso	Tratamento regular
Entrevista inicial de 2 a 3 horas, visando avaliar história de consumo de drogas, saúde mental, família, empregabilidade, problemas médicos, habitacionais, legais etc.	Entrevista inicial de aproximadamente 1 hora, focada no consumo de drogas, com rápida triagem acerca dos problemas físicos e mentais – se necessário aprofundados numa próxima entrevista.
Existe um gerente de caso, responsável por um número reduzido de pacientes.	Os profissionais da saúde de serviços regulares têm um número de casos 2 a 3 vezes maior.
Contato bastante frequente com cada paciente, e reuniões regulares com os profissionais envolvidos.	Encontros regulares com o paciente, de acordo com a rotina do serviço, ou em casos de crise ou emergência.
Profissionais de diferentes formações e técnicos em dependência química se organizam em equipes multidisciplinares.	Profissionais com níveis de especialização variados, não necessariamente organizados em equipe multidisciplinar.

Fonte: Duailibi et al. (2012). Adaptado.

O grande diferencial do gerenciamento de caso é que ele torna o tratamento mais individualizado e próximo ao paciente, e oferece atenção igual aos cinco componentes da doença durante o tratamento, através do gerente de caso.

23.2 O gerente de caso

O gerenciamento de caso, naturalmente, precisa de um gerente de caso, aquele que será referência para o paciente e para sua família. De forma resumida, o gerente de caso é um profissional que “cuidará” integralmente do caso do paciente – identificará suas necessidades e fará o meio de campo com os profissionais envolvidos, compartilhando informações relevantes com eles e verificando os progressos do tratamento.

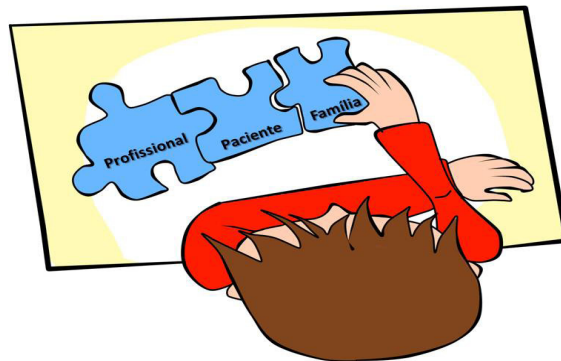


Figura 23.1: Gerente de caso.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Qualquer profissional pode atuar como gerente de caso, desde que esteja capacitado em dependências químicas, aceite assumir um alto grau de comprometimento com cada paciente, e tenha a capacidade de estabelecer empatia e vínculo com o paciente, sem preconceitos ou estereótipos.

Algumas das funções do gerente de caso são:

- Acompanhar o paciente de perto, identificando seus pontos fortes e fracos e suas necessidades específicas.
- Elaborar uma proposta de tratamento específica para cada paciente, consultando os profissionais que o avaliaram.
- Contatar outros serviços, na rede formal ou informal de saúde, de acordo com a necessidade do paciente.
- Monitorar e avaliar o caso, visualizando os progressos obtidos.
- Monitorar a situação da família.



O filme “Uma segunda chance”, com Harrison Ford, exemplifica a importância da proximidade com o paciente que o gerente de caso deve proporcionar. Servirá como uma analogia com a reabilitação de dependentes químicos, pois o filme trata de uma reabilitação física, após o protagonista levar um tiro durante um assalto.

- Requisitar reuniões regulares com os profissionais envolvidos no tratamento para trocar informações sobre cada caso.
- Fazer intervenções de prevenção de recaída.

Poderíamos dizer de uma forma simplificada, que o gerente de caso é aquele que vai saber tudo o que está acontecendo no tratamento do dependente químico, que vai comunicar os demais profissionais envolvidos e vai acompanhar o dependente ao longo do seu processo de reabilitação.

Uma necessidade existente nos programas de reabilitação em dependências químicas são arranjos que facilitam a aproximação entre profissionais, pacientes e seu ambiente de vida, para que esses programas consigam atender ao máximo as necessidades de cada paciente, aumentando as chances de sucesso. A função de gerente de caso entra justamente para atender a esta necessidade.

Resumo

Nesta aula, vimos que o gerenciamento de caso é uma forma de aumentar as chances de sucesso do programa de reabilitação, uma vez que preconiza a existência de uma equipe multidisciplinar e contribui para que os cinco componentes das dependências químicas sejam contemplados. Vimos também que este modelo exige a presença do gerente de caso, que é responsável por integrar as diversas ações realizadas durante o tratamento e por acompanhar de perto o paciente durante todo o seu trajeto de recuperação.

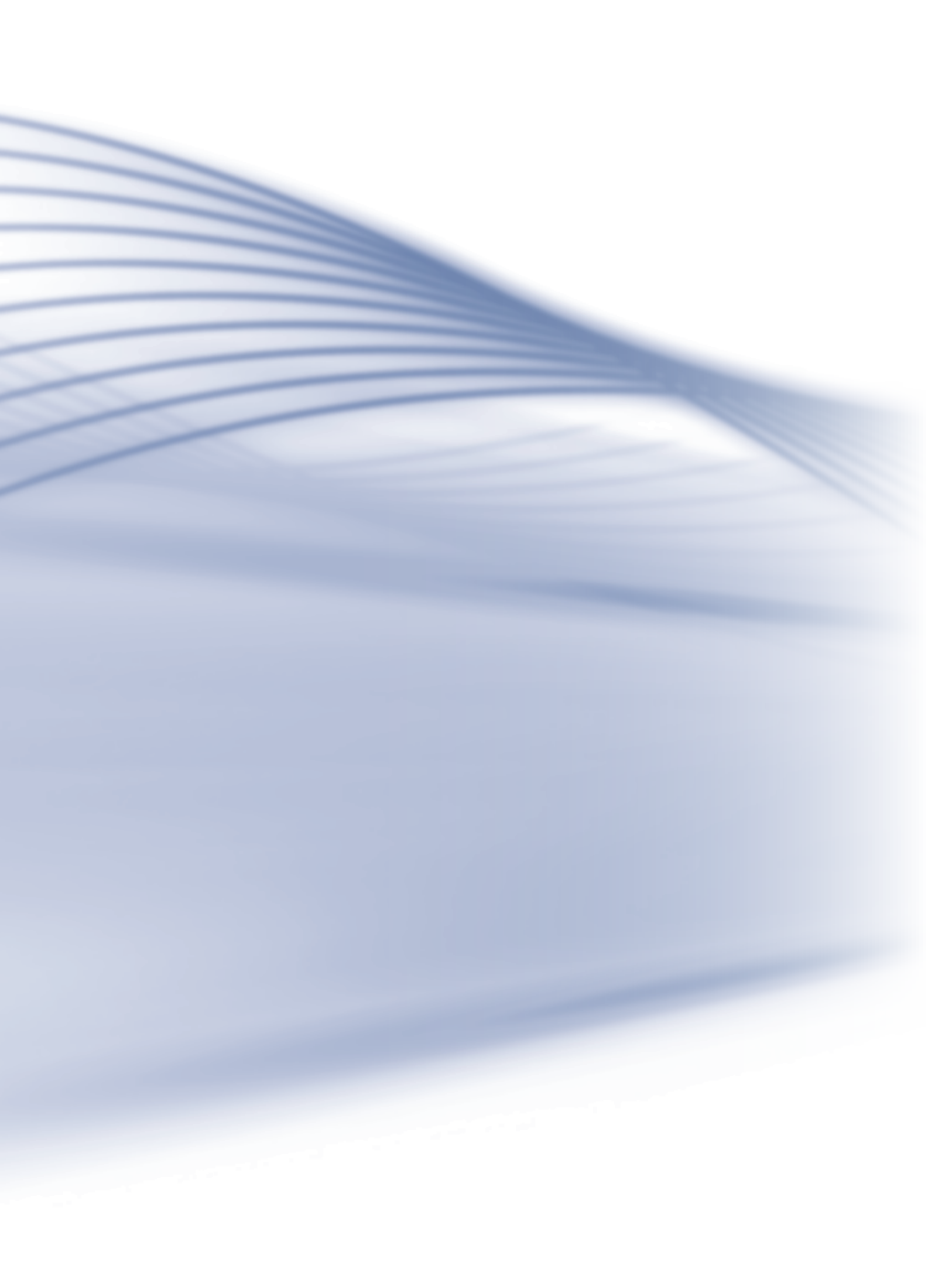
Atividades de aprendizagem

1. Conheça um serviço de atendimento ao dependente químico em sua cidade e avalie o seu programa de reabilitação, se é tradicional ou gerenciamento. Relate sua experiência.
2. Qual é o profissional que pode atuar como gerente de caso? Cite suas competências e responsabilidades.



Artigo que apresenta um gerenciamento de caso para reabilitação de dependentes do álcool. Acesse o link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500016





Aula 24 – Reabilitação profissional

Nesta aula, começaremos a ver algumas especificidades da recuperação vista da perspectiva do componente social. Conversaremos sobre a importância de o dependente em recuperação encontrar um trabalho após o término do tratamento intensivo, para que sua reinserção social ocorra de forma adequada. Veremos alguns aspectos centrais da reabilitação profissional, como a preparação e o acompanhamento profissional e os obstáculos mais comuns enfrentados pelo indivíduo neste processo.

Como mencionamos em aulas anteriores, o componente social, ao lado do familiar, é o principal fator de recaída do dependente após o tratamento. Voltar a conviver com seus colegas de uso, ou voltar a frequentar os lugares que frequentava, quando estava intoxicado, é a receita perfeita para provocar uma recaída.

