

# ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS E DEPENDÊNCIA DE CRACK

*Early Maladaptive Schemas and Chemical Dependency Crack*

Cristina Pilla Della M<sup>1</sup>  
Rodrigo Beltrame Rhoden<sup>2</sup>  
Leda Rúbia Maurina Coelho<sup>3</sup>

---

Artigo encaminhado: 27/04/2015  
Aceito para publicação: 16/12/2017

**RESUMO:** A dependência química do crack, no cenário global, é considerada um problema de saúde pública, cuja consequência atinge todas as esferas da vida do usuário, a família e a sociedade como um todo. Este estudo investiga quais são os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) presentes em dependentes químicos de crack. Além disso, discorre sobre o diagnóstico de dependência química de crack e procede a uma revisão sobre uma abordagem de tratamento baseado na Terapia de Esquema (TE). Foram sujeitos do estudo cinco jovens, do sexo masculino, maiores de 18 anos, com o diagnóstico de dependência química de crack que estavam em tratamento numa comunidade terapêutica na cidade de Passo Fundo-RS. Constituiu-se numa pesquisa qualitativa, de cunho exploratório, tendo como instrumento uma entrevista semiestruturada, e na aplicação do Questionário de Esquemas de Young (versão reduzida). Os dados foram trabalhados por análise de conteúdo. Os dependentes químicos de crack apresentam os EID de Abandono, Autossacrifício, Privação Emocional e Padrões Inflexíveis. Percebeu-se dificuldades de relacionamentos com os pais na infância, tais como: pai/cuidador apresentava dependência de alguma substância; pais bastante liberais e relacionamentos com conflitos, sem intimidade nem diálogo. Conclui-se que esses fatores podem ser decisivos para o desenvolvimento dos EIDs apresentados, pois representam necessidades básicas para um desenvolvimento e funcionamento psíquico adequado e adaptativo do sujeito.

**Palavras-chave:** Dependência química de crack. Esquemas iniciais desadaptativos. Terapia do esquema.

---

<sup>1</sup> Mestre em Envelhecimento pela Universidade de Passo Fundo. Psicóloga. Especialista em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Especialista em Psicologia Clínica pela Faculdade Meridional-IMED. Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Meridional- IMED, Passo Fundo- RS. E-mail: cristina.mea@imed.edu.br

<sup>2</sup> Psicólogo formado pela Faculdade Meridional-IMED. E-mail: rodrigo\_rhoden@hotmail.com

<sup>3</sup> Doutora em Psicologia pela PUC-RS. Docente nos Cursos de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil e Faculdade Meridional- IMED, Porto Alegre/RS Psicóloga. Especialista em Intervenções Psicossociais e. Mestre em Educação pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: ledarubia@yahoo.com.br

**ABSTRACT:** Addiction to crack, on the global stage, is considered a public health problem whose consequences affect all spheres of life of the user, their families, and society as a whole. This study investigates Early Maladaptive Schemas (EMSs) in crack addicts. Additionally, it is intended to discuss the diagnosis of crack addiction and proceeds to a review on a treatment approach based on Schema Therapy (ET). Five young, males (18 years old) with a diagnosis of addiction to crack that were under treatment in a therapeutic community in the city of Passo Fundo – RS were the study subjects. This is a qualitative exploratory study using as instrument a semi structured interview and the application of the Young Schema Questionnaire (short version). The data were processed by content analysis. The crack addicts have the EMSs Abandonment, Self-sacrifice, Emotional Deprivation Standards and Inflexible. It was perceived difficulties in relationships with parents in childhood, such as: parent/caregiver had some substance dependence; quite liberal parents and relationship conflicts without intimacy nor dialogue. These factors can be decisive for the development of EMMs presented as they represent basic needs for development and appropriate and adaptive psychological functioning of the subject. It was concluded that these factors can be decisive for the development of EMMs presented as they represent basic needs for development and appropriate and adaptive psychological functioning of the subject.

**Keywords:** Addiction to crack. Early maladaptive schemas. Schema therapy

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Dependência química de crack

O histórico do consumo de crack necessita de amplas investigações, pesquisas e estudos voltados à essa área, o que se justifica pelo fato de caracterizar-se como um fenômeno relativamente recente, pois surgiu há 25 anos nos Estados Unidos e há cerca de 20 anos no Brasil. Apesar da precocidade dos eventos, o consumo de crack tornou-se um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (MELLOTO, 2009; PERRENOUD; RIBEIRO, 2012).

As drogas de abuso são aquelas que modificam o estado de consciência do indivíduo, na medida em que agem nos mecanismos de gratificação do cérebro, produzindo efeitos estimulantes, euforizantes e/ou tranquilizantes (ROCHA, 2010). Nesse sentido, as drogas de abuso são classificadas de acordo com sua ação sobre o organismo: depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC); estimulantes do SNC; perturbadoras do SNC; alucinógenos e drogas de ação mista (MITSULVEIRO, 2013). A cocaína e o crack encontram-se na classe

das drogas estimulantes do SNC, onde o mecanismo de ação acontece no nível de bloqueio da recaptura pré-sináptica dos neurotransmissores norepinefrina e dopamina, além da inibição da MAO (monoaminoxidase) na terminação nervosa, gerando, assim, um acúmulo de neurotransmissores. Dessa maneira, os efeitos mais evidenciados são: excitabilidade, aumento do ritmo cardíaco, inquietude, ansiedade, náuseas, mudanças bruscas na pressão sanguínea, tremores, entre outros (CAZENAVE, 2010).

A cocaína é uma droga já considerada milenar, consumida pelos povos pré-incaicos e pré-colombianos com propósitos médicos e recreativos. Existem diversas formas para o consumo da cocaína, extraída da folha da coca: uma delas de uso aspirado ou injetado sob a forma de cloridrato de cocaína, um sal hidrossolúvel; pode, ainda, ser fumada em cachimbos, como é o caso do crack, da merla e da pasta básica da cocaína (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

Conforme Perrenoud e Ribeiro (2012), essa substância voltou a exercer destaque a partir da década de 1970, quando o consumo de cocaína via pulmonar tornou-se frequente e, desde então, teve um aumento significativo de usuários tanto em países produtores da América do Sul quanto nos Estados Unidos. Sua forma de consumo e de produção vem sofrendo alterações importantes ao longo dos anos: a cocaína na forma de base livre (*freebasing*) e a pasta básica são exemplos dessas modificações. A adição de éter sulfúrico à cocaína refinada, desde que em meio aquoso e altamente aquecido, é a sintetização que compõe o *freebasing*. Nesse âmbito, o *freebasing* e a pasta básica são considerados precursores do consumo de crack nos Estados Unidos.

