



Dados do trabalho:

Código de identificação: 528

A) TÍTULO DA IDEIA/PROJETO

Título:

Gerenciamento de contingências: uma eficaz abordagem no tratamento do usuário de crack

B) Tema:

Avaliação e monitoramento de Políticas Públicas

C) Categoria a que concorre:

-Categoria: CATEGORIA SERVIDOR - Modalidade A: Trabalho cuja característica principal seja a apresentação de idéias e/ou projetos de servidor ou grupo de servidores, provenientes de conhecimento próprio e/ou experiências adquiridas no exercício de sua função. Os trabalhos inscritos nesta categoria NÃO poderão contar com suporte técnico/financeiro externo ao órgão/entidade (consultoria externa, convênios, parcerias com entidades não governamentais, etc.), devendo configurar idéias e/ou projetos AINDA NÃO IMPLEMENTADOS.

D) RESUMO DA IDEIA/PROJETO

Resumo:

A epidemia de uso de crack que se apresenta no país, e em particular, no nosso estado de Minas Gerais, preocupa toda a população e sobrecarrega os serviços públicos de saúde, que não conseguem atender a demanda crescente de pacientes.

O objetivo desse trabalho é propor um projeto para o tratamento dos pacientes usuários de crack, quando eles egressarem da internação hospitalar na rede FHEMIG de Belo Horizonte (no caso, Instituto Raul Soares - IRS).

O projeto para os usuários é a frequência em grupos de terapia por 3 meses, período durante o qual será utilizada a técnica de gerenciamento de contingências (GC).

O gerenciamento de contingências é uma técnica comportamental que se propõe a recompensar o ex-usuário de crack com dinheiro ou vouchers (cartões-presente) quando ele comprovar a total interrupção do uso de drogas. Essa



comprovação se dá através de exames de urina que detectam no momento da realização dos mesmos se o paciente usou ou não crack ou maconha. A ideia é fazer os exames de urina 2 vezes por semana, uma no dia da terapia e uma aleatoriamente. Se o paciente conseguir comprovar a abstinência do crack e da maconha com dois exames de urina negativos consecutivos, ele terá direito ao cartão-presente, que se apresentará com valores crescentes (a princípio R\$ 25,00 e no fim, R\$ 100,00 por semana).

Em vários estudos científicos controlados realizados no mundo inteiro, o gerenciamento de contingências tem se mostrado um dos métodos mais eficazes disponíveis para se atingir a abstinência do crack.

E) ESCOPO DA IDEIA/PROJETO

1) Caracterização do contexto atual:

O crack é uma droga psicoativa produzida a partir da cocaína, acrescentando-se bicarbonato de sódio ou amônia e água, gerando um composto que pode ser fumado ou inalado. O nome crack vem do barulho que as pedras fazem ao serem queimadas durante o uso. Assim, o crack produz no cérebro os mesmos efeitos da cocaína, mas de forma muito mais rápida e intensa, e por isso mesmo, provoca muito mais dependência. A dependência consiste no consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário, em diferentes graus. É altíssima a taxa de dependência nos usuários de crack, assim, grande parte dos usuários que apenas experimentaram a droga se tornarão dependentes o resto da vida.

O crack atualmente é um dos principais problemas de saúde pública do estado de Minas Gerais, e o aumento da incidência do seu uso se apresenta de forma alarmante. Uma pesquisa realizada pela Confederação Nacional dos Municípios mostrou que o entorpecente já está em 75% das cidades mineiras. No Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), 43% das pessoas atendidas são usuárias de crack. O número de atendimentos por causa do vício, na mesma instituição, cresceu 35% em relação ao ano passado.

É um grande desafio o tratamento de pacientes que são dependentes de crack, mesmo se utilizando todos os recursos disponíveis na rede pública de saúde: atendimento multidisciplinar em centros de saúde na atenção básica (geridos pela rede municipal de saúde), atendimento em Centros de Atenção Psicossocial para álcool e drogas (CAPS-AD), permanência em Comunidades terapêuticas conveniadas ao estado (através do SOS - Drogas e subsecretaria de políticas anti-drogas) e por fim, internação integral nos hospitais da rede FHEMIG (exemplos: Hospital Galba Veloso - HGV e Instituto Raul Soares - IRS).