Muitas vezes isso acontece porque o dependente químico, ao sair do tratamento, não vê ou não considera outra opção de pessoas para conviver, ou de lugares para ir que não sejam os que ele frequentava anteriormente. E criar esta nova opção é um dos principais cuidados que se deve ter com relação ao componente social.

24.1 Objetivos e desafios da reabilitação profissional

Em última análise, o objetivo da reabilitação profissional é auxiliar o sujeito, que está terminando a etapa intensiva de seu tratamento, a ter um trabalho estável.



Figura 24.1: Reabilitação profissional.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Um estudo citado por Bonadio & Duailibi (2012) aponta que o trabalho é uma das principais prioridades cotidianas das pessoas em recuperação. A partir do trabalho, o sujeito tem a oportunidade de ocupar sua mente de forma saudável diariamente, adquire perspectiva para estabelecer metas significativas para sua vida, tem a autoestima melhorada e, principalmente, tem a opção de conviver em um novo meio social, sem a presença da droga.

Alguns desafios inevitáveis serão enfrentados pelo dependente em seu processo de busca e manutenção de um trabalho. Um deles é a discriminação, muitas vezes, de entrevistadores durante sua busca por um trabalho, ou até de chefes e pares depois que já está trabalhando. Outro desafio é a dificuldade de readaptação depois de um longo período afastado do mercado de trabalho.

São desafios que a reabilitação profissional deve ajudar o sujeito a superar através de uma preparação adequada.

24.2 Preparação profissional

Antes que o dependente químico vá procurar um trabalho, terminado seu período de tratamento, é importante que ele esteja preparado para isso. E estar preparado inclui a preparação tanto prática quanto psicológica.

A preparação deve incluir atividades como montar um currículo, treinar para uma entrevista de emprego, realizar trabalhos provisórios e voluntários se possível, para que adquira habilidades específicas e experiência, caso ainda não a possua. Alguns locais de tratamento incluem atividades profissionali-

zantes em seu programa de reabilitação, como mecânica, jardinagem, desenho, culinária, entre inúmeras outras, que permitem ao sujeito aprender um ofício, o que facilita seu processo de encontrar um trabalho posteriormente.

A parte psicológica da preparação está relacionada à capacidade de lidar com as frustrações com que ele vai se deparar na busca por um trabalho, à capacidade de esperar e de assumir uma postura de humildade, compatível com quem está começando novamente. Aqui está uma das razões práticas para que as características psicológicas do dependente químico, que vimos nas aulas anteriores, sejam trabalhadas ao longo do tratamento.

24.3 Acompanhamento profissional e os obstáculos

Depois que o indivíduo conseguiu recolocar-se no mercado de trabalho, é importante que ele possa dispor de um suporte para lidar com as dificuldades enfrentadas em situações reais de trabalho, pois isso faz parte da consolidação do tratamento.

Sempre haverá obstáculos a serem superados para a retomada efetiva de um trabalho estável. Esses obstáculos podem surgir de sintomas clínicos remanescentes da doença, de problemas de autoestima e motivação, de preconceitos sofridos, de condições familiares e econômicas, entre inúmeros outros.

Assim, desde o acompanhamento profissional até a preparação são fundamentais para que a reabilitação do componente social possa consolidar-se.

Resumo

Nesta aula, vimos a importância de um trabalho estável para que o dependente em recuperação perceba outras opções de ambientes e pessoas com quem conviver, sem a presença da droga, evitando assim um dos principais motivos de recaída. Vimos também que a reabilitação profissional inclui um processo de preparação para buscar um emprego, seguido de um acompanhamento profissional para facilitar a superação dos inúmeros obstáculos que se apresentarão para o indivíduo nas situações reais de trabalho.



A música "Só por hoje", da banda Legião Urbana, incentiva um recomeço para a pessoa que está passando pelo processo de reabilitação. Conheça a música no link: <https://www.youtube.com/watch?v=8LwevgNPbzc>

Aula 25 – Entre o social e o espiritual

Dando continuidade à aula anterior, veremos nesta aula um aspecto da reabilitação que está entre o componente social e o espiritual: a identificação de forças pessoais. Estudaremos como o autoconhecimento com relação aos próprios talentos e virtudes, auxilia o processo de reabilitação profissional. É o início de um possível caminho para que o dependente encontre um sentido para sua recuperação e para sua vida.

Uma das dificuldades do dependente químico para se individualizar e construir sua independência, perante as drogas, da sua família e dos demais codependentes, é que esse processo, segundo Kalina e Kovladoff (1976), “exige um montante de autoestima do qual o adicto não dispõe”.

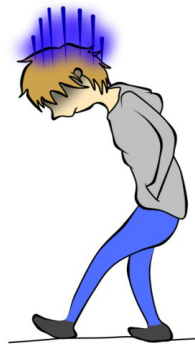


Figura 25.1: Baixa autoestima.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

A baixa autoestima é uma constante entre os dependentes químicos, e é um dos fatores que mais dificultam o processo de reabilitação profissional, uma vez que o dependente não se enxerga como alguém capaz frente à realidade que está se apresentando a ele após o tratamento. Ele não confia em si mesmo e, como todo ser humano, sente medo frente ao desconhecido que, naquele momento, é representado pela vida sem as drogas.

Enquanto ele estava intoxicado podia mascarar essa realidade com delírios de **onipotência**, e iludir-se sobre a sua realidade, ao mesmo tempo em que

A-Z

Onipotência

todo poder; poder absoluto, todo-poderoso. Fonte: <http://www.dicionarioinformal.com.br/onipot%C3%Aancia/>

sua família o tratava como um incapaz através de comportamentos codependentes. Mas ao fim do tratamento, a realidade se apresenta a ele tal qual é, sem as distorções proporcionadas pelas drogas e exige que ele comece a construir algo real.

25.1 Autoestima e forças pessoais

Segundo Seligman (2009), a autoestima é estimulada quando estamos determinados a identificar e desenvolver nossas forças pessoais. E quando conseguimos colocar estas forças a serviço de um trabalho, uma função ou uma missão, encontramos a vocação sobre a qual conversamos na aula 20.

Auxiliar o dependente químico a enxergar seus talentos e virtudes durante o processo de reabilitação, pode ser uma boa forma de contribuir para sua autoestima, para direcionar os esforços da reabilitação profissional e da busca de sentido, pois suas forças são um indicativo do trabalho adequado para ele, e da utilidade que ele pode ter para um objetivo maior.

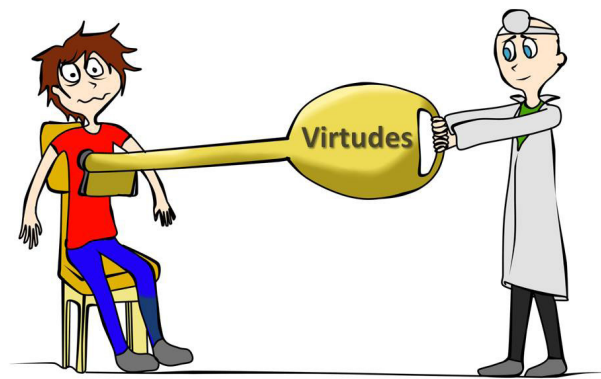


Figura 25.2: As virtudes são a chave.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

25.2 Descobrimo as forças pessoais

Todo mundo possui talentos e virtudes. Não existe alguém que não possa contar com isso em sua personalidade. De acordo com Buckingham & Clifton (2008), "o talento é qualquer padrão recorrente de pensamento, sensação ou comportamento que possa ser usado produtivamente". Isso quer

dizer que qualquer característica, inclusive as tidas como negativa, pode ser considerada talento se puder ser usada de forma produtiva.

Para identificar quais talentos uma pessoa tem, podemos observar três coisas nela: **que tipo de coisa ela aprende rápido, que tipo de atividade lhe dá satisfação e para quê ela tem facilidade**. Provavelmente, é possível deduzir dessas observações algumas características da pessoa que podem ser usadas de forma produtiva, como, por exemplo, disciplina, sociabilidade, criatividade, energia inesgotável para fazer as coisas etc.

Seligman (2009) fala sobre forças de caráter, que são traços morais; são os valores complementares aos talentos, como integridade, coragem, originalidade e bondade, sendo que também todos têm algumas forças predominantes, que quando são colocadas em prática, geram gratificação.

Use os resultados das ferramentas “Saiba mais” e da “Mídia integrada” para conversar com as outras pessoas sobre como elas veem essas características em você e o que elas acham. Encontre formas de colocar essas forças em prática no seu trabalho, na sua família, com seus amigos.

Identificando e desenvolvendo suas próprias forças, você terá muito mais facilidade para enxergar as forças pessoais dos outros, ajudando-os a ver os valores em si mesmos e a encontrarem o rumo profissional e a utilidade delas no mundo.

Resumo

Nesta aula vimos que a baixa autoestima do dependente químico é um grande obstáculo no processo de recuperação. Vimos, também, que uma forma de contornarmos este obstáculo, é ajudando o dependente a descobrir suas forças pessoais, seus talentos e forças de caráter. Conhecemos dois testes que podem ser feitos para ajudar no processo de autoconhecimento com relação aos pontos fortes, e vimos que este autoconhecimento pode ser a base para o rumo profissional e para o sentido na vida, necessários para consolidar a reabilitação.