O crack era obtido através de um processo caseiro, sendo que as pedras fumadas em cachimbos, ao serem queimadas, estralavam (*cracking*), daí a origem do nome crack. Desde já se faz necessário identificar o perfil dos primeiros usuários desse entorpecente: na grande maioria eram jovens usuários de cocaína refinada, usuários de maconha e poliusuários, sendo que o maior atrativo era o baixo preço – muito além da novidade da droga em si (PERRENOUD; RIBEIRO, 2012; PETRY; KOLLING; MELO, 2011).

De acordo com Petry, Kolling e Melo (2011), pode-se compreender, dentre outros fatores, o rápido envolvimento do usuário de crack com comportamentos de risco, em virtude da rapidez e de a intensidade dos efeitos apresentarem-se

maiores em relação a outras drogas. O crack, por sua vez, apresenta o início dos efeitos entre 8 a 10 segundos e a sensação que provoca dura entre 5 a 10 minutos. Sendo assim, o crack, a priori, tem maiores chances de implicar episódios de uso abusivo e de desenvolver dependência nos usuários, por mostrar maior rapidez e intensidade dos efeitos, além de apresentar menor tempo de duração.

Os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, que teve 4607 mil participantes com mais de 14 anos em 149 municípios do país, apontam que da população pesquisada 2,9% dos entrevistados declararam ter feito uso na vida no ano de 2005. Tal estatística revela que o Brasil é o segundo maior mercado mundial de cocaína e o primeiro de crack, representando 20% do consumo mundial do crack, informando que um em cada cem adultos brasileiros já usou cocaína fumada (crack/merla e oxi) no último ano, representando 1 milhão de pessoas e aproximadamente 2 milhões já usou crack pelo menos uma vez na vida, parcela populacional que estes representa 1,4% dos adultos e 1% dos jovens da população do país (INPAD, 2012).

Uma pesquisa que objetivou estimar o número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país e no Distrito Federal foi encomendada pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas à Fundação Oswaldo Cruz. O estudo foi desenvolvido em 2012 com aproximadamente 25 mil usuários regulares de crack e/ou de formas similares de cocaína fumada (pasta-base, merla e oxi). A estimativa encontrada para a população dos municípios pesquisados consome crack de forma regular é na proporção de, aproximadamente, 0,81%, o que representaria cerca de 370 mil usuários. Especificamente nas capitais da macrorregião Sul do país, o consumo de crack é bastante expressivo, correspondendo a 52% de todas as drogas ilícitas (que não a maconha) consumidas (FIOCRUZ, 2013).

No que se refere ao perfil sociodemográfico, uma pesquisa realizada em novembro de 2007 com trinta usuários de crack internados no Hospital Psiquiátrico São Pedro (Porto Alegre - RS) evidenciou que a idade média dos envolvidos foi de 27,3 anos, com renda média mensal de 1,45 salários mínimos regionais, equivalente a R\$ 637,47. A frequência de uso também foi verificada, foram obtidos resultados significativos: os entrevistados consumiam, em média,

11,57 pedras de crack por dia, resultando numa despesa média diária de R\$57,85. Esses números auxiliam a identificação do gasto médio mensal de um usuário de crack, por volta de R\$ 1.700,00, considerando o uso diário, o que representa 2,6 vezes o salário médio de um usuário da substância. Destarte, o uso contínuo torna-se inviável financeiramente. Como encontra-se dependente dessa substância, o indivíduo começa a realizar pequenos delitos, iniciados geralmente com a venda de objetos e pertences pessoais, de objetos furtados dentro de casa, até chegar o momento em que realiza furtos e roubos fora de casa, colocando a vida dos outros e a sua própria em perigo (GUIMARÃES et al., 2008).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM 5 (APA, 2013) não caracteriza diferença entre o abuso e a dependência de substâncias psicoativas. Traz 11 critérios diagnósticos: uso em quantidades maiores ou por mais tempo do que o planejado; desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo; gasto importante de tempo em atividades para obter a substância; fissura importante; deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso; continuar o uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais; restrição do repertório de vida em função do uso; manutenção do uso apesar de prejuízos físicos; uso em situações de exposição a risco; tolerância e abstinência. O diagnóstico será feito conforme a gravidade do caso: leve (presença de dois ou três dos onze critérios por um período de um ano); dependência moderada (presença de quatro ou cinco dos onze critérios por um período de um ano) e dependência grave (presença de mais de seis dos onze critérios por um período de um ano).

A Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), por sua vez, refere que o diagnóstico de dependência somente deve ser caracterizado se o sujeito apresentar três dos seguintes sintomas, desde que tenham sido experimentados durante um ano: um forte desejo para consumir a substância; dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância; um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido; evidência de tolerância, exigindo doses crescentes da substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa; persistência no

uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências nocivas, tais como dano ao fígado, estado de humor depressivo, comprometimento do funcionamento cognitivo (OMS, 1993).

Além desses critérios para dependência química, existem importantes questões biológicas envolvidas. Estudos recentes embasados em técnicas sofisticadas de neuroimagem permitem a identificação *in vivo* de alterações estruturais, funcionais e bioquímicas concernentes ao uso de substâncias psicoativas. Diversas técnicas de neuroimagem são utilizadas, entre elas, a imagem de ressonância magnética estrutural, a qual analisa a forma e o volume de diferentes regiões do cérebro, ademais, pode indicar a presença de alterações no tecido cerebral. No que se refere a padrões de atividade cerebral, a técnica da ressonância magnética funcional pode revelar diferenças nesses padrões a partir da execução de alguma tarefa cognitiva, mediante estudos comparativos entre usuários de substâncias psicoativas e não usuários (ALMEIDA; BRESSAN; LACERDA, 2011).

Cordeiro, Zung e Vallada (2010) destacam pontos importantes a respeito do sistema dopaminérgico. Esse sistema é formado por cinco tipos diferentes de receptores, e transportadores de recaptura de dopamina (DAT) específicos para cada neurônio, os quais realizam uma “varredura” na fenda sináptica. A cocaína e o crack são drogas que bloqueiam a ação desse recaptador de dopamina, aumentando, pois, a disponibilidade de dopamina na fenda sináptica. Nesse sentido, o organismo interpreta que ao usar essa substância obtém as mesmas sensações prazerosas advindas de comportamentos de sobrevivência, tais como alimentar-se, saciar a sede, praticar sexo. Dessa forma, o indivíduo começa a buscar a droga incessantemente, pois percebe as mesmas sensações de uma forma mais fácil e rápida.