Muitas vezes, o paciente inicia o tratamento no próprio hospital através de uma internação ou passagem breve pela instituição. Essas internações frequentemente são motivadas por situações emergenciais, de crise, de risco de morte, como quando o usuário fica agressivo com a família, está há vários dias em situação de rua com desnutrição e desidratação. É frequente também a internação devido quadros depressivos graves quando o usuário tenta interromper o uso, levando a ideação de autoextermínio. E por fim, os surtos psicóticos também motivam uma internação, pelo risco de agressividade e pela perda do contato com a realidade. Tais pacientes graves não tem outra alternativa terapêutica a não ser a internação, pois necessitam de supervisão contínua, medicação, exames complementares, tratamento das comorbidades clínicas. A internação (breve) proporciona um retorno das funções mentais, melhora do humor, melhora da nutrição.

Quando esses pacientes tem alta, porém, há uma grande dificuldade de encaminhá-los para a continuidade do tratamento: em Belo Horizonte há apenas 2 instituições que poderiam dar essa continuidade: o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) e o Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e drogas (Cersam AD, que faz parte da rede municipal). São instituições abertas, ou seja, o paciente tem a liberdade de entrar e sair a hora que quiser ou sentir necessidade. Contam com equipe multidisciplinar (psicólogo, psiquiatra, enfermeiro, técnico de enfermagem,



assistente social e terapia ocupacional). Porém só funcionam durante o dia, não oferecendo assistência durante a noite. Nesse período, o paciente volta para casa ou para as ruas (há muitos moradores de rua que usam crack e se utilizam desses dispositivos de tratamento). Obviamente, estão muito suscetíveis a uma recaída no uso de drogas. A própria presidente Dilma Rouseff criticou tal tratamento, dizendo que no modelo dos CAPS/hospitalidade diurna diríamos ao paciente: /Tchau drogado, volta amanhã./ O que mostra a fragilidade do sistema.

Além disso, não há nenhum incentivo para que o paciente persista no tratamento proposto. O paciente fica, então, a mercê de sua própria motivação, da colaboração da família e da equipe multidisciplinar e do distanciamento dos amigos que incentivam o uso do crack.

A maioria acaba abandonando o tratamento e inevitavelmente recaindo no uso da droga, voltando ao ciclo de internações e reinternações. Só o custo das internações gira em torno de R\$ 200,00 por dia no IRS, segundo dados do setor de contas do Hospital

A medicação psiquiátrica, tão eficaz para os quadros primários, como esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão, não tem a mesma sorte com os pacientes usuários de crack. Foram realizadas três metanálises com o objetivo de avaliar eficácia do tratamento farmacológico da dependência de cocaína (crack): carbamazepina, agonistas dopaminérgicos e antidepressivos. Nenhum medicamento se mostrou eficaz para tratamento dos sintomas de abstinência e/ou para o comportamento de busca da substância. Algumas medicações como o ecopipam (bloqueador de receptores de dopamina), citicolina (utilizada no tratamento de membranas de células lesadas), aspirina, e a vacina anticocaína ainda estão em estudo para a farmacoterapia da dependência de cocaína.¹

De forma geral, portanto, todas as intervenções descritas acima se mostram pouco eficazes e altamente dispendiosas, sendo altíssima a taxa de recaída (em torno de 70%). Falta uma alternativa eficaz e de bom custo-benefício para o usuário, para a população e para o próprio governo.

2) Descrição da ideia / projeto:

O gerenciamento de contingências (GC) é uma proposta surgida nos Estados Unidos na década de 90, cuja base teórica vem da terapia comportamental. O termo terapia comportamental designa uma série de abordagens psicoterapêuticas que se baseiam no conhecimento teórico do behaviorismo. Behaviorismo (behaviorism em inglês, de behaviour (Reino Unido) ou behavior (EUA): comportamento, conduta), também designado de comportamentalismo, ou às vezes comportamentismo, é o conjunto das teorias psicológicas que postulam o comportamento como o mais adequado objeto de estudo da psicologia. O comportamento geralmente é definido por meio das unidades analíticas respostas e estímulos investigadas pelos métodos utilizados pela ciência natural chamada análise do comportamento. Historicamente, a observação e descrição do comportamento fez oposição ao uso do método de introspecção. A psicologia introspectiva é sem dúvida a mais popular, como por exemplo a psicanálise de Sigmund Freud.

