Transtornos Adictivos: Dependência e tratamento

Maria Angélica de Castro Comis
Psicológa

Em todas as épocas e lugares, os seres humanos deliberadamente usaram e abusaram de substâncias capazes de modificar o funcionamento do sistema nervoso, induzindo sensações corporais e estados psicológicos alterados.

Conceitos Gerais

- Droga: qualquer substância capaz de modificar o funcionamento do organismo. Age no sistema nervoso central

- Segundo a OMS, droga é qualquer substância química natural ou sintética que quando introduzida no organismo modifica uma ou mais de suas funções.

Conceitos Gerais

- Drogas Psicotrópicas: um tipo específico de drogas, que atuam no sistema nervoso central, modificando o estado mental. Nem todas as drogas psicotrópicas têm o potencial de provocar dependência. Ex: antidepressivos

- Drogas Psicoativas: grupo de drogas que tendem a induzir a auto-administração, geralmente por produzir prazer. Ex: maconha, cocaína, álcool

- Droga Ilícita e Lícita

Drogas Psicoativas

- Provocam modificações no funcionamento do Sistema Nervoso Central (S.N.C.)
- Mudanças no estado de consciência e na percepção do usuário, alterando o comportamento, o humor e/ou a cognição

ÁLCOOL

Hábitos de consumo

64% dos homens e 39% das mulheres adultas relatam consumir álcool regularmente (pelo menos 1x por semana).
66% dos homens e 49% das mulheres adultas relatam beber em binge (quando bebem, ingerem 4 (mulheres) ou 5 (homens) unidades ou mais de bebida alcóolica a cada duas horas).
Enquanto metade da população é abstêmia, 32% bebem moderadamente e 16% consomem quantidades nocivas de álcool.
Quase 2 a cada 10 dos bebedores (17%) apresentou critérios para abuso e/ou dependência de álcool.

ABSORÇÃO

- RÁPIDA
- PELAS MUCOSAS ORAL E GASTROINTESTINAL
- FATORES DE DIMINUEM A ABSORÇÃO
  1. PRESENÇA DE ALIMENTOS NO ESTÔMAGO
  2. QUEDA DA TEMPERATURA CORPÓREA
  3. EXERCÍCIOS FÍSICOS
- FATORES DE AUMENTAM A ABSORÇÃO
  1. VELOCIDADE DA INGESTÃO
  2. BEBIDAS LICOROSAS OU GASEIFICADAS
  3. CONCENTRAÇÃO DA BEBIDA

ÁLCOOL - ABSTINÊNCIA

- Tremor, irritabilidade, náusea, vômitos algumas horas após aparada ou diminuição da ingesta
- Taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese, febre. Pico entre 24 e 48 horas e duração de 5 a 7 dias
- Insônia, ansiedade, irritabilidade podem persistir por semanas