As substâncias psicoativas provocam prejuízos em diversas áreas cerebrais, ao passo que as áreas frontais são as mais afetadas, em especial o córtex pré-frontal, região que estabelece conexões com a maior parte do encéfalo, com o hipocampo, relacionando-as às funções de memória; com o tronco encefálico, responsável pela ativação e estimulação; com a amígdala, relacionada às emoções; com o hipotálamo, responsável pelas funções homeostáticas vitais; e com o cerebelo, envolvido com o controle motor e movimentos. Esses estudos que envolvem técnicas de neuroimagem



constituíram-se como ferramentas valiosas para pesquisas na área de neurociências, fornecendo informações sobre efeitos neurobiológicos da dependência química. Ainda assim, muitas questões permanecem sem respostas e muitos achados mostraram-se inconsistentes. Dessa maneira, são necessárias mais pesquisas que permitam avanços no entendimento de mecanismos neurobiológicos e auxiliem na compreensão das consequências do uso de substâncias, visando à possibilidade de alternativas mais eficazes de tratamento (ALMEIDA; BRESSAN; LACERDA, 2011).

Diante da complexidade do quadro, o tratamento dessa patologia deve, a priori, ser interdisciplinar. Mesmo com as transformações e o avanço do consumo de crack no cenário mundial, os pesquisadores não chegaram a um consenso sobre os elementos que possam constituir um tratamento eficaz. Ainda assim, diversos estudos demonstram um resultado mais satisfatório quando há combinação entre tratamento medicamentoso e psicoterapia, além de políticas públicas adequadas. Em relação aos ambientes de tratamento, existe, para tal, uma ampla gama de opções: abordagens mais intensivas requerem um ambiente ambulatorial, hospital dia, internação para desintoxicação, as menos intensivas relacionadas a comunidades terapêuticas, Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas, entre outras. Dentre as psicoterapias, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), vem apresentando resultados mais satisfatórios (KOLLER; ANDRADE, 2013; MAGILL; RAY, 2009; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012). Ela apresenta diversas técnicas e um modelo de tratamento muito bem embasado, alcançando resultados consistentes. No entanto, a dependência química caracteriza-se como uma doença crônica e recidivante. Pacientes acometidos de doenças crônicas apresentam algumas características psicológicas bastante peculiares, as quais os tornam pacientes menos adequados ao tratamento oferecido pela TCC tradicional, ou seja, eles não conseguem cumprir os procedimentos necessários do protocolo da TCC (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Outra abordagem dentro da TCC bastante usada no tratamento da dependência química é a Entrevista Motivacional. Antes da aplicação de técnicas, deve-se identificar em qual estágio motivacional o usuário de substâncias psicoativas se encontra. O objetivo principal seria aumentar a motivação para a mudança do comportamento problema, trabalhando sempre

com a resolução da ambivalência. Silva, Pacheco e Padin (2012) referem que a mudança ocorre por meio de um processo, portanto, a pessoa passa por diferentes estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída. Todo esse processo é visto como um modelo de alternância, em que a pessoa pode percorrer diversos estágios motivacionais antes de alcançar a abstinência. O terapeuta deve estar atento, pois cada estágio exige uma postura diferente e técnicas específicas (FIGLIE, 2013).

## **1.2 Esquemas Iniciais Desadaptativos e Terapia do Esquema**

A palavra esquema é utilizada em diferentes áreas de estudo. Representa, em termos gerais, uma estrutura, um suporte, uma armação. Na Psicologia, o termo esquema associa-se, primeiramente, a Piaget, o qual conceitua os esquemas mentais nas diferentes etapas do desenvolvimento humano. Já na Terapia Cognitiva (TC), Beck, inicialmente, referiu-se aos esquemas como um princípio de organização de que o sujeito utiliza para compreender as suas experiências. Posteriormente, ampliou esse conceito, mencionando que os esquemas podem ser formados na infância ou em momentos da fase adulta, podendo ser caracterizados como positivos ou negativos (BECK; FREEMAN; DAVIS, 2005; YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

A TC inicialmente trouxe a proposta de uma psicoterapia breve para tratamento de depressão e ansiedade. Essa teoria, desenvolvida na década de 1960 por Aaron Beck, direciona-se à identificação e à modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais, caracteriza-se por ser uma terapia estruturada, orientada ao presente, focada em resolver problemas pontuais. Esse modelo, posteriormente, foi utilizado para o tratamento de Transtornos da Personalidade (TP) e transtornos crônicos (BECK; FREEMAN; DAVIS, 2005; BECK, 2013).

A aplicação do modelo cognitivo proposto por Beck para o tratamento de depressão e ansiedade não alcançou resultados satisfatórios para os TP e transtornos crônicos. Os resultados não foram expressivos devido a diversas causas, a principal delas é o próprio funcionamento e as características dos pacientes que apresentam tais transtornos. Esses pacientes não conseguem



cumprir o protocolo de tratamento proposto pela TC; apresentam sérias dificuldades nas relações interpessoais; não conseguem ter contato com suas emoções e cognições; relutam em cumprir os procedimentos da TC, não realizando as tarefas prescritas; relutam a aprender estratégias para autocontrole; enfim, são extremamente resistentes a mudanças (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Desse modo, Jeffrey Young desenvolveu a Terapia do Esquema (TE) para tratar pacientes com transtornos crônicos, os quais não estavam obtendo melhoras através da TC. Atualmente, essa é considerada uma proposta inovadora e integradora, também vista como uma ampliação da TCC clássica, pois integra diversos conceitos de outras escolas da Psicologia, como a Gestalt, Teoria do Apego, construtivista, psicanalítica, das relações objetais, além da TCC. Uma das principais diferenças da TE para a TCC está na forma de lidar com o paciente: o terapeuta adota uma postura mais confrontativa e menos socrática, além de que se enfatizam mais as questões ligadas à infância do sujeito (TRINDADE; MOSSATI; MAZZONI, 2009). Além disso, é atribuída uma importância maior na utilização de dados da história passada, principalmente nas relações parentais, uma vez que o processo de evolução da doença se instala no início da vida. O tempo de duração do tratamento também é maior, em torno de um a três anos (TEIXEIRA, 2010; TRINDADE; MOSSATI; MAZZONI, 2009).