Como precedentes do comportamentismo podem ser considerados os fisiologistas russos Vladimir Mikhailovich Bechterev e Ivan Petrovich Pavlov. Bechterev, grande estudioso de neurologia e psicofisiologia, foi o primeiro a propor uma Psicologia cuja pesquisa se baseia no comportamento, em sua Psicologia Objetiva. Pavlov, por sua vez, foi o primeiro a propor o modelo de condicionamento do comportamento conhecido como reflexo condicionado, e tornou-se conceituado com suas experiências de condicionamento com cães. Sua obra inspirou a publicação, em 1913, do artigo Psychology as the Behaviorist views it, de John B. Watson. Este artigo apresenta uma contraposição à tendência até então mentalista (isto é, internalista, focada nos processos psicológicos internos, como memória ou emoção) da Psicologia do início do século XX, além de ser o primeiro texto a usar o termo Behaviorismo. Também é o primeiro artigo da vertente denominada Behaviorismo Clássico.

Como resposta às correntes internalistas do Comportamentalismo e inspirado pelo Behaviorismo Filosófico, Burrhus F. Skinner publicou, em 1945, o livro Science and Human Behavior. A publicação desse livro marca o início da corrente comportamentalista conhecida como Behaviorismo Radical.



Skinner desenvolveu os princípios do condicionamento operante e a sistematização do modelo de seleção por consequências para explicar o comportamento. O condicionamento operante segue o modelo Sd-R-Sr, onde um primeiro estímulo Sd, dito estímulo discriminativo, aumenta a probabilidade de ocorrência de uma resposta R. A diferença em relação aos paradigmas S-R e S-O-R é que, no modelo Sd-R-Sr, o condicionamento ocorre se, após a resposta R, segue-se um estímulo reforçador Sr, que pode ser um reforço (positivo ou negativo) que /estimule/ o comportamento (aumente sua probabilidade de ocorrência), ou uma punição (positiva ou negativa) que iniba o comportamento em situações semelhantes posteriores.

O condicionamento operante difere do condicionamento respondente de Pavlov e Watson porque, no comportamento operante, o comportamento é condicionado não por associação reflexa entre estímulo e resposta, mas sim pela probabilidade de um estímulo se seguir à resposta condicionada. Quando um comportamento é seguido da apresentação de um reforço positivo ou negativo, aquela resposta tem maior probabilidade de se repetir com a mesma função; do mesmo modo, quando o comportamento é seguido por uma punição (positiva ou negativa), a resposta tem menor probabilidade de ocorrer posteriormente. O Behaviorismo Radical se propõe a explicar o comportamento animal através do modelo de seleção por consequências. O Behaviorismo Radical propõe um modelo de condicionamento não-linear e probabilístico, em oposição ao modelo linear e reflexo das teorias precedentes do Comportamentalismo. Para Skinner, a maior parte dos comportamentos humanos são condicionados dessa maneira operante.⁵

Aplicando a teoria comportamental ao uso de drogas, podemos dizer que a droga, especialmente o crack, é um forte reforço positivo puro. Ou seja, proporciona prazer intenso, fácil, rápido. Isso ocorre devido a liberação de dopamina cerebral que o crack provoca. Essa sensação de prazer dura poucos minutos e se esvai rapidamente, o que motiva o usuário a procurar novamente a droga. Nesse ciclo, o usuário usa todo o dinheiro que lhe estiver disponível, e quando o dinheiro acaba ele tem que procurar alguma forma de ganhar mais dinheiro, vendendo objetos de casa, cometendo pequenos furtos e até mesmo se prostituindo. O paciente usa a droga pois antecipa os seus efeitos positivos, ele usa na expectativa de efeitos positivos.

O tratamento do usuário de drogas, especialmente o crack, tem se mostrado um grande desafio para nosso estado e também para todo o país. O governo federal lançou, em 2010, o Plano Integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, e em 07/12/2011 o segundo plano, /Crack, é possível vencer/ que prometia mais investimentos em estratégias de saúde pública para os pacientes. Porém, ainda muito pouco tem sido feito e os resultados ainda não apareceram. Usar ou não usar drogas é uma decisão complexa, e o que geralmente mantém o paciente preso à dependência é principalmente o reforço positivo associado à droga (conforme descrito acima). O paciente não vê vantagens em parar com a droga, ou quando as vê, considera que as vantagens de continuar no uso são muito maiores, e acaba decidindo continuar no uso.