Para entender bem este conceito e, antes de qualquer coisa, descobrir suas próprias forças pessoais que devem ser cultivadas e desenvolvidas para aumentar a autoestima e a satisfação nas suas atividades, sugerimos um livro chamado “Descubra seus Pontos Fortes”. Ele explica tudo sobre os talentos e tem um teste para que você conheça seus próprios talentos.



Entre no site <https://www.viame.org/survey/Account/Register> e faça o teste para descobrir suas forças de caráter. É gratuito. São 120 questões. Vale muito a pena tentar!

Aula 26 – Espiritualidade e religiosidade

Nesta aula, veremos algumas formas pelas quais a atenção ao componente espiritual pode se manifestar durante o tratamento da dependência química. Entenderemos porque a espiritualidade e a religiosidade são importantes para o sucesso da reabilitação, e porque não dizem respeito apenas ao componente espiritual, mas atingem outros componentes da doença também.

Muitas vezes a espiritualidade e a religiosidade andam juntas, mas é importante termos em conta que são coisas diferentes e que podem existir independentemente uma da outra. **A espiritualidade pode ser entendida como uma postura interna, e a religiosidade como um conjunto de ações, uma prática.**

A espiritualidade é o que dá sentido à vida das pessoas através de crenças sentidas profundamente, através do compromisso com ideais amplos e nobres, ou do compromisso com o bem-estar dos demais. A religiosidade é a prática de crenças e rituais propostos por uma religião específica. Ambas podem existir tanto separadamente quanto juntas.

26.1 Esperança

Se fôssemos resumir em uma palavra a contribuição da espiritualidade para a recuperação do dependente químico, esta palavra seria: esperança.

O consumo intenso de drogas e todas as experiências desagradáveis que o dependente químico passa por causa das drogas acabam levando ele ao “fundo do poço”, à total desesperança. Desesperança de recuperar a saúde, de ter um trabalho, de constituir uma família, de fazer novos amigos, desesperança de voltar a ter uma vida. A degradação dos cinco componentes da doença está marcada pela desesperança.

Devolver esta esperança, para que o dependente químico tenha forças para recomeçar, para “nascer de novo”, é o papel fundamental dos grupos re-

ligiosos. E isso normalmente não acontece diretamente através da religião ou da espiritualidade. Inicialmente, o dependente é atraído por esses grupos pelo apoio e acolhimento que recebe dele. A espiritualidade vai ser desenvolvida só depois.

26.2 O nascimento da esperança

Os grupos religiosos oferecem esperança ao dependente químico, em etapas, abrangendo com o tempo outros componentes da doença, além do espiritual, e dando-lhe motivação para superar os obstáculos referentes a cada um deles.

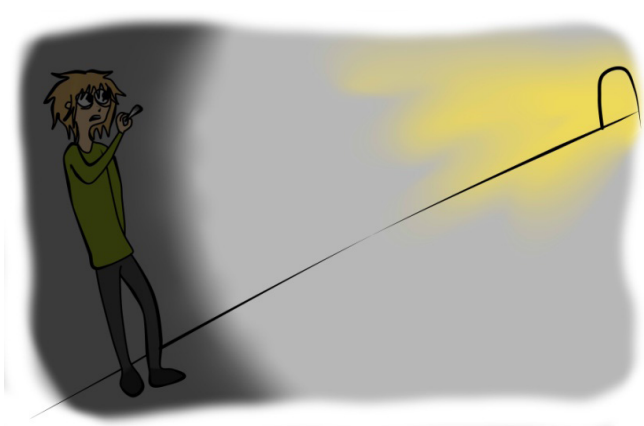


Figura 26.1: Luz no fim do túnel.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Quando o dependente químico é acolhido e apoiado por um grupo religioso, a primeira esperança que surge nele é a possibilidade de ter um novo grupo de convívio (componente social), de pessoas que o apoiam e o ajudam nas suas dificuldades e preocupações, onde ele possa construir uma nova identidade, sem precisar da droga para estabelecer relações com os outros.

Então, o grupo desperta nele a esperança de poder superar a si mesmo, de transformar sua personalidade e sua conduta, porque outros já passaram por isso, porque eles dizem que é possível e que ele também vá conseguir. Ele tem a possibilidade de se confessar e de ser perdoado, de dividir com um poder superior a responsabilidade por sua recuperação. Fica mais confiante em relação ao futuro e menos revoltado com as dificuldades que enfrenta (componente psicológico), devido aos conceitos de espiritualidade que está aprendendo.

A religião, através dos dogmas, oferece ao dependente a esperança de ter aquilo que lhe faltou na família: regras e normas de conduta claras, conceitos bem definidos do certo e do errado, o papel de pai que lhe coloca limites com amor, os quais ele pode aceitar e usar para se balizar em seu processo de recuperação (componente familiar).

Por fim, como afirma Sanchez, Ribeiro & Nappo (2012), as religiões, ao levarem o dependente a crer que o rumo da sua vida é ação direta de Deus, o fazem optar por pertencer a um “esquadrão” de servidores de Deus, o que dá esperança de significado para sua vida e para sua recuperação (componente espiritual), e o faz sentir-se importante e valorizado.

26.3 Os grupos que cumprem essa função

Existem três principais possibilidades de grupos que podem cumprir essa função no tratamento do dependente químico. Grupos religiosos que são oferecidos em comunidades terapêuticas, grupos religiosos de mútua ajuda que ocorrem nas instalações de igrejas e afins, e os grupos de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos que, apesar de não serem religiosos, têm por princípio um modelo espiritual de atuação.

Resumo

Nesta aula, vimos a diferença entre espiritualidade e religiosidade. E mais, que a principal contribuição da espiritualidade para o tratamento do dependente químico é fornecer a esperança que ele precisa para empreender seu caminho rumo à reabilitação. Vimos também que os principais grupos que cumprem esse papel são os grupos religiosos, os AA e os NA.

Atividade de aprendizagem

- Como o uso da droga pelo indivíduo pode levá-lo até o “fundo do poço”. O que isso quer dizer?



Aula 27 – Redução de danos

Nesta aula, encerraremos o conteúdo que diz respeito à intervenção com o dependente químico, conversando sobre a redução de danos – um modelo de abordagem pouco praticado no Brasil, mas cujos princípios podem nos auxiliar a ter ações mais adaptadas à realidade de alguns pacientes com os quais trabalhamos.

A redução de danos, como o próprio nome já sugere, é uma abordagem cujo objetivo é reduzir os danos causados pelo uso de drogas, tanto individuais quanto sociais. Diferente da maioria das abordagens que conhecemos que se perguntam “como levar o dependente químico à abstinência?” A redução de danos se pergunta: “Supondo que a abstinência é inviável para muitos dependentes, o que fazer para diminuir os prejuízos causados pelo uso de drogas deles?”. E é sobre a resposta a esta pergunta que conversaremos nesta aula.

27.1 A origem da redução de danos e seu público-alvo

Na década de 1980, houve um aumento mundial de casos de AIDS, o que fez com que muitos países buscassem medidas para controlar e reduzir os riscos de transmissão do HIV (vírus causador da AIDS). Como a principal forma de transmissão deste vírus era pelo compartilhamento de seringas entre usuários de drogas injetáveis e através de relações sexuais, começaram a ser implantados os programas de troca de seringas e de distribuição de preservativos para a população de risco. Estes programas ficaram conhecidos inicialmente como o modelo de “minimização de danos”, que despertou o interesse mundial, e evoluiu para o conceito atual de Redução de Danos (RD).

Segundo Fontes *et al.* (2010), os programas de RD são destinados a atingir usuários que não poderiam ser alcançados por outros meios. São ações muitas vezes realizadas nos ambientes frequentados pelos dependentes químicos, que visam colocar em contato com o sistema de saúde os dependentes que dificilmente teriam esse contato de outra maneira.

27.2 A redução de danos em outros países

A Holanda é um dos países mais conhecidos pelo seu programa de RD. Na verdade, Amsterdã, sua capital, é conhecida pela fama de ser extremamente liberal no que se refere ao uso de drogas e ao sexo. No entanto, por trás desse aparente liberalismo está a política de RD implementada.

Vejamos:

Na década de 1970, aumentou muito os problemas com heroína na Holanda, e a primeira reação das autoridades foi uma política repressiva, visando à abstinência. No entanto, o governo não conseguiu amenizar o problema dessa forma, e optou por implantar a RD.



Para saber mais sobre a Lei do Ópio em 1976, acesse o site: <http://veja.abril.com.br/noticia/internacional/holanda-obriga-coffeeshops-a-fechar-as-portas-ao-turismo-da-droga>

Uma das primeiras medidas adotadas foi distinguir entre drogas “pesadas” [heroína, anfetaminas e LSD] e “leves” [maconha e haxixe], para separar o mercado em que cada uma delas circulava. “Dessa forma, os consumidores de maconha e haxixe não estariam expostos aos traficantes, uma vez que poderiam adquirir a droga em locais mais seguros, como as cafeterias.” (FONTES et al., 2010)

Então, o governo passou a fornecer metadona prescrita (droga similar à heroína, mas menos nociva), preservativos e seringas em troca das agulhas usadas para os usuários pesados, nos locais em que eles se encontravam, como nas ruas, hospitais, prisões e centros de prostituição.



Figura 27.1: Seringa descartável.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Nos centros de prostituição, os preços se tornaram fixos, o uso de preservativos obrigatório e passou a existir a presença de policiais, que oferecem proteção tanto para as prostitutas quanto para os seus clientes.