Uma das questões mais trabalhadas na TE são os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), os quais são considerados padrões emocionais e cognitivos disfuncionais em níveis significativos, desenvolvidos já nas primeiras experiências da infância e repetidos ao longo da vida. Os EIDs são formados por memórias, emoções e sensações corporais, sendo relacionados ao próprio sujeito ou às relações com as outras pessoas (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Os 18 EIDs foram agrupados por Young, Klosko e Weishaar (2008) em cinco grupos, denominados domínios de esquemas, os quais representam as necessidades emocionais não satisfeitas na infância: *Domínio I* (desconexão e rejeição) – indivíduos com esquemas nesse domínio apresentam dificuldade em formar vínculos seguros e satisfatórios com outras pessoas, além disso, a família de origem caracteriza-se como distante, fria, rejeitadora, impaciente e abusiva; *Domínio II* (autonomia e desempenho prejudicados) – pacientes que apresentam

esquemas nesse domínio não conseguem desenvolver-se com confiança, a família de origem costuma superproteger a criança ou deixa de ter a atenção mínima necessária; *Domínio III* (limites prejudicados) – pacientes com esquemas nesse domínio são oriundos de famílias com extrema permissividade, excesso de tolerância e falta de orientação; como principais características, esses indivíduos têm o egoísmo, a irresponsabilidade e o narcisismo; *Domínio IV* (direcionamento para o outro) – pacientes que se encaixam nesse domínio fazem de tudo para obter a aprovação do outro, deixando de lado suas próprias vontades; a família tem como característica valorizar mais o status e a aceitação social do que as necessidades e os sentimentos dos filhos; *Domínio V* (supervigilância e inibição) – as principais características de pacientes com esquemas nesse domínio são ênfase excessiva e rígida no cumprimento de regras e expectativas internalizadas em detrimento da felicidade e da autoexpressão, a família de origem é severa, exigente e punitiva, enfatizando o perfeccionismo.

De acordo com Young, Klosko e Weishaar (2008), os indivíduos reforçam os esquemas desadaptativos através de pensamentos, sentimentos e comportamentos, logo, contribuem para o processo de perpetuação do esquema, isto é, acabam agindo de forma a confirmar o esquema. Existem três mecanismos básicos no processo de perpetuação do esquema: distorções cognitivas, padrões de vida autoderrotistas e estilos de enfrentamento dos esquemas.

As pessoas desenvolvem, ao longo da vida, diferentes estilos de enfrentamento aos esquemas desadaptativos, para não vivenciar as emoções e os sentimentos atrelados ao esquema. Os estilos mais comuns são hipercompensação, evitação e resignação (BOSCARDIN; KRISTENSEN, 2011). Em relação à dependência química, estudos recentes indicam ligação com o estilo de enfrentamento de evitação. Nesse estilo, as pessoas tentam evitar sentimentos, pensamentos e imagens que, provavelmente, ativarão o esquema. Para tal, realizam ações como beber em excesso, ingerir drogas, comer demais, limpar compulsivamente, entre outras. Tal comportamento tem, portanto, o intuito de evitar pensamentos, sentimentos e imagens relacionadas ao esquema (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Estudos recentes pesquisam a relação entre esquemas iniciais desadaptativos e diversos transtornos, através do Questionário de Esquemas de Young. Silva et al. (2012) utilizaram esse instrumento em um grupo de 51 alcoolistas e outro grupo de uma amostra com 56 pessoas não alcoolistas, os resultados encontrados demonstraram diferenças significativas entre os grupos, enfatizando, de fato, a capacidade desse instrumento em detectar diferenças entre populações clínicas e não clínicas. Além disso, os autores identificaram os esquemas mais pontuados, a saber: abandono, autossacrifício e vulnerabilidade.

Jajaliet et al. (2011) realizaram um estudo comparativo entre esquemas iniciais desadaptativos e origens parentais (características da família de origem) com um grupo de abusadores de opioides e um grupo não abusador. Os resultados indicaram diferenças entre os EIDs dos grupos e associação significativa entre os esquemas associados e origens parentais. Outra pesquisa, realizada por Shorey, Stuart e Anderson (2013), objetivou identificar mudanças nos EIDs em sujeitos dependentes químicos, após tratamento. Constatou-se que, após quatro semanas de tratamento, houve redução significativa nos EIDs.

O objetivo inicial da TE, segundo Young, Kloslo e Weishaar (2008), é a consciência psicológica, isto é, auxiliar o paciente a identificar seus esquemas, de que maneira é ativado, em quais momentos e/ou situações são mais frequentemente ativados e quais os estilos de enfrentamentos utilizados pelo paciente. Com isso, o paciente começa a exercer maior autonomia, maior controle sobre suas respostas aos esquemas, enfraquecendo memórias, emoções, sensações corporais, cognições e comportamentos ligados aos esquemas, deixando, então, de repetir o padrão pré-estabelecido.

Toda essa trajetória tem como finalidade a cura dos esquemas, os quais, como já mencionado, compreendem memórias, cognições, emoções, comportamentos e sensações corporais. A diminuição da intensidade com que ocorrem é entendida como cura de um esquema, no entanto, pertinente destacar, o esquema nunca desaparece, não é possível curá-lo totalmente, pois as memórias associadas a eles são indelévels. Ainda assim, é possível ativá-lo com menos frequência, torná-lo menos intenso e com um menor tempo de duração. Igualmente, é possível modificar as estratégias de enfrentamento desadaptativas por padrões de comportamentos mais adaptativos e saudáveis (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

## **2 OBJETIVOS**

O presente trabalho tem como objetivo identificar os EIDs em dependentes químicos de crack. Ademais, pretende-se discorrer sobre o diagnóstico de dependência química de crack, bem como revisar sobre uma abordagem de tratamento baseado na Terapia de Esquema (TE).

## **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **3.1 Delineamento da pesquisa**

O presente estudo configura-se como uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório, com a finalidade de transmitir maiores informações sobre um determinado assunto (DIEDRICH, 2007). Conforme Collado, Lucio e Sampieri (2013), essa pesquisa tem por foco compreender e aprofundar os fenômenos explorados a partir da perspectiva dos participantes. Para tanto, algumas técnicas de observação são utilizadas, tais como a observação direta intensiva, na qual se utiliza a observação e a entrevista, e na observação direta extensiva, sendo possível a utilização de questionários e formulários, dentre outros (MARCONI; LAKATOS, 2009).

### **3.2 Participantes**

Os participantes foram selecionados de forma intencional, em razão de apresentarem em sua história de vida aspectos de interesse ao presente estudo. Essa escolha ocorreu através do contato já existente entre o pesquisador e o local, pois o pesquisador realizou estágio curricular nessa comunidade terapêutica, onde se buscaram os sujeitos. Nesse ínterim, de acordo com Collado, Lucio e Sampieri (2013), a amostra caracteriza-se como não probabilística, pois não depende da probabilidade, e sim das características da pesquisa. Ainda, configura-se como amostra por conveniência, na qual o pesquisador reúne sujeitos que têm acesso.