O tratamento proposto para esses pacientes é: sessões de terapia de grupo com gerenciamento de contingências. O gerenciamento de contingências é uma estratégia usada para dependência química que visa a encorajar a mudança positiva de comportamento (por exemplo, abstinência) nos pacientes provendo reforços positivos e incentivos quando os pacientes atingem as metas do tratamento. Ou então, retirando-se os reforços positivos ou provendo medidas punitivas quando os pacientes se engajam no comportamento indesejado. É importante frisar que não pretendemos prover medidas punitivas diretas, apenas a retirada dos reforços quando o comportamento desejado não for executado. Esse reforço positivo pode ser dinheiro, presentes, ou cartões-presente que se podem trocar por quaisquer objetos em lojas específicas. Proponho que em um contexto de hospital público sejam utilizados cartões-presente, que o paciente poderá trocar pelo que quiser em supermercados e hipermercados específicos.

O método proposto é o seguinte: paciente recém-saídos da internação do IRS por abuso de crack seriam convidados a participar de um grupo de prevenção de recaída. Esse grupo conteria a princípio 6 pacientes cada, que seriam acompanhados semanalmente, com sessões de terapia de grupo com gerenciamento de contingências, conduzidas por um psiquiatra e um psicólogo, durante 3 meses ou 12 semanas.

Somente a terapia de grupo já se mostra uma abordagem eficaz para o tratamento da dependência química. Em



especial, a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Numerosas avaliações da TCC nos transtornos relativos ao uso de substâncias já foram conduzidas e o suporte à efetividade desta abordagem é robusto. Ela já foi comparada com tratamentos alternativos e de controle. Tanto a versão individual quanto a grupal da TCC já foram avaliadas, com dados que apóiam a eficácia de ambos os formatos. 4

Além disso, o próprio contexto de terapia de grupo (seja ela TCC ou não) é altamente terapêutico. Irwin Yalom cita os seguintes fatores terapêuticos na psicoterapia de grupo: instilação de esperança, universalidade, compartilhamento de informações, altruísmo, capitulação corretiva do grupo familiar primário e do aprendizado interpessoal, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, coesão grupal e catarse.

Durante esse tempo, os pacientes fariam exames de urina 2 vezes por semana, no próprio hospital, para detectar a possibilidade do uso de drogas (maconha e cocaína podem ser detectadas). Sendo que o paciente teria que colher a urina no hospital, acompanhado de um auxiliar de enfermagem do mesmo sexo. Uma das vezes seria um dia fixo na semana (o dia da terapia de grupo) e a outra vez seria aleatoriamente, em qualquer dia da semana. O paciente seria avisado desse dia com 1 dia de antecedência e portanto deverá comparecer ao hospital no dia seguinte para a realização do exame. Caso ele apresente 2 exames consecutivos negativos, ele terá direito a um cartão-presente no valor de 25,00 nas primeiras 2 semanas, 50,00 nas 2 semanas seguintes e 100,00 reais nas 8 semanas seguintes. É importante aumentar gradativamente o reforço. Esse é um valor significativo, mas não muito alto nem muito baixo, pois se for muito baixo não servirá como reforço.

Também é importante destacar que caso o usuário/paciente admita o uso de droga, o exame de urina não será necessário. Se o exame de urina der positivo, ele poderá continuar frequentando normalmente as sessões, mas não terá direito ao incentivo do cartão-presente. Aquela semana não contará para efeito do escalonamento do incentivo, ele só aumentará o incentivo quando demonstrar 2 exames de urina negativos.

É importante também testar o uso de maconha na urina, pois está demonstrado que o abuso de maconha representa altíssimo risco para recair também no crack. Os exames de urina detectam a cocaína/crack em média até 3 dias depois do último uso, e detectam a maconha em média até 7 dias depois do último uso, podendo detectar até 30 dias depois caso seja um usuário crônico de maconha.