A Holanda conseguiu melhores resultados com as ações de RD do que com a repressão tentada inicialmente, e pôde controlar os danos causados pelo

aumento expressivo da disponibilidade das drogas no país. No entanto, é importante ressaltar que são ações que funcionaram dentro do contexto holandês, e que servem apenas como um exemplo, e não como modelo absoluto a ser adotado.

Outros países, como o Reino Unido, a Alemanha e o Canadá também têm programas de RD com bons resultados, que são diferentes do adotado na Holanda, mas que seguem os mesmos princípios propostos pela redução de danos.

27.3 Ações de redução de danos

As ações de RD normalmente visam:

- Dificultar o acesso às drogas lícitas (através de leis que limitem a idade mínima para beber, restrinjam o horário de funcionamento de bares, aumentem o preço de bebidas alcoólicas e cigarro);
- Evitar comportamentos de risco (punir quem dirige alcoolizado, programas como “o motorista da rodada”, distribuir preservativos e seringas descartáveis);
- Proporcionar o uso em um contexto mais seguro (prescrição médica de drogas substitutas menos nocivas, adesivos e chicletes de nicotina);
- Facilitar o acesso ao tratamento (disque-ajuda 24h, serviços provisórios de admissão imediata ao dependente).



Figura 27.2: Idade mínima para beber.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Sabemos da impossibilidade de eliminar as drogas por completo da sociedade, e é a partir do reconhecimento deste fato que as formas de reduzir os danos decorrentes do uso são buscadas.

Muitas vezes, nos deparamos com pacientes que se a abstinência de drogas foi imposta, ele não se envolve e não começa um tratamento. Da mesma forma, quando ainda não existe condição de eliminar a droga da vida do sujeito, podemos pensar em objetivos de redução de danos para o processo terapêutico dele.

Resumo

Nesta aula, vimos que o conceito de redução de danos (RD) surgiu com o surto de AIDS nos anos 80 e que assume como premissa que, se não é possível eliminar um problema, devemos buscar a melhor forma para que as consequências desse problema sejam as menos nocivas possíveis. Vimos o exemplo de como a Holanda colocou em prática o conceito de RD, e também alguns tipos de ações características dos programas de RD.



Atividade de aprendizagem

- Supondo que a abstinência é inviável para muitos dependentes, o que fazer para diminuir os prejuízos causados pelo uso de drogas deles?

Aula 28 – Prevenção

Nesta aula, conversaremos sobre a prevenção das dependências químicas tendo em conta os cinco componentes da doença. Veremos a evolução dos modelos de prevenção até os dias de hoje, e os objetivos da prevenção com a família.

Tendo em conta que a dependência química pode se iniciar do aspecto social do indivíduo, do familiar, do psicológico, do biológico e do espiritual, naturalmente a prevenção, assim como o tratamento, deve contemplar de alguma forma todos estes aspectos para ter aumentada ao máximo sua eficiência.

Desde a chamada “epidemia de drogas”, no final dos anos 60, tem-se desenvolvido muitas iniciativas visando à prevenção das dependências químicas. Grande parte do conhecimento produzido nessa área é utilizada hoje na prevenção de diversas outras questões como AIDS, violência, obesidade e outros problemas de saúde.

28.1 Evolução histórica das propostas de prevenção

De acordo com Tirado & Castillo (2002), os primeiros programas de prevenção eram elaborados usando a tática do medo, que visava assustar as pessoas com relação às drogas e cujos resultados já foram apontados como contraproducentes. Em seguida, vieram os programas baseados em informação científica, que propõem o fornecimento de informações sobre drogas de modo imparcial e científico. Apesar de vários autores relatarem que este modelo não surte efeito na mudança de conduta dos jovens com relação às drogas, ainda é um modelo muito utilizado (CARLINI, COTRIM & PINSKY, 1989).

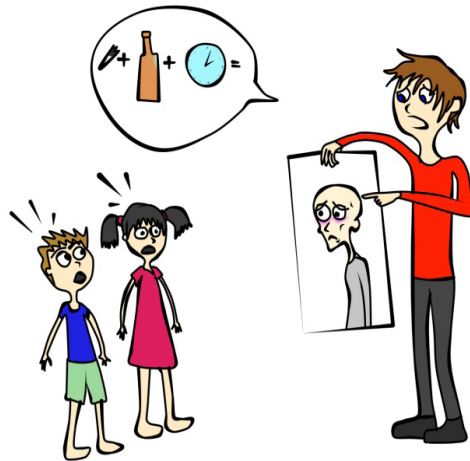


Figura 28.1: Modelo de amedrontamento.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

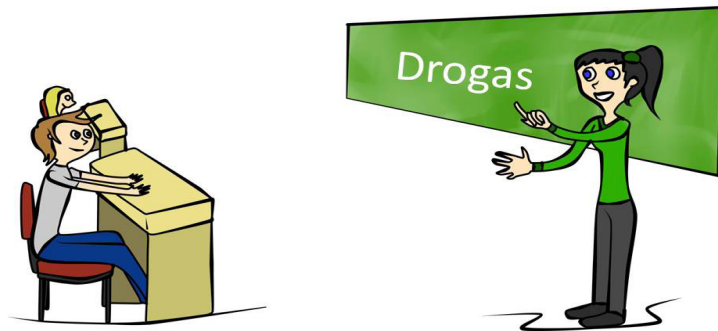


Figura 28.2: Modelo da informação científica.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Em seguida, começaram a se destacar os trabalhos que propunham o foco nas características internas que tem a ver com a opção pelo não uso de drogas, como a autoestima e as habilidades de comunicação e de tomada de decisão. Esses são os programas fundamentados no chamado modelo de educação afetiva que, apesar de mais envolvente, acaba ignorando os fatores sociais e familiares que conduzem o sujeito ao uso de drogas.

Os modelos mais atuais de prevenção propõem uma mistura dos objetivos da educação afetiva (reduzir as motivações internas para o uso de droga), com métodos mais práticos (simulações e dinâmicas) de ensinar habilidades e competências, que permitam o sujeito resistir às influências sociais e familiares que levam ao uso de drogas.

28.2 Os outros componentes na prevenção

Se analisarmos os modelos de prevenção com base nos cinco componentes das dependências químicas, vamos notar que o enfoque principal deles está no componente psicológico, atingindo indiretamente os outros componentes.

Existem outros estudos que falam sobre ações de prevenção com a família (LARRIBA *et al.*, 2004), que visam promover, dentro da família, fatores protetores ao uso de drogas e desenvolver nos pais habilidades relacionadas a esses fatores, como:

- Supervisionar de perto a conduta dos filhos;
- Definir e comunicar normas e expectativas claras para os filhos;
- Equilibrar os métodos de disciplina, para que não sejam nem inconsistentes nem muito severos;
- Aumentar o vínculo afetivo entre pais e filhos;
- Aumentar a comunicação entre pais e filhos;
- Resolver os conflitos familiares.

Desta forma, o trabalho de prevenção não deve adotar uma única medida, uma vez que as variáveis que estão em jogo no aparecimento das dependências químicas são diversas e se relacionam entre elas. É importante a realização de várias estratégias em conjunto para atingir o máximo das variáveis possível.

Por exemplo, se pretendemos trabalhar com o componente psicológico, é importante lembrarmos que o principal objetivo com ele é desenvolver a capacidade de adiar satisfação e pensar em longo prazo. Se quisermos atingir o espiritual, então o conhecimento das próprias virtudes, os trabalhos voluntários, o engajamento em causas maiores são formas de proporcionar o sentido para a vida que é incompatível com o uso de drogas, e assim por diante.

Se observarmos os cinco componentes, veremos que eles se referem ou ao indivíduo ou ao ambiente. Portanto, as ações preventivas, da mesma forma, estarão sempre direcionadas ao indivíduo, como as citadas acima, e/ou ao ambiente em que ele se encontra, como a família, a escola, o grupo de amigos etc.

Vale ressaltar que sempre, em qualquer trabalho de prevenção, mais importante do que a informação falada ou escrita são as atividades práticas realizadas com o público-alvo, que vão transmitir os conceitos importantes e desenvolver as habilidades necessárias para que a prevenção não fique apenas na sala de aula, mas acompanhe os participantes no dia a dia deles. Veremos isso com mais detalhes na aula seguinte.

Resumo

Vimos que as primeiras iniciativas no âmbito da prevenção em saúde ocorreram após a chamada “epidemia de drogas” no final dos anos sessenta, e que os programas de prevenção em diferentes âmbitos utilizam os modelos desenvolvidos na área das dependências químicas. Estudamos a evolução dos modelos de prevenção, desde o modelo de amedrontamento até os modelos de educação afetiva e desenvolvimento de habilidades, e também alguns objetivos da prevenção com a família.



Atividade de aprendizagem

- Para que a prevenção alcance sua eficiência, quais os aspectos do indivíduo que devem ser levados em conta?

Aula 29 – Prevenção II

Nesta aula veremos algumas considerações práticas sobre os programas de prevenção, que servirão para qualquer âmbito em que você vá atuar com prevenção, tanto dentro da empresa, quanto da escola ou com a família. Ao final da aula, você terá alguns princípios norteadores que facilitarão o desenvolvimento da ação preventiva que deseja praticar.

Vamos imaginar como ocorre uma ação preventiva comum em uma escola ou empresa: normalmente a instituição chama um profissional da área, porque gostaria de trabalhar com prevenção ao uso de drogas com seus alunos ou funcionários. O profissional então elabora uma palestra, com diversos dados e informações sobre as drogas, algumas imagens e vídeos chocantes e vai apresentar esta palestra na instituição.