A amostra desta pesquisa foi de cinco pacientes do sexo masculino com diagnóstico de dependência química de crack em tratamento numa Comunidade Terapêutica na cidade de Passo Fundo-RS. Os critérios de inclusão para o estudo foram os seguintes: sujeitos maiores de 18 anos e abstinente de crack.

Já os critérios de exclusão ficaram estabelecidos da seguinte forma: pacientes que não tenham condições psíquicas no momento da aplicação dos instrumentos, como fissura e/ou abstinência, e pacientes que não sabiam ler ou escrever.

### **3.3 Instrumentos**

A fim de obter dados que pudessem ser analisados posteriormente, foi utilizada neste estudo uma entrevista semiestruturada e o Questionário de Esquemas de Young (versão reduzida).

A entrevista é considerada uma técnica que corresponde à questão prática da coleta de dados. De acordo com Marconi e Lakatos (2009), a entrevista semiestruturada, de uma maneira geral, é uma troca de informações entre o entrevistador e o entrevistado. A partir da entrevista, previamente elaborada de uma maneira sistemática, o entrevistador obtém as informações necessárias, sendo que, em alguns pontos da entrevista, existem possibilidades de respostas mais abertas, sinalizando questões diferentes das quais estavam elaboradas pelo entrevistador.

O Questionário de Esquemas de Young (QEY) foi utilizado no intuito identificar quais são os EIDs nesses sujeitos. Esse instrumento foi elaborado, inicialmente, para auxiliar no tratamento de Transtornos de Personalidade. A versão original consiste em 205 afirmativas, mais tarde, surgiu uma versão reduzida, com 75 itens, e uma mais recente, com 90 itens. O QEY versão reduzida avalia 15 EIDs, que são identificados através da soma de cada grupo de cinco questões, os quais representam os cinco domínios de esquemas: desconexão e rejeição; autonomia e desempenho prejudicados; limites prejudicados; orientação para o outro; supervigilância e inibição (SILVA; BIANCHI; PICCOLOTO, 2011).

A entrevista e a aplicação do instrumento foram realizadas individualmente numa sala própria na Comunidade Terapêutica onde os sujeitos estão internados em função da Dependência Química.

### **3.4 Procedimentos de coleta e análise de dados**

Após o projeto ser aceito pelo Comitê de Ética e Pesquisa da IMED, foi efetuado contato com o psicólogo da Comunidade Terapêutica para marcar a

entrevista e aplicação do Questionário de Esquemas com cinco pacientes dependentes químicos de crack que estavam internados. A análise dos dados se deu a partir de uma leitura e releitura da entrevista semiestruturada bem como da correção do Questionário de Esquemas de Young. Assim, buscaram-se autores para fundamentar teoricamente os dados. Utilizou-se do método da análise de conteúdo em pesquisa qualitativa, o qual, segundo Collado, Lucio e Sampieri (2013), não é padrão, ou seja, os dados não são estruturados, é o pesquisador que os estrutura. Alguns objetivos desse modelo de análise são: compreender o contexto que rodeia os dados, reconstruir histórias, encontrar sentido para os dados no âmbito da formulação do problema, dar estrutura aos dados, isso é, organizar as categorias, os temas. Dessa maneira, dividiu-se em três partes: dados sociodemográficos; EIDs e EIDs e história de Vida.

### **3.5 Procedimentos éticos**

Aos participantes, foram esclarecidos a natureza e os propósitos do estudo, bem como foi evidenciada a responsabilidade do pesquisador quanto ao sigilo da identidade dos envolvidos. Foram explicadas possíveis dúvidas, e, em seguida, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O respectivo estudo foi submetido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da IMED e, então, aprovado pelo mesmo através do Parecer Consubstanciado, sob o número 333.962. A aplicação dos instrumentos só foi realizada depois dessa aprovação.

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 Dados sociodemográficos**

A composição da amostra e suas características sociodemográficas são apresentadas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Dados sociodemográficos de dependentes químicos de crack em tratamento em uma comunidade terapêutica

<b>Dados sociodemográficos</b>	<b>Suj. 1</b>	<b>Suj. 2</b>	<b>Suj. 3</b>	<b>Suj. 4</b>	<b>Suj. 5</b>
<b>Idade</b>	32	18	39	26	24

<b>Escolaridade</b>					
Fundamental Incompleto					X
Fundamental completo	X				
Ensino médio Incompleto		X			
Ensino médio completo			X	X	
<b>Estado Civil</b>					
Solteiro	X	X			X
Casado			X	X	
União estável					
Viúvo					
Separado					
Divorciado					
<b>Ocupação</b>					
Trabalha			X	X	
Não trabalha	X	X			X
<b>Filhos</b>					
Sim			X	X	
Não	X	X			X
<b>Renda</b>					
Até 1 salário mínimo		X			
De 1 a 2 salários mínimos	X		X	X	X
De 2 a 3 salários mínimos					
Mais de 3 salários mínimos					

Fonte: Primária

A amostra foi constituída por cinco sujeitos do sexo masculino, com idade entre 18 e 39 anos. Três sujeitos são solteiros e dois são casados. A idade média dos entrevistados foi de 27,8 anos, demonstrando semelhança com a pesquisa realizada por Guimarães et al. (2008), realizada com 30 sujeitos usuários de



crack internados num hospital psiquiátrico, na qual a média de idade foi de 27,3 anos. Atualmente, três sujeitos da população pesquisada não trabalham e não têm filhos. A renda média dessa população representa 1,8 salários mínimos, contrapondo-se à pesquisa de Guimarães et al. (2008), que identificou como renda média 1,45 salários mínimos. Rodrigues, Caminha e Horta (2006) e Oliveira e Nappo (2008) destacam que a maioria dos usuários de crack tem baixa renda. Botti, Costa e Henriques (2011) referem que o perfil do usuário de crack é do sexo masculino, solteiro, desempregado e com baixa escolaridade.

#### **4. 2 Início do uso do crack**

Em relação à idade de início do uso de crack, o início do uso entre 15 e 18 anos é representado por três dos cinco sujeitos, sendo que nenhum sujeito utilizou crack antes dos 12 anos. A pesquisa de Oliveira (2010), com sujeitos dependentes de substâncias psicoativas, maiores de 18 anos, em tratamento em serviços de saúde especializados, pontua que 36,6% são usuários de crack, sendo que, desse percentual, a idade de início de uso antes dos 15 anos representa 7,9%, e o início depois dos 15 anos alcança 92,1%. Esses dados reafirmam os resultados obtidos neste estudo, tendo em vista que quatro dos sujeitos iniciaram o uso do crack depois dos 15 anos. Essa constatação corrobora com as respostas dos sujeitos à entrevista semiestruturada, a qual demonstra que, antes do crack, os sujeitos utilizam outras drogas, como álcool, tabaco e maconha (PULCHERIO et al., 2010; SANCHEZ; NAPPO, 2002).