O gerenciamento de contingências é citado na cartilha /Diretrizes Gerais médicas para assistência integral ao crack/, elaborada pelo Conselho Federal de Medicina, da seguinte forma: /Em todos os casos, se disponível, aplique intervenções psicossociais, tais como aconselhamento ou terapia familiar, aconselhamento ou terapia para a resolução de problemas, terapia cognitivo-comportamental, terapia de reforço motivacional, terapia de manejo de contingências./

2.1) Rede de Governo:

Rede de Atendimento em Saúde

3) Objetivos propostos e resultados visados:

Implementar uma nova opção terapêutica a ser usada no tratamento do usuário de crack, com custo baixo e utilizando ferramentas humanas e espaço físico de que o sistema de saúde já dispõe.



Descrever os objetivos da ideia / projeto:

Implementar uma nova opção terapêutica a ser usada no tratamento do usuário de crack, com custo baixo e utilizando ferramentas humanas e espaço físico de que o sistema de saúde já dispõe.

4) Resultados esperados:

Um extenso corpo de evidências sustenta a eficácia do gerenciamento de contingências. As primeiras pesquisas foram iniciadas na década de 60, nos Estados Unidos. Em um estudo no tratamento do alcoolismo, Miller, em 1975, descobriu que provendo reforços positivos para ébrios públicos, dependendo de testes de bafômetro negativos, conseguiam efetivamente reduzir esse comportamento. No estudo, 20 pacientes ébrios contumazes foram randomizados para 2 grupos: um grupo com contingências e o outro sem contingências. Uma pessoa no grupo com contingências recebia abrigo, emprego, comida ou roupas dos serviços sociais locais somente se ficassem sóbrios. Os membros do grupo não contingente recebia esses serviços sociais independentemente de consumirem bebida ou não. Durante os dois meses de avaliação, a taxa de prisão por embriaguez pública no grupo contingente caiu de 1,7 prisões por 2 meses para 0,3 prisões. O grupo não contingente, por sua vez, viu sua taxa de prisões decair apenas de 1,4 para 1,3.

Em outro estudo com 38 adultos dependentes de cocaína, os pesquisadores, durante 24 semanas, randomizaram os pacientes para terapia de reforço comunitário, gerenciamento de contingência ou aconselhamento baseado nos 12 passos dos Alcoólicos Anônimos. No grupo de gerenciamento de contingências, os pacientes recebiam /vouchers/ quando entregassem amostras de urina livres de cocaína. 58% dos pacientes no grupo de GC permaneceram no tratamento até o fim do estudo, enquanto apenas 11% dos grupos controle o fizeram. 68% dos pacientes no grupo GC mantiveram pelo menos 8 semanas de contínua abstinência de cocaína, comparados com 11% no grupo controle. Em mais um estudo, com usuários de cocaína, a terapia comunitária foi comparada com a terapia comunitária + gerenciamento de contingências usando /vouchers/. 75% dos pacientes que receberam vouchers completaram o estudo, comparados com 40% no grupo controle. 55% dos pacientes do grupo GC atingiram pelo menos 2 meses de abstinência contínua, comparados com 15% no grupo controle.

Silverman (1996) fez um estudo com usuários de cocaína injetável, em que ambos os grupos recebiam vouchers, mas um grupo só recebia se entregasse amostras de urina negativas, e o outro grupo recebia vouchers independente dos resultados do exame de urina. 47% dos usuários no grupo contingente conseguiram abstinência de 6 semanas ou mais, comparados com apenas 6% dos pacientes no grupo não-contingente. Isso mostrou a utilidade do GC mesmo em um grupo difícil de tratar como os usuários de cocaína injetável.

As intervenções que incluem o GC, assim, se mostraram efetivas para alcoolistas e abusadores de drogas ilícitas. Além disso, ela também se mostrou eficaz para manter o paciente no tratamento, aumentar a adesão à medicação e promover outras metas, como por exemplo arranjar ou se manter em um emprego.

No entanto, o GC não é uma solução mágica e sem falhas, de forma que os profissionais envolvidos devem planejar cuidadosamente as intervenções, adaptando-se ao perfil do grupo, ao perfil da instituição e ao perfil particular de cada paciente.