Muitas vezes o pessoal até sai meio abalado da palestra, chocado com a degradação do ser humano, e com os absurdos que alguém pode fazer quando está acometido pela dependência química. Mas fica nisso. Meia hora depois, a palestra já perdeu lugar na mente dos participantes, e aquilo que eles viram se torna uma coisa distante, desconectada da realidade deles. E quando eles tiverem contato com a droga, numa festa ou num bar, a palestra vai ter ficado na escola ou empresa.

Observe que este tipo de ação preventiva, tão comum, está baseado nos modelos de amedrontamento e de informação científica, que vimos na aula anterior e que, como foi constatado, não surtem resultados positivos no que diz respeito a prevenir o uso de drogas.

29.1 Princípios dos modelos mais atuais

Segundo os modelos mais atuais de prevenção, sugerimos que a primeira coisa a ser feita, no início de um trabalho de prevenção, é definir os objetivos com o público-alvo, ou seja, qual o resultado que você gostaria que aquela ação tivesse, e então responda a duas perguntas:

1. Qual é a realidade do público com o qual eu vou trabalhar?
2. Que atividades práticas dá para fazer com eles para transmitir a mensagem desejada?

Considere os cinco componentes das dependências químicas estudados para definir seus objetivos e pensar no tipo de resposta que você busca para essas duas perguntas.

29.2 A realidade do público

Quando falamos em conhecer a realidade do público, queremos dizer que é importante descobrir quais são as crenças que o público tem sobre o tema. Como eles veem as drogas, quais são os principais prejuízos causados pelas drogas dentro da realidade deles, como eles percebem o problema da dependência química, entre inúmeras outras possibilidades.

Algumas crenças/conceitos que podem existir são, por exemplo, “maconha não faz mal, é natural”, “álcool não é droga”, “se eu usar pouco não tem problema”, “a droga vai me fazer um cara legal”, “a família é apenas uma vítima da dependência química”, “o usuário de drogas é um sem vergonha” etc.

A partir disso a gente estabelece um primeiro objetivo para a ação de prevenção: quebrar as falsas crenças do nosso público, pois quando alguém se compromete com uma opinião, expressando-a, e chega à conclusão que é uma opinião equivocada, a pessoa não esquece mais e muda aquela crença, levando esse novo conhecimento para o seu dia a dia.

29.3 Atividades práticas

O segundo ponto, que são as atividades práticas, é proposto pelo simples fato de que, quando fazemos algo e não apenas ouvimos, tendemos a nos lembrar com muito mais facilidade daquilo. Basta você pensar nas últimas palestras ou workshops que você participou. O que você lembra delas? Provavelmente de algo que o palestrante sugeriu que você fizesse ou de alguma imagem ou vídeo muito marcantes.

Atividades práticas significam tudo o que a pessoa possa fazer, desde escrever o que pensa sobre um determinado tema ou o que mais marcou para ela

da palestra, discutir algum tema em grupo, elaborar cartazes, montar uma aula para apresentar para outros, resolver problemas hipotéticos, participar de simulações, até praticar técnicas de respiração ou relaxamento durante o evento.



Figura 29.1: Aprendendo com a prática.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Se conseguirmos fazer com que as atividades práticas realizadas levem as pessoas a mudar suas crenças equivocadas sobre o tema, e a perceberem que são capazes de apresentar as habilidades e competências tidas como importantes para a prevenção, então sim teremos dado um grande passo na direção do nosso objetivo.

29.4 Criatividade

O grande desafio de colocar esse modelo em prática é o “como”.

Você define seu objetivo e sabe o que precisa fazer, mas como fazer para identificar a realidade e as crenças do público? Como fazer atividades práticas com eles que sirvam para seu objetivo?

Infelizmente essa é uma resposta que não temos como dar para você, porque cada situação é única, e as limitações e possibilidades são diferentes em cada caso. A única sugestão que podemos deixar como contribuição é que você não se prenda somente nos padrões já existentes, arrisque formas novas para atingir seus objetivos. Use sua criatividade.



Assista ao vídeo de Mario Persona, no qual ele fala sobre o desenvolvimento da criatividade. Acesse o *link*: <https://www.youtube.com/watch?v=lifFIPZxfLw>



Figura 29.2: Criatividade.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Resumo

Nesta aula vimos algumas considerações práticas sobre como realizar uma ação preventiva em qualquer ambiente. Vimos que é importante ter bem definido os objetivos da ação, conhecer a realidade e as crenças do público com relação ao tema e planejar algumas atividades práticas que proporcionem percepções diferentes às pessoas sobre a questão das drogas e das dependências químicas. Para que isso se concretize, a criatividade é um fator fundamental.



Atividade de aprendizagem

- Quais são as considerações para realizar uma ação preventiva em qualquer ambiente?

Aula 30 – Comorbidades e possibilidades de atuação

Encerrando nosso livro, nesta última aula conversaremos brevemente a respeito do que foi visto até aqui e sobre algumas possibilidades de atuação a partir do conhecimento adquirido até então.

O termo “comorbidades”, assunto deste livro, é muito mais abrangente do que seu significado comum, como sendo doenças físicas ou psíquicas relacionadas ao uso de drogas. Comorbidade pode ser entendida como qualquer problema adicional que tenha relação com uso de drogas, e isso inclui os problemas físicos, psíquicos, familiares, sociais e espirituais, conforme conversamos ao longo das aulas.

Difícilmente encontramos um serviço de atenção ao dependente químico que consiga dar conta de atingir todas as comorbidades, que o acompanham na sua doença. E ao mesmo tempo, existem inúmeros profissionais e instituições que propõem o tratamento baseando-se em apenas uma área do conhecimento, atingindo apenas um dos componentes e ignorando o restante. É o caso das comunidades que se utilizam apenas de religião, ou das clínicas que querem tratar o dependente apenas com medicação, ou até dos psicólogos que dizem que o sujeito vai se recuperar apenas com terapia (AFORNALI & MESTRES, 2011).

Ao longo das aulas, tivemos a oportunidade de perceber que, apesar de esses tratamentos poderem apresentar alguns bons resultados, a probabilidade de que não funcionem ou de que seus resultados sejam temporários, é muito grande, uma vez que ignoram a maior parte da composição da doença. O mesmo pode-se dizer das ações que visam à prevenção ao uso de drogas, que não consideram todos os componentes e suas comorbidades.

30.1 Suprindo necessidades

Visto este contexto, uma necessidade premente é ampliar a abrangência dos tratamentos existentes. Fazer o possível para que as ações terapêuticas atinjam todos os componentes das dependências químicas.

Necessidade de ampliação dos tratamentos



Figura 30.1: Necessidade de ampliação dos tratamentos.

Fonte: Lary Tetz, (2013).

Todo o conhecimento que você está adquirindo ao longo deste curso, somado à sua criatividade e iniciativa, vai permitir que proponha ações complementares ao tratamento realizado nos locais com os quais você tem contato.

Nesta mesma linha de raciocínio, já surgiram ao longo do tempo, oficialmente, novos papéis profissionais nos tratamentos às dependências químicas, além dos já consagrados, como: o médico, o psicólogo, o assistente social, o enfermeiro e o terapeuta ocupacional. Além destes, Ribeiro (2010) cita como funções novas e importantes em um processo de recuperação os já reconhecidos papéis de **acompanhante terapêutico**, de **agentes comunitários de saúde** e dos **conselheiros ex-usuários**. Vejamos:

- O **acompanhante terapêutico** é similar à função de gerente de caso, que vai acompanhar o caso de perto e em diferentes situações oferecendo suporte ao paciente, inclusive em ambientes de ressocialização;
- O **agente comunitário** de saúde é responsável pelo elo entre a instituição de tratamento e o meio de convívio do paciente;
- Os **conselheiros ex-usuários** são normalmente pessoas bem sucedidas em seu processo de recuperação da dependência de álcool e drogas, que se dedicam ao aconselhamento de dependentes químicos em tratamento.

Trazemos esses exemplos como resultado de necessidades que existiam antigamente e foram supridas nos programas de reabilitação ao longo do tempo. Como hoje ainda se apresentam muitas necessidades no âmbito do tratamento e da prevenção, também existe muito espaço para a criação de novas ações e papéis.

A partir do que vimos durante as aulas, se fôssemos identificar algumas das necessidades atuais, poderíamos dizer que o acompanhamento dado à família do dependente, ou seja, trabalhar a codependência ainda é carente; também existe necessidade de profissionais capacitados que implementem o modelo de gerenciamento de caso nos tratamentos, além da carência de ações que proporcionem a reabilitação profissional do dependente. Isso sem falar nas estratégias de prevenção em escolas e empresas.

A conclusão é que nessa área ainda temos muito trabalho pela frente, este é apenas um começo.

Resumo

Nesta aula, vimos as comorbidades presentes nos cinco componentes das dependências químicas; constatamos que muitos tratamentos não conseguem dar conta de tratar a dependência química de forma completa, e que existe muita necessidade no âmbito da reabilitação a ser preenchida por profissionais que estão se capacitando na área.

Atividade de aprendizagem

- É possível amenizar todas as comorbidades de um dependente químico?



Assista ao excelente vídeo de animação intitulado Escolha viver sem drogas - <https://www.youtube.com/watch?v=o5DuSFg1aRs>



Referências

ABDO, C. H. N. Disfunções Sexuais e Dependência Química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo, Roca: 2010.