#### **4.3 Número de internações**

No que concerne ao número de internações, os resultados variam de duas a oito ocorrências. Os dados obtidos por Guimarães et al. (2008) assinalam para um percentual de 43,3% sujeitos internados pelo menos uma vez em razão da dependência de crack.

#### **4.4 Problemas judiciais**

A partir da entrevista semiestruturada, constatou-se que quatro dentre os cinco indivíduos estudados apresentam problemas judiciais, e todos cometeram os delitos em função da droga. Esses dados aproximam-se dos coletados na pesquisa de Guimarães et al. (2008), onde apenas dois do total de trinta homens

com antecedente criminal não estiveram presos, ou seja 93,33% dos dependentes químicos de crack com antecedente criminal já estiveram presos. Além disso, Oliveira (2010), por meio de um estudo com poliusuários de substâncias, constatou que 40,4% da população cometeram delitos. Sendo assim, é possível determinar que, ao analisar somente os usuários de crack, o percentual de delitos cometidos é o dobro do que o percentual de delitos cometidos por poliusuários, o que demonstra maior marginalidade dessa população.

## **5 DISCUSSÃO**

### **5.1 Esquemas Iniciais Desadaptativos**

Em relação aos esquemas encontrados, o que apresentou maior índice foi o esquema de Abandono (AB), aparecendo em quatro dos cinco indivíduos, seguido pelo esquema de Autossacrifício (AS), identificado em três sujeitos da amostra, enquanto os esquemas de Privação Emocional (PE) e Padrões Inflexíveis (PI) apareceram em dois sujeitos.

Em uma pesquisa com 107 sujeitos, divididos em um grupo de 51 alcoolistas e outro grupo de uma amostra com 56 pessoas não alcoolistas, Silva et al. (2012) apontaram os EIDs mais pontuados, a saber, Abandono (AB), Autossacrifício (AS) e Vulnerabilidade (VD). Já Vasconcellos e Noswitz (2010) identificaram os esquemas em dez sujeitos com diagnóstico de depressão, tendo os mais pontuados sido: Privação Emocional (PE), Abandono (AB) e Vulnerabilidade (VD). Essa semelhança entre os esquemas mais pontuados de uma pesquisa com sujeitos dependentes de crack, sujeitos dependentes de álcool e sujeitos com diagnóstico de depressão pode estar ligada ao fato de que todas essas são consideradas doenças crônicas.

O esquema de Abandono (AB) – presente em quatro dos cinco sujeitos – , caracteriza-se pelo sentimento de perda do apoio e da conexão com os demais, a ser profundamente marcado pela ausência de confiança com relação aos outros. Pacientes com esse esquema acreditam que pessoas importantes em sua vida deixarão de proporcionar apoio emocional, proteção e cuidado, pois são emocionalmente instáveis e imprevisíveis, ou porque poderiam encontrar pessoas melhores, ou então, porque poderiam morrer. Dessa forma, encontram-se constantemente com medo, buscando qualquer sinal de que alguém sairá de

sua vida. As emoções características desse esquema envolvem ansiedade crônica em relação à perda de pessoas, tristeza e depressão quando há alguma perda real ou percebida, além de raiva das pessoas que as abandonaram. Dentre os comportamentos típicos, encontram-se o apego demasiado a pessoas íntimas, controle, possessividade e ciúmes com o intuito de impedir a ausência da outra pessoa. Por fim, pacientes com o esquema de abandono escolhem pessoas instáveis nas relações, descomprometidos e não disponíveis no intuito de perpetuar o esquema (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Identificado em três sujeitos da amostra, o esquema de Autossacrifício implica a necessidade de atender à vontade do outro, mesmo que isso prejudique seu próprio funcionamento. O motivo para tal comportamento pode estar ligado à tentativa de evitar os sentimentos de ressentimento e de culpa que possam surgir (YOUNG, 2003). É comum que pacientes com esse esquema apresentem sintomas psicossomáticos frequentes, como dores de cabeça, problemas gastrintestinais, dor crônica ou fadiga, resultantes diretamente do estresse em função de investir muito para o outro e receber tão pouco em troca. Esses pacientes tendem a apresentar comportamentos tais quais escutar os outros em vez de falar de si, dar atenção a outras pessoas enquanto sentem falta disto, além de não conseguirem ser diretos quando querem algo (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

O esquema de Privação Emocional (PE), pontuado em dois dos entrevistados, por sua vez, está ligado à expectativa que a pessoa desenvolve sobre o apoio emocional de que necessita e que nunca será suficientemente suprido pelos outros (YOUNG, 2003). Os comportamentos típicos exibidos incluem não pedir às pessoas próximas o que necessitam emocionalmente, não expressar desejo de amor e conforto e, como não conseguem pedir alguma forma de apoio emocional, também não recebem. Os pacientes que realizam a hipercompensação tendem a ser extremamente exigentes e a se irritar quando suas necessidades não são satisfeitas, em alguns casos apresentam características narcisistas, pois acreditam que merecem ter suas necessidades atendidas. Alguns pacientes respondem a esse esquema de forma tão exageradamente carente que acabam demasiadamente apegados e desamparados, e em alguns casos até mesmo histriônicos (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Já o esquema Padrões Inflexíveis (PI), presente em dois indivíduos da amostra, na concepção de Young (2003), está associado a padrões altíssimos de desempenho, geralmente apresentam regras rígidas, sentimentos de pressão, além de comprometimento da autoestima. Pacientes com esse esquema vivem sob pressão permanente, esforçam-se ao máximo em todas as áreas da vida, procurando sempre a perfeição, ocasionando, de tal modo, maior ansiedade e uma postura hipercrítica. Outros sentimentos comuns ligados a esse esquema são a irritabilidade e a competitividade (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

### **5.3 Esquemas Iniciais Desadaptativos e História de Vida**

Ao analisar aspectos da história de vida, através da entrevista semiestruturada, investigou-se com os participantes da pesquisa como foi sua infância bem como a relação com os pais, identificou-se, nesse âmbito, forte relação com características do esquema de abandono. Ao relatar a relação com os pais na infância, o sujeito 1 menciona uma relação tranquila, porém, relata que o pai bebia e trabalhava bastante, ficando períodos ausente de casa. O sujeito 2 caracteriza a infância como ótima, e diz que os pais foram bastante liberais. Já o sujeito 3 comenta que morava com os avós, que seu avô era alcoólatra, sua mãe trabalhava e que conheceu seu pai quando tinha 18 anos. O sujeito 4 refere uma relação conturbada com o pai na sua infância, pois esse bebia. Relata que não tinha diálogo nem aproximação com esse pai, e, paradoxalmente, apresentava bom relacionamento com a mãe. O sujeito 5 menciona que não tinha diálogo nem intimidade com o padrasto.