Assim, os resultados esperados para a terapia de grupo com gerenciamento de contingências: aderência dos pacientes usuários de crack ao tratamento multidisciplinar; cessação completa do uso de crack; diminuição das recaídas e portanto das reinternações hospitalares; reintegração social e ocupacional dos pacientes; melhora do aspecto neuropsicológico; melhora da autoestima do paciente e responsabilização pelos seus atos; diminuição da criminalidade associada direta e indiretamente ao abuso de crack e outras drogas ilícitas. Ou seja, os benefícios se estendem não só para o paciente, mas também para sua família e comunidade, e para a sociedade em geral.

Incluindo-se aí instâncias governamentais, como o INSS, que terá que pagar menos benefícios; o governo do Estado



de Minas Gerais, que gastará menos com internações hospitalares e terá mais leitos disponíveis para oferecer a outros pacientes com distúrbios psiquiátricos não relacionados a drogas.

5) Público-alvo da ideia e/ou projeto:

Prioritariamente: Pacientes usuários de crack recém-internados no IRS.

Indiretamente: famílias que muitas vezes não convivem com um paciente que se interna várias vezes, seriam beneficiadas pois teriam o convívio do paciente em casa e ele poderia trabalhar.

5.1) Municípios/regiões beneficiados:

Municípios

Cidade:

-Belo Horizonte

6) Ações e etapas da implementação:

1. Divulgar o novo tratamento com toda a equipe do Instituto Raul Soares (IRS);
2. Sensibilizar a equipe para oferecer o tratamento de gerenciamento de contingências aos usuários de crack internados na instituição, quando eles estiverem aptos a receber alta hospitalar, ou seja após terem passado pelo processo de desintoxicação;
3. Selecionar profissionais com perfil para aplicar o método;
4. Treinar a equipe previamente escolhida para oferecer esse tratamento aos usuários de crack. É importante destacar o treinamento da equipe de enfermagem do setor de urgência do hospital, que deverá estar apta a fiscalizar a coleta correta da urina pelo paciente, ou seja, a coleta deverá ser feita na hora, e deve-se observar para que o paciente não traga uma urina /limpa/ de casa e faça a /troca/ na hora. Os kits vendidos no mercado dispõem de termômetro no vidro da coleta, dificultando que isso aconteça. O auxiliar deverá anotar o resultado da coleta, em folha específica, e o paciente deve assinar que entregou a coleta e está ciente do resultado. É importante também destacar que o fato do paciente saber que terá a urina coletada e analisada, e saber que será premiado caso entregue a urina e o resultado do exame dê negativo, é um incentivo forte à interrupção do uso de crack.
5. Comprar os cartões-presente e os kits de detecção de drogas;
6. Escolher uma sala adequada do hospital onde serão realizadas as sessões semanais de terapia;
7. Listar os pacientes interessados em grupos de 6 para iniciar as sessões de terapia (cognitiva, cognitiva-comportamental, interacional). A linha psicoterapêutica poderá ser escolhida de acordo com o perfil do grupo de pacientes a ser abordado. Como já foi citado acima, o método se baseia na terapia comportamental, que poderá ser combinada com outros métodos. A combinação já clássica e estabelecida na literatura é a combinação cognitiva-comportamental.
8. Marcar a primeira sessão e dar início aos trabalhos. Na primeira sessão, as regras do grupo serão estabelecidas e será assinado termo de compromisso com o grupo. Esse termo consta o seguinte: será tolerado o limite de 2 faltas, desde que justificadas; o paciente deverá manter sigilo das conversas efetuadas durante as sessões; se houver alguma



interação entre os pacientes fora do grupo, isso deverá ser comunicado ao grupo.

9. Ao final de cada sessão, os resultados deverão ser discutidos e avaliados.

10. Após 12 sessões, será feita uma estatística dos resultados globais.

6.1) Prazo previsto para implementação do projeto:

Até 6 meses

6.2) Unidade(s) Administrativa(s) Executora(s):

Instituto Raul Soares

6.3) Parcerias institucionais da ideia e/ou projeto:

Sem Parceria

7) Recursos a serem utilizados:

Recursos humanos: psiquiatras e psicólogos já lotados no IRS. Residentes de psiquiatria do IRS.

Recursos materiais: /kits/ para coleta de urina e análise do uso de drogas. Cada kit custa em média 28,00 e detecta maconha e cocaína, fornecendo o resultado na hora. Folhas de papel para impressão do material da terapia em grupo.