AFORNALI, M. A.; ARAÚJO, I. C. **Alcoolismo**. Das famílias às instituições públicas à luz da prática no serviço social. Curitiba: Popular, 2007.

AFORNALI, M. A.; MESTRES, R. L. F. **Por trás da aparência singela de mãe**. Curitiba: Popular, 2011.

AMEN, D. G. **Transforme seu cérebro, transforme sua vida**. São Paulo: Mercuryo, 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Referência rápida aos critérios diagnósticos do DSM-IV-TR**. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BALLONE, G. J. Entendendo as Neuroses. IN. PsiqWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br/>, revisto em 2008.

BALTIERI, D. A. **Tratamento Farmacológico do Alcoolismo**. São Paulo: Lemos Editorial, 2004.

BAU, C. H. D. **Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo**. Ciência & Saúde Coletiva, 2002, 7(1): 183-190.

BENINCASA, M. **Análise psicodinâmica dos três primeiros passos do Programa de 12 Passos de Narcóticos Anônimos**. Psicol. Am. Lat., México, n. 7, ago. 2006.

BONADIO, A. N.; DUAILIBI, L. B. **Reabilitação vocacional**. In: RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. (org.) O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BORDIN, S. et al. Maconha. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo, Roca: 2010.

_____. Tabaco. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo, Roca: 2010.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Cocaína e Crack. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo, Roca: 2010.

BUCKINGHAM, M.; CLIFTON, D. O. **Descubra seus Pontos Fortes**. Rio de Janeiro: Sextante, 2008.

CARLINI-COTRIM, B.; PINSKY, I. **Prevenção ao abuso de drogas na escola**: uma revisão da literatura internacional recente. Cad. Pesquisa, São Paulo (69): 48-52; maio, 1989.

COLLIN, C.; GRAND, V.; BENSON, N.; LAYZAN, M.; GINSBURG, J.; WEEKS, M. **O Livro da Psicologia**. São Paulo: Globo, 2012.

DALGALARRONDO et al. (2004). **Religião e uso de drogas por adolescentes**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2004 Campinas, 26(2): 82-90.

DOWDNEY, L. **Crianças do tráfico**: um estudo de caso de crianças em violência armada organizada no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 7Letras, 2003.

DRUMMOND, M. C. C.; FILHO, H. C. D. **Drogas**. A busca de respostas. São Paulo: Loyola, 1998.

DUALIBI, L. B.; SEVERINO, R.; BARBOSA, V. M. M.; RIBEIRO, M. Reabilitação social e gerenciamento de caso. In: RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. (org.) **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ENRIQUEZ, E. O papel do sujeito na dinâmica social. In: LÉVY, A. et. al. **Psicossociologia. Análise social e intervenção**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

FONTES, A.; GOMES, L. S.; VILELA, T. R.; FIGLIE, N. B. Redução de Danos – uma Abordagem Legítima para Lidar com o Consumo de Substâncias Psicoativas. In: FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo, Roca: 2010.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Editora Vozes, 1991.

FREUD, Sigmund. Além do princípio de prazer, 1920. In: _____. **Além do princípio de prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 11-75. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 18).

KALINA, E. **Drogas, terapia familiar e outros temas**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **Drogadicção**. Indivíduo, família e sociedade. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1976. 108 p.

KAPLAN & SADOCK. **Compêndio de Psiquiatria**. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LARRIBA, J; DURAN, A. M.; SUELVES, J. M. Protego: Entrenamiento familiar en habilidades educativas para la prevención de las drogodependencias. Barcelona: PDS – Promoción y Desarrollo Social, 2004.

MALUF, T. P. G.; PIRES, E. K. P. A família e a relação com as drogas. In: MOREIRA, F. G.; NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Drogas, Família e Adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MAUBOUSSIN, M. J. **Think twice**: harnessing the Power of counter intuition. Boston, Massachusetts: Harvard Business Press, 2009.

MENEZES, M. S. C. **O que é Amor Exigente**. São Paulo, Edições Loyola: 1992.

MESSAS, G. P. **A participação da genética nas dependências químicas**. Rev. Bras. Psiquiatr. 1999, vol.21, pp. 35-42.

MESSAS, G. P.; VALLADA FILHO, H. P. **O papel da genética na dependência do álcool**. Rev. Bras. Psiquiatr. 2004, vol. 26, pp. 54-58

OLIEVENSTEIN, C. **A vida do toxicômano**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Glossário de Álcool de Drogas. Tradução e notas: Bertolote, J. M. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

PALMINI, A. A Tomada de Decisões e as Patologias da Vontade: o Cérebro em Constante Conflito. In: GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. **Dependência, Compulsão e Impulsividade**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.

RIBEIRO, M. **Avaliação psiquiátrica e comorbidades**. In: RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. (org.) O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O plano de tratamento**. In: RIBEIRO, M. & LARANJEIRA, R. (org.) O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

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**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SANTOS, R. M. S. **Prevenção de droga na escola**. Uma abordagem psicodramática. Campinas, SP: Papyrus, 1997.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. **A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas**: uma revisão da literatura. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, maio-junho, 2004.

_____. **Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 707-717, 2005.

SELIGMAN, M. E. P. **Felicidade Autêntica**: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

SIELSKI, F. **Filhos que usam drogas**. Um guia para os pais. Curitiba: Adrenalina, 1999.

SILVA, C. J. da; LARANJEIRA, R. R. Neurobiologia da Dependência Química. In: FLIGIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2010.

TIRADO, J. L. A.; CASTILLO, A. F. **Porque los programas de prevención no previenen.** Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, vol. 2, número 002, Granada, España, pp. 209-226, 2002.

YORK, P.; YORK, D.; WATCHEL T. **Amor Exigente.** São Paulo, Edições Loyola: 1991.

Referências das figuras

Figura 1.1: Os cinco componentes das dependências químicas.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 2.1: Equipe multidisciplinar.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 3.1: O fator genético das dependências químicas.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 4.1: Consequências do uso de drogas
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 5.1: Gráfico “pizza” dos dependentes de álcool no Brasil.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 5.2: Tabaco e Álcool.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 6.1: O sistema cerebral de recompensa.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 6.2: Prazer de longo prazo X prazer de curto prazo.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 7.1: Como é a droga para o dependente químico.
Fonte: Lary Tetz, (2013).

Figura 8.1: A imaturidade do dependente químico.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 9.1 – Regressão da idade mental.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 10.1: Reação neurótica.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 10.2: Surto psicótico.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 11.1: Alterações de humor.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 11.2: Ansiedade.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 12.1: Delírio de perseguição.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 13.1: Dando independência.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 14.1: Limitação.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 14.2: A disfunção do papel de mãe.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 15.1: Codependência.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 16.1: A influência do ambiente.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 16.2: O paradigma de Asch.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 17.1: A organização do tráfico.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 17.2: Principais produtores de drogas.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 18.1: A crescente prioridade das drogas para o dependente.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 19.1: As drogas como uma prática suicida.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 19.2: Religiosidade.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 20.1: Formas de encontrar um sentido.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 21.1: Precipitando a crise.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 22.1: Diagnóstico.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 22.2: Quadrante comorbidades e tratamentos.
Fonte: Ribeiro (2012). Adaptado.

Figura 23.1: Gerente de caso.
Fonte: Lary Tetz, (2013).

Figura 24.1: Reabilitação profissional.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 25.1: Baixa autoestima.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 25.2: As virtudes são a chave.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 26.1: Luz no fim do túnel.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 27.1: Seringa descartável.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 27.2: Idade mínima para beber.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 28.1: Modelo de amedrontamento.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 28.2: Modelo da informação científica.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 29.1: Aprendendo com a prática.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 29.2: Criatividade.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Figura 30.1: Necessidade de ampliação dos tratamentos.
Fonte: Lary Tetz (2013).

Atividades autoinstrutivas

1. O que significa comorbidades na dependência química?

- a) Significa falta de vergonha e falta de caráter do indivíduo.
- b) Significa a taxa de portadores de uma determinada doença.
- c) São as doenças que aparecem devido à idade do indivíduo.
- d) São transtornos relacionados ao tipo de comida das grandes cidades.
- e) São transtornos e/ou doenças adicionais relacionadas ao uso de drogas.

2. Os cinco componentes das dependências químicas são:

- a) Social, econômico, político, racial e ambiental.
- b) Biológico, psicológico, familiar, social e espiritual.
- c) Biológico, psicológico, individual, social e político.
- d) Psicológico, neurológico, ambiental, social e espiritual.
- e) Neurológico, respiratório, circulatório, digestório e hormonal.

3. A dependência química é:

- a) Uma falha genética.
- b) Uma falha de caráter.
- c) Uma condição de saúde passageira.
- d) Uma doença incurável, progressiva e fatal.
- e) Uma doença que possui tratamento e cura.

4. A equipe multidisciplinar, importante para um programa de reabilitação de sucesso, de acordo com as aulas, é composta por:

- a) Somente o médico psiquiatra com especialização em dependência química.
- b) Médico psiquiatra, enfermeiro e engenheiro, todos capacitados em dependências químicas.
- c) Médico psiquiatra, psicólogo e serviço social, todos capacitados em dependências químicas.
- d) Médico psiquiatra, advogado e voluntariado, todos capacitados em dependências químicas.
- e) Médico psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro e terapeuta ocupacional, todos capacitados em dependências químicas.

5. Qual o componente que engloba o fator genético e que pode ser tanto o desencadeador da doença, como pode ser um componente bastante afetado pelo desenvolvimento dela?