Destaca-se que o sujeito 1 e 2 mencionam relações boa e ótima com os familiares, porém, retratam uma relação distante dos pais. Os sujeitos 3 e 5 não conviveram com o pai durante a infância. Outro dado a considerar refere-se ao fato de três sujeitos relatarem que um de seus cuidadores (pais, avós e/ou padrasto) faziam uso de substâncias psicoativas. Esses dados corroboram com um estudo realizado por Oliveira (2010) que aponta como um dos fatores de risco para o uso de substâncias psicoativas a presença de familiares dependentes químicos, principalmente um dos pais. Em outro estudo realizado no México, Jinez, Souza e Pillon (2009) identificaram, através de uma pesquisa com 695 estudantes do ensino médio, fatores de risco para o uso de drogas, sendo eles:

apresentar relações familiares ruins, viver conflitos familiares e enfrentar situações desagradáveis. Esses dados também são confirmados por Botti, Costa e Henriques (2011), que, em um estudo com dez usuários de crack, constataram conflitos significativos na família, além do uso de substâncias psicoativas por parte de outros membros desse núcleo. Zacharias et al. (2011) destacam que os conflitos familiares, dentre eles a falta de comunicação e de afetividade entre os membros, autoritarismo e falta da figura paterna foram apontados como uma das razões para o início do uso do crack.

## **6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Uma das limitações encontradas neste estudo foi o tamanho da amostra, a qual ficou constituída por cinco sujeitos, dada a dificuldade de encontrar dependentes químicos de crack em abstinência para compor a pesquisa. Além disso, a literatura atual disponível de EIDs e dependência química é praticamente inexistente, são raras as pesquisas envolvendo esses temas.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A questão central da pesquisa foi investigar quais eram os Esquemas Iniciais Desadaptativos em dependentes químicos de crack. Como resultado, identificou-se o esquema de Abandono, presente em quatro sujeitos de um total de cinco da amostra, o esquema de Autossacrifício identificado em três sujeitos e os esquemas de Privação Emocional e Padrões Inflexíveis, presentes em dois sujeitos. Através da entrevista semiestruturada, foram correlacionados dados da história de vida e o esquema de abandono, e destacou-se que todos os sujeitos relataram dificuldades de relacionamentos com os pais na infância, tais como: pai/cuidador dependente de alguma substância, evidenciando fortemente um fator de risco; pais bastante liberais e vivendo um relacionamento com conflitos, sem intimidade nem diálogo. Esses fatores podem ser decisivos para o desenvolvimento do esquema de abandono, e até mesmo dos esquemas de autossacrifício, privação emocional e padrões inflexíveis, pois representam necessidades básicas para um desenvolvimento e funcionamento psíquico adequado e adaptativo do sujeito.

Por outro lado, há pais que mantêm uma aproximação com seus filhos, mantendo um diálogo aberto, sobretudo em momentos difíceis e sobre temas polêmicos, e que conseguem estabelecer limites claros, demonstrar carinho e afeto. Todas essas atitudes atuam como forma de prevenção ao desenvolvimento de futuros transtornos, pois provavelmente vão suprir as necessidades básicas da infância.

A partir da identificação dos esquemas mais predominantes, é possível traçar um plano terapêutico embasado na Terapia do Esquema. É claro que essa é uma possibilidade de tratamento, sendo necessário o aporte de técnicas da TCC para Dependência Química, de terapia medicamentosa, dentre outras, além do envolvimento de toda a família. Ainda assim, mesmo com o avanço e o aperfeiçoamento de técnicas, o tratamento é muito difícil, haja vista que a dependência química é uma doença crônica e recidivante. Dessa forma, é importante destacar a dificuldade de se encontrar um número grande de indivíduos abstinente de crack em comunidades terapêuticas e em clínicas especializadas.

Além disso, um grande percentual dos dependentes químicos apresenta algum tipo de comorbidade, o que torna ainda mais complexo o tratamento. Destarte, a Terapia do Esquema – direcionada a partir de um modelo mais confrontativo, ampliando a utilização de dados da história passada, identificando e trabalhando os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), trabalhando com estratégias vivenciais, tais como imagens mentais e reparação parental – pode alcançar resultados mais satisfatórios e duradouros.

Por fim, sugerem-se futuros estudos, com uma amostra maior e, até mesmo, entre amostras clínicas e não clínicas e com a participação dos familiares dos dependentes químicos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Priscila P.; BRESSAN, Rodrigo A.; LACERDA, Acioly L. Neurobiologia e neuroimagem dos comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel; LARANJEIRA, Ronaldo. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 35-42.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, V. A., American Psychiatric Association, 2013.

BECK, Aaron T; FREEMAN, Arthur; DAVIS, Denise D. *Terapia Cognitiva dos Transtornos da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

BECK, Judith S. *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BOSCARDIN, Marina K.; KRISTENSEN, Christian H. Esquemas Iniciais Desadaptativos em Mulheres com Amor Patológico. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 3, n.1, p. 517-526, 2011. Disponível em: <<http://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/85>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

BOTTI, Nadja Cristiane L.; COSTA, Bruna T.; HENRIQUES, Ana Paula F. Composição e dinâmica das famílias de usuários de crack. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.3, n.7, p.93-110, 2011. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1907>>. Acesso em 10 abr. 2014.

CAZENAVE, Silvia de Oliveira S. Toxicologia geral das substâncias psicoativas. In: SEIBEL; Sergio D. *Dependência de drogas*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010, p. 39-58.

COLLADO, Carlos F.; LUCIO, María P. B.; SAMPIERI, Roberto H. *Metodologia de Pesquisa*. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CORDEIRO, Quirino; ZUNG, Stevin; VALLADA, Homero. Genética da dependência de substâncias psicoativas. In: SEIBEL; Sergio D. *Dependência de drogas*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010, p. 99-116.

DIEDRICH, Marlei M. *Be-a-bá da metodologia de trabalhos acadêmicos e científicos: uma orientação prática a alunos de graduação e de pós*. Passo Fundo: Ed. IMED, 2007.



DUALIBI, Lígia B; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 24 supl. 4, p. 545-557, 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001600007&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007&lang=pt)>. Acesso em: 26 mar. 2013.

FIGLIE, Neliana B. Entrevista motivacional e a terapia cognitivo-comportamental do uso de substâncias psicoativas. In: ZANELATTO, Neide A.; LARANJEIRA, Ronaldo. *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais um guia para terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 273-290.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz) (2013). Maior pesquisa sobre crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil [post do blog]. *Relatórios online*, 2013. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/contet/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em 15 dez. 2013.