Recursos financeiros: dinheiro para comprar os cartões-presente. Cada grupo de 6 pacientes fica em R\$ 5.700,00.

Dinheiro para os kits de detecção de drogas, cada kit a R\$28,00, 2 por semana, por 12 semanas e para 6 pacientes seriam então R\$ 4.032,00.

O total de recursos financeiros por grupo de 6 pacientes seriam então R\$ 9.732,00. Ou seja, 1622,00 por paciente, ou 540,00 por paciente por mês.

O governador Antonio Anastasia lançou em (05/09/2011), oficialmente, o cartão Aliança pela Vida. Com ele, famílias poderão custear o tratamento de dependentes de drogas e álcool em centros de tratamento credenciados. São R\$ 900,00 por mês e o cartão só pode ser usado nas clínicas.² Ou seja, o tratamento proposto fica bem mais barato e o paciente pode trabalhar e conviver com sua família.

Vale a pena lembrar também o custo da internação hospitalar na rede FHEMIG no IRS por exemplo, que fica em torno de R\$ 200,00 por dia por paciente.

7.1) Valor total estimado para implementação da ideia e/ou projeto

9.732,00

8) Mecanismos de avaliação da ideia e/ou projeto proposta:

1. Após as sessões de terapia, os casos serão discutidos em equipe, para monitorar a evolução de cada caso particular e



do grupo;

2. Será feita lista de presença dos pacientes, se o paciente tiver 3 ou mais ausências, ele será excluído do grupo. Não serão toleradas faltas sem justificativa plausível (a equipe é que decidirá os critérios de justificativas aceitáveis).
3. Será feita lista dos pacientes que forneceram urina para a análise , bem como os resultados dessa análise;
4. Será feita lista dos valores recebidos pelos pacientes, em cada sessão, com a devida assinatura de cada um (atestando o recebimento).

9) Obstáculos identificados na implementação do projeto:

Há obstáculos

9.1) Soluções a serem adotadas para a superação dos principais obstáculos identificados:

O principal obstáculo que sempre surgirá em métodos comportamentais: é justo pagar um usuário de droga para que ele não a use? A resposta é : o gerenciamento de contingências é o método mais eficaz disponível, com resultados que variam de 58% a 75% de usuários abstinentes, entre os diversos estudos. Logo, a solução proposta é promover cursos para os profissionais de saúde e informações à população sobre métodos inovadores para tratamento de dependência química.

Poderíamos também ser questionados: o paciente não usará os recursos que vai adquirir através da frequência às sessões de terapia para comprar droga? Isso dificilmente ocorrerá, pois o paciente não receberá dinheiro e sim cartões-presente, que o paciente só poderá usar para trocar por produtos em lojas específicas. Dificilmente um traficante aceitará cartões-presente como pagamento de drogas, pois o paciente não poderá comprovar que aquele valor está carregado no cartão, só se ele comparecer à loja.

10) Rodapé:

11) Referencias Bibliográficas:

1. CHEI-TUNG, Teng. Psicofarmacologia aplicada: manejo prático dos transtornos mentais. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
2. Agência Minas, 05/10/2011, no site:
<http://www.agenciaminas.mg.gov.br/noticias/cartao-alianca-pela-vida-vai-intensificar-luta-contras-drogas-em-minas-gerais/>
3. Cartilha do Conselho Federal de Medicina: /Diretrizes gerais médicas para assistência integral ao crack/.
4. BIELING, Peter J. et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupos. Tradução de Ivo Haun de Oliveira. Porto Alegre: Artmed, 2008.
5. Site Wikipedia - <http://pt.wikipedia.org>
6. HIGGINS, ST & PETRY, NM. Contingency Management - Incentives for Sobriety. Alcohol Research & Health vol. 23, n.2, 1999. pp 122-127.
7. What is contingency management and how is it used with adolescents? Folheto produzido pela UNCG Center for



Governo do Estado de Minas Gerais

Youth, Family and Community Partnerships, Raleigh, EUA. Escrito por Megan Smell.

8. Reportagem de capa da Veja BH, 06/06/2012 (Luísa Brasil). Crack: relatos do horror. pp 24-32.