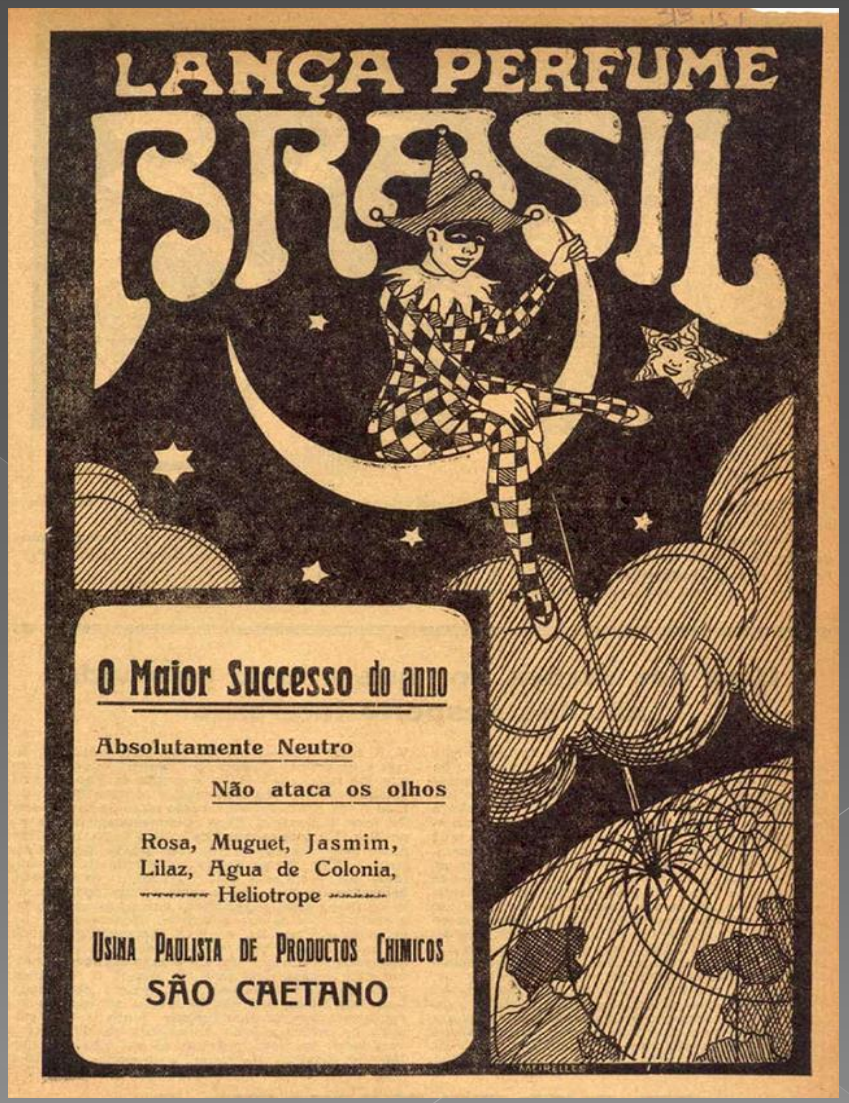
ÁLCOOL - ABSTINÊNCIA

- *Delirium tremens*: é caracterizado por uma tríade – tremor, rebaixamento do nível de consciência e alucinações visuais podendo ser acompanhada de confusão, desorientação, delírio, insônia, febre leve. Aparecem abruptamente ou ao longo dos três primeiros dias após a interrupção do uso

- Alucinose alcoólica: alucinações auditivas vívidas, porém com clareza da consciência. Geralmente acompanhado de medo, ansiedade e agitação

Inalantes - Lança perfume - Loló

- Carnaval
- Cloreto de Etila, Clorofórmio e Éter
- Efeitos – rápido e bifásico
- 



Efeitos agudos e crônicos

- Euforia, excitação, tontura, perturbações auditivas e visuais, confusão mental, perda de consciência, fala pastosa, convulsões e morte súbita
- Rinite crônica, conjuntivite, bronquite, feridas na boca e nariz, sangramento nasal, agressividade, paranoia e neuropatia
- Relatos de muitas mortes entre os anos de 2013 até 2015

Ketamina (Special K)



Ketamine Hydrocholoride
Photo by Zane, © 1999 Erowid

Histórico:

- Anestésico
- Retirado do mercado em função dos efeitos colaterais
- Uso veterinário permitido

Efeitos:

Anestésico dissociativo

Apresentação:

líquido (reduzido a pó)

Formas de uso mais freqüentes:

cheirada em carreira

Estimulantes











Hábitos de consumo

Quase 4% da população adulta já experimentaram alguma apresentação de cocaína na vida. Este índice foi de 3% entre adolescentes.
No último ano, a prevalência de uso dessa droga atingiu 2% dos adultos e 2% dos adolescentes.
A cocaína usada pela via intranasal (cheirada) é a mais comum, já tendo sido experimentada por 4% dos adultos, enquanto 2% a usou desta forma no último ano.
Entre adolescentes o uso é menor, sendo de menos de 2% tanto no uso na vida quanto nos últimos 12 meses representando.
Aproximadamente 1,4% dos adultos já usou cocaína fumada (crack/merla e oxi) pelo menos uma vez na vida.
Um em cada cem adultos usou crack no último ano.
O uso de cocaína fumada na adolescência foi mais baixo, 1% para o uso na vida e 0.2% de uso no último ano.
Quase metade dos usuários (45%) experimentaram cocaína pela primeira vez antes dos 18 anos de idade.

COCAÍNA

6.

USO MÉDICO









SUAS INDICAÇÕES SE RELACIONAVAM A SUAS PROPRIEDADES ANESTÉSICAS LOCAIS E ESTIMULANTES.