GUIMARÃES, Cristian F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, v. 30, n. 2, p. 101-108, 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082008000300005&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000300005&lang=pt)>. Acesso em 13 mar. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA EM ÁLCOOL e DROGAS (INPAD) (2012). *O Consumo de Cocaína Fumada e Aspirada no Brasil - Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)*, 2012. São Paulo: UNIFESP. Disponível em <<http://inpad.org.br/lenad/cocaina/resultados-preliminares/>>. Acesso em 08 abr. 2013.

JAJALI, Mohammad Reza et. al. Comparison of Early Maladaptive Schemas and Parenting Origins in Patients with Opioid Abuse and Non-Abusers. *Iranian J Psychiatry*, v. 6, n. 2, p. 54-60, 2011. Disponível em:

<[http://journals.tums.ac.ir/upload\\_files/pdf/\\_/19076.pdf](http://journals.tums.ac.ir/upload_files/pdf/_/19076.pdf)>. Acesso em 26 jul. 2013.

JINEZ, Ma. Lourdes J.; SOUZA, José R. M.; PILLON, Sandra C. Uso de drogas e fatores de risco em estudantes do ensino médio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [On-line], 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_17.pdf)> . Acesso em: 10 out. 2013.

KOLLER, Karina; ANDRADE, Aline Helena K. Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento de dependentes de cocaína/crack. In: ZANELATTO, Neide A.; LARANJEIRA, Ronaldo. *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais um guia para terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 493-502.

MAGILL, Molly; RAY, Lara A. Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J. Stud. Alcohol Drugs*, v. 70, n. 4, p. 516-527, 2009. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2696292/>>. Acesso em 30 jun. 2013.

MARCONI, Marina A.; LAKATOS, Eva M. *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. 7. ed. 3. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

MELLOTO, Patrícia. *Trajetórias e uso de crack: estudo antropológico da trajetória de usuários de crack*. 2009. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/17235>>. Acesso em 12 de mai. 2013.

MITSULVEIRO, Sandro S. Classificação das substâncias psicoativas. In: ZANELATTO, Neide A.; LARANJEIRA, Ronaldo. *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais um guia para terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2013, p. 43-52.

OLIVEIRA, Karina D. *Perfil sócio demográfico, padrão de consumo e comportamento criminoso em usuários de substâncias psicoativas que iniciaram tratamento*, 2010. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. Disponível em:

<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000771722>>. Acesso em: 10 mai. 2013.

OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev. Saúde Pública*, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PERRENOUD, Luciane O.; RIBEIRO, Marcelo. Histórico do consumo de crack no Brasil e no mundo. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. *O tratamento do usuário de crack*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 33-38.

PETRY, Milene C.; KOLLING, Nádia M.; MELO, Wilson V. Atualidades na dependência do crack. In: WAINER, Ricardo; PICCOLOTO, Neri M.; PERGHER, Giovanni K. *Novas Temáticas em Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Sinopsys, 2011, p. 39-60.

PULCHERIO, Gilda et. al. Crack: da pedra ao tratamento. *Revista da AMRIGS*, v. 54, n.3, p. 337-343, 2010. Disponível em: <[http://www.amrigs.org.br/revista/54-03/018-610\\_crack\\_NOVO.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/54-03/018-610_crack_NOVO.pdf)>. Acesso em 15 jun. 2013.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. O plano de tratamento. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 183-210.

ROCHA, Claudionor. *Crack, a pedra da morte- desafios da adicção e violências instantânea*. Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, 2010.

RODRIGUES, Viviane S.; CAMINHA, Renato M.; HORTA, Rogério L. Déficits cognitivos em pacientes usuários de crack. *Rev. bras. ter. cogn.*, v. 2, n. 1, p. 67-72, 2006. Disponível em: [http://www.rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=37](http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=37) . Acesso em: 10 ago. 2013.

SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400007&lng=en&nrm=iso). Acesso em 15 maio 13.

SHOREY, Ryan C.; STUART, Gregory L.; ANDERSON, Scott. Changes in Early Maladaptive Schemas After Residential Treatment for Substance Use. *Journal of clinical psychology*, v.69, n. 9, p. 912-922, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23381835>>. Acesso em: 20 jul. 13.

SILVA, Amanda C.; BIANCHI, Carine; PICCOLOTO, Luciane B. Questionário de Esquemas de Young e Diagrama de Conceitualização Cognitiva: ferramentas diagnósticas. In: WAINER, Ricardo; PICCOLOTO, Neri M.; PERGHER, Giovanni K. *Novas Temáticas em Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Sinopsys, 2011, p. 211-236.

SILVA, Débora P.; PACHECO, Sílvia L.; PADIN, Maria F. Entrevista motivacional. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. *O tratamento do usuário de crack*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 351-365.

SILVA, Jaqueline G. et. al. Avaliação dos Esquemas Iniciais Desadaptativos: estudo psicométrico em alcoolistas. *J Bras Psiquiatr*, v. 61, n. 4, p. 199-205, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/02.pdf>>. Acesso em 02 ago. 2013.

TRINDADE, Michele T.; MOSSATI, Roselaine L.; MAZZONI, Cláudia G. *Terapia do esquema: uma evolução na terapia cognitivo-comportamental*, 2009. Disponível em: <<http://guaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2009/artigos/psicologia/salao/609.pdf>>. Acesso em 12 mar. 2013.

TEIXEIRA, Diana C. A. *Esquemas iniciais desadaptativos e ajustamento psicológico em crianças e adolescentes*. 2010. (Dissertação de Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2769> Acesso em 20 jun. 2013.

VASCONCELLOS, Sílvio José Lemos; NOSWITZ, Valério João. *Depressão e Esquemas Desadaptativos em uma Amostra de pacientes no Centro de*

*Atenção Psicossocial*. 2010. 25f . (Trabalho de Conclusão de Curso)-  
Faculdade de Psicologia. Faculdades Integradas de Taquara, Taquara.

YOUNG, Jeffrey E. *Terapia Cognitiva para Transtornos da Personalidade: uma abordagem focada em esquemas*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

YOUNG, Jeffrey E.; KLOSKO, Janet S.; WEISHAAR, Marjorie E. *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZACHARIAS, Dulce G.et al. Familiares de Usuários do Crack: da descoberta aos motivos para o uso da droga. In: *IV Jornada de pesquisa em Psicologia Desafios Atuais nas Práticas de Psicologia*, Santa Cruz do Sul: UNISC, p. 16-29, 2011.