- a) Físico.
- b) Social.
- c) Espiritual.
- d) Biológico.
- e) Econômico.

6. O abuso da utilização da maconha pode desencadear complicações orgânicas, tais como:

- a) Não desencadeia complicações orgânicas.
- b) Não existe abuso da utilização da maconha.
- c) Somente a pancreatite e problemas nos pulmões.
- d) Somente diminuição da coordenação motora e funções cognitivas.
- e) Redução das defesas imunológicas, anomalias nos espermatozoides, diminuição da coordenação motora e funções cognitivas.

7. Relacione a primeira coluna (drogas) com a segunda coluna (comorbidades) em referência ao aparecimento das doenças mais comuns conforme a droga utilizada.

Drogas	Comorbidades
I. Tabaco	(VI) Atrofia os testículos
II. Cocaína e Crack	(V) Amnésia
III. Maconha	(IV) Insônia
IV. Anfetaminas	(III) Pancreatite
V. Calmantes	(II) Convulsão
VI. Esteroides	(I) Enfisema

Assinale a sequência CORRETA:

- a) VI, I, V, II, III, IV
- b) I, II, III, VI, V, IV
- c) I, III, II, IV, VI, V
- d) V, III, I, IV, II, VI
- e) VI, V, IV, III, II, I

8. O Sistema Cerebral de Recompensa (SCR) possui duas estruturas responsáveis pelo prazer, que são:

- a) córtex pré-frontal e o sistema límbico, que buscam simultaneamente o prazer imediato.

- b)** córtex pré-frontal e o sistema límbico, que buscam simultaneamente o prazer de longo prazo.
- c)** córtex pré-frontal, buscando o prazer imediato, e o sistema límbico, buscando o prazer de longo prazo.
- d)** córtex pré-frontal, buscando o prazer de longo prazo, e o sistema límbico, buscando o prazer imediato.
- e)** córtex pré-frontal e o sistema límbico, buscando simultaneamente o prazer independente de ser a curto ou a longo prazo.

9. Dificuldade de atenção, dificuldade de aprendizado, incapacidade de se solidarizar com outras pessoas, impulsividade, falta de disponibilidade de emoções são características comportamentais correspondentes ao mau funcionamento do:

- a)** sistema límbico.
- b)** córtex pré-frontal.
- c)** núcleo accumbens.
- d)** córtex pré-frontal e o sistema límbico.
- e)** sistema límbico e núcleo accumbens.

10. Imaturidade emocional significa:

- a)** somente a incapacidade de esperar.
- b)** capacidade de esperar e de lidar com frustrações.
- c)** incapacidade de esperar e de lidar com frustrações.
- d)** incapacidade de esperar e capacidade de lidar com frustrações.
- e)** capacidade de esperar e incapacidade de lidar com frustrações.

11. A regressão da idade mental através do uso de álcool se caracteriza por:

- a)** perder o sentido moral e de responsabilidade.
- b)** perda dos dentes e aquisição de um biótipo inchado e redondo.
- c)** andar cambaleante, engatinhar, perda do controle dos esfíncteres.
- d)** apresentar comportamentos passivos e dependentes perante a outra pessoa
- e)** Todas as alternativas.

12. Neurose e psicose são diferentes. Por quê?

- a)** Não há diferença, é a mesma coisa.
- b)** A neurose apresenta delírios de grandiosidade e a psicose de perseguição.
- c)** A neurose é a emoção exagerada, enquanto a psicose é perda de contato

com a realidade.

- d) Nenhuma alternativa está correta.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

13. Transtornos de humor e transtornos de ansiedade, respectivamente, podem ser representados por:

- a) Pânico, fobias.
- b) Bipolaridade, depressão.
- c) Depressão, ataque de pânico.
- d) TOC, estresse pós-traumático.
- e) Fobias, estresse pós-traumático.

14. Álvaro Inri Cristo Thais, conhecido como o Inri Cristo, é um líder religioso brasileiro que proclama ser a reencarnação de Jesus Cristo. Nesse caso, pode-se caracterizar como:

- a) Esquizofrenia alucinante.
- b) Transtorno delirante do tipo grandioso.
- c) Transtorno delirante do tipo alucinatório.
- d) Transtorno delirante do tipo persecutório.
- e) Esquizofrenia com discurso desorganizado.

15. Considerando a história da família desde antigamente até hoje, podemos afirmar a existência de várias fases pelas quais ela passou, sendo seu objetivo:

- a) De promover independência e amadurecer os filhos.
- b) Assegurar a transmissão do patrimônio para as futuras gerações da família.
- c) A garantir a sobrevivência do sobrenome e do sangue da família nas gerações futuras.
- d) Os filhos não são prioridade absoluta e os pais acabam tendo que conciliar o cuidado dos filhos com a busca pela sua realização individual.
- e) Todas acima estão corretas.

16. O papel dos pais dentro do contexto familiar possui forte influência no comportamento dos filhos, então é correto afirmar que:

- a) O papel de pai contribui para o autocuidado.
- b) O papel de mãe estimula a independência do filho.
- c) O equilíbrio dos papéis do pai e da mãe promovem casos de dependência química.

- d)** O equilíbrio dos papéis de pai e mãe promovem o amadurecimento emocional dos filhos.
- e)** Os pais não devem dar limites ao filho, assim aprende a ser responsável pelos seus atos.

17. Dentro da família existem quatro principais sentimentos que sustentam os comportamentos codependentes. Quais são eles?

- a)** Culpa, raiva, pena e medo.
- b)** Raiva, inveja, culpa e medo.
- c)** Culpa, raiva, ganância e medo.
- d)** Culpa, ganância, pena e medo.
- e)** Pena, inveja, culpa e medo.

18. Os conceitos de influência dos outros e do ambiente no indivíduo nos permitem entender a importância das mudanças sociais para o processo de reabilitação, e a preocupação dos pais com as companhias dos filhos. Frente a essa afirmação, qual o ditado que mais se encaixa?

- a)** A união faz a força.
- b)** Se cair, do chão não passa.
- c)** Em boca fechada não entra mosca.
- d)** Dize-me com quem andas e te direi quem és.
- e)** Os melhores homens são os que as mulheres julgam melhores.

19. Os principais contatos do consumidor final na organização do tráfico de drogas são:

- a)** Aviões e os Esticas.
- b)** Matutos e os Aviões.
- c)** Produtores e os Matutos.
- d)** Atacadistas e os Esticas.
- e)** Grande traficante e o microtraficante.

20. Os primeiros efeitos sociais do uso de drogas é a chamada perda do vínculo social. O que é isso?

- a)** Relacionamento afetivo entre pessoas.
- b)** Considera a relação entre pais e filhos.
- c)** Nenhuma das alternativas define vínculo social.
- d)** É quando o indivíduo sustenta a família e responde legalmente pelas suas ações.

- e) É quando o indivíduo abre mão das suas obrigações e dos seus valores, e começa a colocar a droga cada vez mais como prioridade na sua vida.

21 Por que a espiritualidade, como fonte de sentido, difere da religião?

- a) Pode-se praticar rituais e leituras em livros específicos.
- b) Nem todas as pessoas podem praticar a espiritualidade.
- c) Pode oferecer um sentido na vida, independente de religião.
- d) O indivíduo dependente químico apresenta baixa autoestima.
- e) O indivíduo pode ser amparado espiritualmente de forma dependente.

22. Viktor Frankl, fundador da logoterapia, diz que podemos usar formas para descobrir um sentido na vida. Qual alternativa está correta?

- a) Através do amor.
- b) Através do trabalho e amor.
- c) Através da atitude frente a um sofrimento.
- d) Errando e tentando acertar sempre, não desistir.
- e) Através do amor, trabalho e atitude frente a um sofrimento inevitável.

23. A porta de entrada para o tratamento do dependente químico é a família. Considerando que o dependente químico não escuta palavras, só escuta ações, qual deve ser a atitude da família?

- a) Impor limites.
- b) Eliminar a codependência.
- c) Não assumir as responsabilidades do dependente químico.
- d) Cortar toda a regalia e solicitar participação nos afazeres domésticos.
- e) Todas as alternativas estão corretas.

24. A classificação do dependente com comorbidades para tratamento, ocorre de acordo com a gravidade do uso da droga e do transtorno mental, sendo ela:

- a) Baixa gravidade para drogas e alta gravidade para transtorno= ambulatorial.
- b) Alta gravidade para transtorno e alta gravidade para drogas= internação longa ou curta.
- c) Baixa gravidade para transtorno e alta gravidade para drogas= ambulatório intensivo.
- d) Alta gravidade para drogas e baixa gravidade para transtorno= internação com supervisão médica.
- e) Baixa gravidade para drogas e baixa gravidade para transtorno= internação longa ou curta.

25. Assinale a alternativa correta que tem referência ao gerenciamento de caso como estratégia para o programa de reabilitação.

- a) Entrevista inicial de aproximadamente 60 minutos.
- b) Profissionais com níveis de especialização variados.
- c) Encontros regulares com o paciente de acordo com a rotina do serviço.
- d) Contato bastante frequente com cada paciente e reuniões regulares com os profissionais envolvidos.
- e) Os índices de abstinência ao longo do tempo chegam a ser de 1% a 3% mais altos do que no tratamento regular.