INTOXICAÇÃO AGUDA E OVERDOSE

DOSES INICIAIS

(2-3MG/KG)

AUMENTO DISCRETO DA FREQÜENCIA CARDÍACA E UM QUADRO DE EUFORIA E SENSAÇÃO DE BEM-ESTAR

DOSES ELEVADAS

COMPORTAMENTOS ESTEREOTIPADOS, BRUXISMO, IRRITAÇÃO, HIPERVIGILÂNCIA, COM OU SEM SINTOMAS PARANÓIDES, HIPERTERMIA, CONVULSÕES E DELIRIUM

OVERDOSE

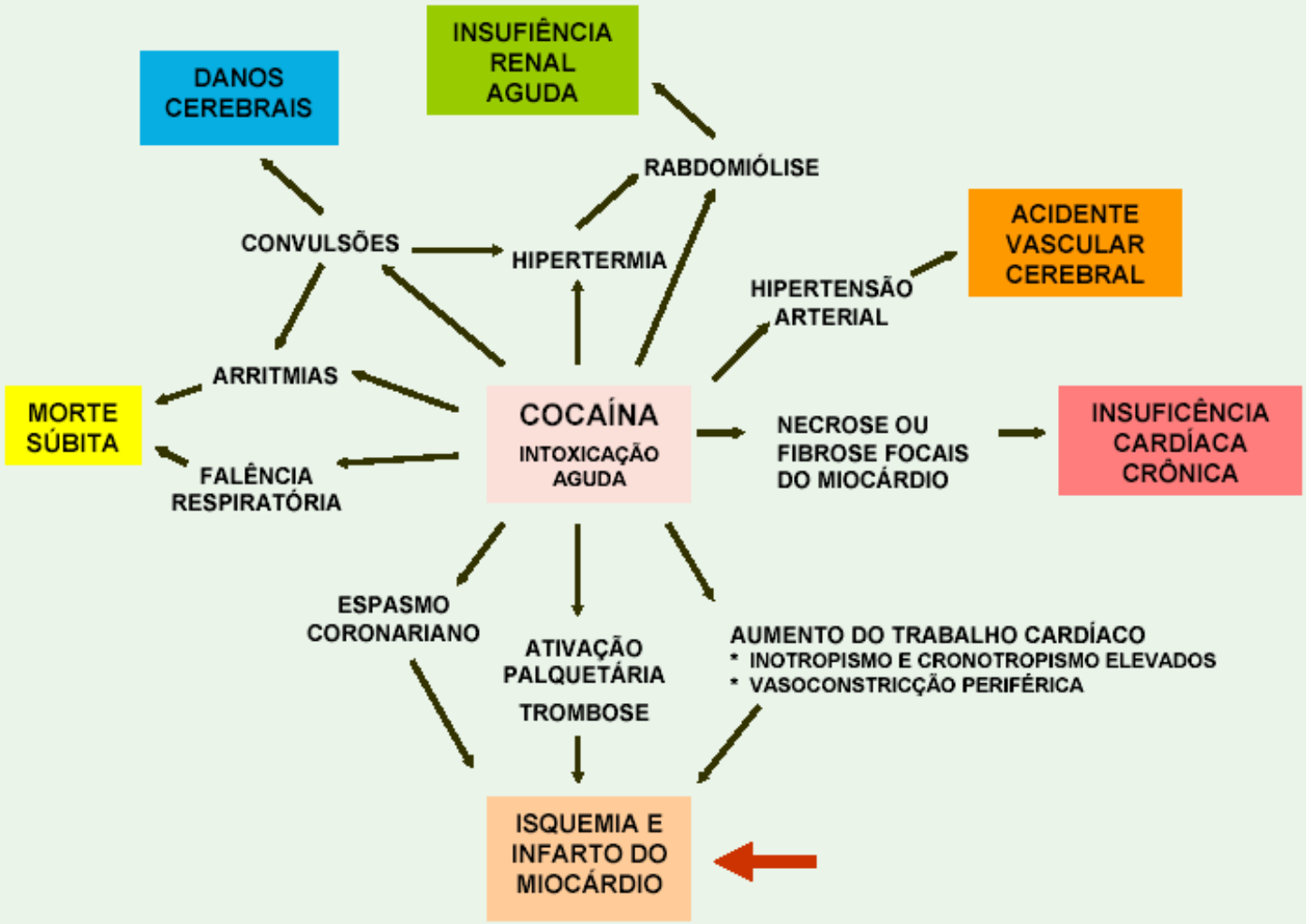
(1-1,2G – VIA ORAL)

FALÊNCIA AGUDA DE UM MAIS ÓRGÃOS SECUNDÁRIA AO CONSUMO DE COCAÍNA

FISIOPATOLOGIA

PRINCIPAIS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS ENVOLVIDOS NA OVERDOSE DA COCAÍNA.