26. Considerando a reabilitação como um passo para o dependente químico, é correto afirmar que:

- a) Garante uma estabilidade no emprego, devido à empresa ter programas de recuperação.
- b) Perceber outras opções de ambiente e pessoas pode piorar a condição de segurança para evitar recaídas.
- c) Após obter colocação profissional, não ocorrerão frustrações no ambiente de trabalho possibilitando recaídas.
- d) A preparação e o acompanhamento profissional são fundamentais para que a reabilitação do componente social se consolide.
- e) Outros obstáculos que surgirem serão ultrapassados tranquilamente sem intervenção de profissionais como suporte emocional.

27. Todo mundo possui virtudes e talentos. Considera-se talento:

- a) A mesma coisa que virtude.
- b) É uma qualidade moral particular.
- c) Disposição constante de praticar o bem e evitar o mal.
- d) É a habilidade desenvolvida pela repetição que uma pessoa faz para realizar uma tarefa específica.
- e) Qualquer padrão recorrente de pensamento, sensação ou comportamento que possa ser usado produtivamente.

28. Os grupos que auxiliam o componente espiritual no processo de tratamento são:

- a) Grupos religiosos, AA e NA.
- b) Somente os grupos de AA e NA.
- c) Somente grupos religiosos e os NA.
- d) Somente grupos evangélicos e os AA.
- e) Somente os grupos batista e católicos.

29. O conceito de redução de danos visa:

- a) Facilitar o acesso a tratamento.
- b) Evitar comportamentos de risco.
- c) Dificultar o acesso às drogas lícitas.
- d) Proporcionar o uso das drogas em um contexto mais seguro.
- e) Todas as alternativas acima.

30. As ações de prevenção visam promover, dentro da família, fatores protetores ao uso de drogas e desenvolver nos pais habilidades relacionadas a esses fatores, tais como:

- a) Supervisionar a distância a conduta do cônjuge.
- b) Criar normas diariamente para estabelecer rotinas.
- c) Resolver os conflitos familiares em sessões de autoajuda.
- d) Aumentar o vínculo afetivo e a comunicação entre pais e filhos.
- e) Demonstrar métodos de disciplina rígida, para que não sejam quebradas.

31. Para que tenha êxito em qualquer atividade nos programas de prevenção, em qualquer ambiente, é preciso que tenha como palavra chave:

- a) Potencial.
- b) Habilidade.
- c) Intolerância.
- d) Criatividade.
- e) Técnica reconhecida.

32. Quem é responsável pelo elo entre a instituição de tratamento e o meio de convívio do paciente?

- a) Psicólogo.
- b) Enfermeiro.
- c) Gerente de caso.
- d) Médico psiquiatra.
- e) Agente Comunitário de Saúde.

33. A dependência química é muito mais complexa do que uma simples característica hereditária, e não é determinada apenas por aspectos genéticos, apesar deles fazerem parte da sua complexidade. Podemos considerar esta afirmação:

- a) Errada, porque ela é somente determinada pela genética.
- b) Errada, porque a genética não faz parte da complexidade da dependência.

- c) Errada, porque os aspectos genéticos estão ligados com reações químicas.
- d) Certa, porque a dependência química é somente determinada pelas características genéticas.
- e) Certa, porque os aspectos genéticos fazem parte da complexidade da dependência química.

34. A cocaína por ser uma droga estimulante, promove complicações em vários órgãos, tais como:

- a) Pulmão.
- b) Baço, rim.
- c) Rim, pulmão.
- d) Cérebro, baço e rim,
- e) Cérebro, rim, pulmão e baço.

35. Os dependentes de drogas vivem experiências sexuais diferentes da população geral, apresentando os mais variados tipos de comportamentos de risco, como:

- a) compartilhar seringas descartáveis.
- b) compartilhar seringas, ter parceiro fixo.
- c) compartilhar seringas, ter parceiro fixo e não usar preservativos.
- d) compartilhar seringas, ter vários parceiros sexuais e usar preservativos.
- e) compartilhar seringas, ter vários parceiros sexuais, e não usar preservativos.

36. Qual é o sistema que luta para que nossas decisões nos tragam prazer imediato, sem se preocupar com as consequências futuras?

- a) sistema límbico.
- b) córtex pré-frontal .
- c) núcleo accumbens.
- d) córtex pré-frontal e o sistema límbico.
- e) sistema límbico e núcleo accumbens.

37. Freud definiu dois princípios que nos regem ao longo da vida, são eles:

- a) princípio do prazer e princípio de realidade.
- b) princípio do respeito e princípio de realidade.
- c) princípio do prazer e princípio da convivência.
- d) princípio da convivência e princípio de respeito.
- e) princípio da convivência e princípio de realidade.

38. O alcoolista vai perdendo o sentido moral e de responsabilidade, esta situação representa a regressão da idade mental na fase:

- a) Criança.
- b) Adolescência.
- c) Bebê e criança.
- d) Bebê e adolescente.
- e) Adolescente e criança.

39. Quando a mulher grita de raiva, durante o período de TPM; ou grita porque o marido se esqueceu de levantar a tampa do vaso sanitário para usar o banheiro, diz ser uma reação:

- a) Delírios.
- b) Psicose.
- c) Neurose.
- d) Neurótica.
- e) Esquizofrenia.

40. Percepções que ocorrem com o dependente químico sem a existência de estímulos externos, como por exemplo, ver um elefante rosa com asas, refere-se a episódios de:

- a) Alogia.
- b) Abulia.
- c) Delírios.
- d) Catatonia.
- e) Alucinação.

41. Independente da formação da família é possível que os papéis de pai e de mãe sejam desempenhados de maneira equilibrada. Esta afirmação é:

- a) Falsa.
- b) Duvidosa.
- c) Meio certa.
- d) Verdadeira.
- e) Meio errada.

42. Considera-se comportamento característico do codependente:

- a) Permissividade.
- b) Colocar a culpa da dependência em fatores externos.
- c) Eterno perdão e assumir as responsabilidades dele para si.
- d) Tratar os riscos e as consequências da dependência como se não fossem tão graves.
- e) Todas as alternativas descritas.

43. A adicção a drogas constitui uma prática psicótica e suicida. O que define prática suicida?

- a) De promover independência.
- b) Relacionamento afetivo entre pessoas.
- c) O adicto introduz as drogas à pessoa que busca o verdadeiro sentido.
- d) Se o corpo é um limite, o pensamento delirante do adicto teima em ultrapassá-lo.
- e) O dependente químico vive a partir de uma realidade imaginária que construiu para si.

44. O que é logoterapia?

- a) Terapia centrada no sentido.
- b) Terapia centrada na reabilitação.
- c) Terapia centrada no dependente.
- d) Terapia centrada no codependente.
- e) Terapia centrada nos órgão governamentais.

45. A frase "nós o amamos, mas não aceitamos o que você faz" refere-se:

- a) A uma família desnaturada.
- b) Ao relacionamento entre os pais.
- c) Ao trabalho de precipitação da crise.
- d) Ao dependente químico para a droga.
- e) Ao trabalho de autoafirmação da drogadição.

46. Qualquer profissional pode atuar como gerente de caso, desde que:

- a) Tenha capacitação em dependências químicas.
- b) Tenha capacidade de estabelecer limites no vínculo com o paciente.
- c) Tenha preconceitos ou estereótipos.
- d) Tenha capacidade de assumir um baixo grau de comprometimento com cada paciente.
- e) Todas as alternativas descritas.

47. Complete a frase: "Autoestima é estimulada quando estamos determinados a identificar e desenvolver _____"

- a) compra compulsiva.
- b) nossas forças pessoais.
- c) capacidade de lucrar com as vendas do tráfico.
- d) habilidades de usar 2 drogas ou mais ao mesmo tempo.
- e) Todas as alternativas.

48. Quando o dependente químico é acolhido e apoiado por um grupo religioso, a primeira esperança que surge refere-se ao:

- a) Componente social.
- b) Componente familiar.
- c) Componente biológico.
- d) Componente econômico.
- e) Componente psicológico.

49. A redução de danos nasceu na década de 1980, quando muitos países buscavam medidas para controlar e reduzir os riscos de transmissão de uma doença. A qual doença estamos nos referindo?

- a) HIV.
- b) Sífilis.
- c) Ebola.
- d) Hepatite.
- e) Influenza.

50. Os primeiros programas de prevenção das dependências químicas eram elaborados usando qual tática?

- a) Medo.
- b) Amizade.
- c) Infantilização.
- d) Educação afetiva.
- e) Educação científica.

Currículo dos professores-autores

Raphael Mestres

Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná e mestrando em Dependências Químicas na Universidad del Salvador, em Buenos Aires.

Trabalhou dois anos no Ministério Público do Estado do Paraná atendendo famílias de usuários de drogas, junto com o assistente social Marco Afornali. Atualmente é palestrante; trabalha com projetos de prevenção em escolas e empresas. É autor da obra “Por trás da Aparência Singela de Mãe”.

Alessandra Andréa da Silva Tetzlaff

Graduada em Enfermagem e Obstetrícia, pela Faculdade São Camilo (SP). Especialista em Enfermagem e Emergências pela PUCPR. Mestre em Tecnologia em Saúde (PUCPR). Doutoranda em Medicina (UFPR) e em Educação (FUNIBER - MX).

Enfermeira com mais de 18 anos de experiência em assistência de enfermagem adulto, infanto-juvenil, neonatal. Atuante na assistência e coordenação em vários ambientes de saúde/educação, como: centros educacionais, hospitais, clínicas, CAPs e atendimento domiciliar. Atualmente leciona como professora nas Faculdade Santa Cruz (FADESC) e Faculdade UNIBRASIL, e como instrutora na Ma's Tecnologia e Treinamento.