[2]



OVERDOSE: A FALÊNCIA DE UM OU MAIS ORGÃOS CAPAZES DE COLOCAR O ORGANISMO EM RISCO DE MORTE.

Perturbadoras









Maconha

Ecstasy

LSD

Pertubadoras



Sinestesia- fusão dos sentidos



Cinestesia - percepção de movimento



Cenestesia- sensações internas orgânicas

MACONHA

- 7% da população adulta já experimentou maconha na vida.

- 3% da população adulta relatou uso de maconha no último ano.

- Quase 4% da população dos adolescentes já usou maconha pelo menos uma vez na vida, e a taxa de uso no último ano foi de 3%

- Mais de 60% dos usuários de maconha experimentaram a droga pela primeira vez antes dos 18 anos de idade.

1 em cada 10 homens adultos já experimentou maconha na vida.

Mais de 1% da população masculina brasileira é dependente de maconha.

Quase 40% dos adultos usuários de maconha são dependentes.

17% dos adolescentes que usaram no último ano conseguiram maconha na ESCOLA.

MACONHA - Efeitos

- Olhos vermelhos, boca seca, aumento do apetite, aumento da sede, taquicardia, incoordenação motora, sensação de lentificação do tempo, euforia, ansiedade, aumento da libido, comprometimento do julgamento, retraimento social, hipersensibilidade sonora, visual, tátil e de paladar, ilusões e alucinações, sensação de relaxamento, comprometimento da memória recente

LSD – Doce - Ácido



Principais Efeitos

ilusões, alucinações (auditivas e visuais), grande sensibilidade sensorial (cores mais brilhantes, percepção de sons imperceptíveis), experiências místicas, flashbacks, paranóia, alteração da noção temporal e espacial, confusão e pensamento desordenado

Principais Riscos

alteração total da percepção da realidade

MDMA – Ecstasy - Bala



Principais Efeitos

Euforia , Agitação, Alteração da percepção sensorial, Diminuição de apetite, Taquicardia, Hipertermia e Bruxismo

Principais Riscos

Quadros Psicóticos, Ataques de Pânico, Insônia, Depressão, Hiponatremia, Convulsão e Insuficiência Renal

Critérios para Dependência de Substância DSM-IV

Padrão mal-adaptativo que leva a prejuízo ou sofrimento significativo, três (ou mais) critérios, no período de 12 meses:

(1) tolerância:

- necessidade de quantidades maiores para adquirir a intoxicação ou efeito desejado
- acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância

Critérios para Dependência de Substância DSM-IV

(2) abstinência:

- síndrome de abstinência
- substância é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência

(3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido

(4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância

Critérios para Dependência de Substância DSM-IV

(5) muito tempo gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos

(6) importantes atividades são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância

(7) apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância

Os manuais nas questões referentes às drogas

- CID-10 - ***uso nocivo*** - dano real à saúde física ou mental de um indivíduo que não é dependente:

- Padrão de uso de substância psicoativa que está causando dano à saúde. O dano pode ser físico (como nos casos de hepatite decorrente de autoadministração de drogas injetáveis) ou mental (p. ex. episódios de transtorno depressivo secundários a um grande consumo de álcool).

- O diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário.

- Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão com frequência associados a consequências sociais diversas de vários tipos. O fato de que um padrão de uso ou uma substância em particular não seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a consequências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.

- A intoxicação aguda ou a "ressaca" não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar uso nocivo. O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente.

DSM-IV e CID-10

- Divergiam somente na questão referente ao ***abuso*** ou ***uso nocivo*** de substâncias psicotrópicas, convergindo em relação aos critérios para a síndrome de dependência

- Na última edição, o DSM aboliu a nomenclatura de ***abuso de substâncias***, inserindo os critérios anteriormente utilizados para abuso, dentro do diagnóstico de dependência, ampliando assim o número de usuários que passam a ser considerados dependentes de álcool ou drogas e se diferenciando cada vez mais da CID-10

DSM-IV e CID-10

- até a edição anterior (DSM-IV) exigia-se a presença de no mínimo 3 (três) critérios entre os 7 (sete) existentes, enquanto que na atual edição (DSM-V) exige-se apenas 2 (dois) entre os 11 (onze) critérios existentes
- CID-10 → Transtornos mentais e de comport. decorrentes do uso de substância psicoativa
- DSM-V → Transtornos relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos

Transtornos Mentais Induzidos por Substâncias Psicoativas

- Delirium (Confusão Mental)
- Demência Persistente
- Transtorno Psicótico
- Transtorno de Humor
- Transtorno Sexual
- Transtorno de Ansiedade
- Transtorno do Sono

Transtornos Mentais Induzidos por Substâncias Psicoativas

- Podem se desenvolver tanto durante a intoxicação ou quanto a abstinência
- Podem ser temporários (restritos a intoxicação ou a abstinência) ou persistentes
- Podem ser primários ou secundários, induzidos por substâncias

RECAÍDA ≠ LAPSO

- A recaída é uma ocorrência comum que pode ser devastadora emocionalmente para o paciente
- É importante ressaltar que a recaída não significa que o tratamento com um todo foi um fracasso
- O paciente deve se apegar a comportamentos corretivos, de maneira a não desencadear sentimentos de fracasso ou depressivos

RECAÍDA ≠ LAPSO

- É o tipo menos severo de recaída, que compreende um episódio breve, e não envolve os sintomas da abstinência
- Pode fortalecer o paciente a identificar suas fragilidades e prevenir futuras recaídas
- A quantidade ingerida não é levada em conta

Principais comorbidades

- Causal – transtorno ⟷ dependência
- Automedicação
- Precipitação psicopatológica
- Esquizofrenia – 29% associação
- Bipolar – 31,5% alcoolismo e 27,5% outras drogas
- Ansiedade – 50 a 67% alcoolismo e 80% outras drogas
- TDAH – 20 a 40% drogas, mais precoce e intenso cocaína
- Alimentares – 9 a 49% álcool e medicamentos
- Personalidade – Borderline e antissocial

Princípios do Tratamento

- Multidisciplinar, Acessível, Avaliação contínua
- Investigação de comorbidades psiquiátricas e clínicas
- A desintoxicação = primeira etapa do tratamento
- Monitoração do possível uso de drogas durante tratamento
- Redução de Riscos e Danos
- Processo longo e freqüentemente requer múltiplas tentativas de tratamento

Importante

- Aliança terapêutica = maior engajamento
- Identificar fatores que favoreceram instalação, manutenção e abstinência
- História pregressa e após ingestão da droga
- Tipo de droga
- Onde e com quem
- Situações sociais reveladoras
- Sinalizadores biológicos

Tratamento

- Redução significativa do uso da substância, períodos de abstinência, ocorrência de lapsos ou recaídas
- Vale ressaltar que não existe um tratamento milagroso para o controle da doença
- A DETERMINAÇÃO, a FORÇA DE VONTADE e a PRÁTICA DO PROGRAMA são fundamentais

Tipos de Intervenção

- Tratamento Farmacológico
- Tratamento Psicoterápico (Terapia Cognitiva Comportamental - TCC)
- Entrevista Motivacional
- Grupos de Ajuda Mútua
- Comunidades Terapêuticas
- Redução de Riscos e Danos

Tratamento Farmacológico

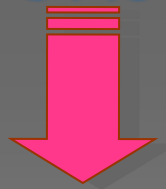
- **Objetivos: aumentar adesão aos tratamentos,diminuir abstinência, compulsão, favorece manutenção, diminui recaída**
- **Terapia de substituição;**
- **Diminuição de fissura;**
- **Bloqueio de recompensa**

Terapia Cognitiva-Comportamental

CRENÇAS CENTRAIS SITUAÇÃO



PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS



REAÇÕES

- EMOCIONAIS
- COMPORTAMENTAIS
- FISIOLÓGICAS

Crenças Aditivas

- Crenças Antecipatórias;
- Crenças de Alívio;
- Crenças Permissivas ou Facilitadoras.



Objetivos Específicos

- Motivar estilo de vida sem substâncias psicoativas
- Identificar e modificar crenças disfuncionais sobre o uso
- Identificar situações de risco de recaída e elaborar estratégias de enfrentamento
- Estimular a adesão ao tratamento psicoterápico e medicamentoso indicados
- Treinar técnicas de relaxamento
- Introduzir exercícios físicos no estilo de vida
- Conhecimento e o acesso aos grupos de auto-ajuda

Técnicas Cognitivas-Comportamentais

- Identificação, avaliação e questionamento de Pensamentos Automáticos
- Registro diário de Pensamentos disfuncionais
- Identificação, Avaliação e modificação de crenças
- Solução de problemas

Técnicas Cognitivas-Comportamentais

- Distração
- Relaxamento
- Treino de habilidades Sociais
- Treino de Assertividade
- Prevenção de recaída e manutenção

O que é motivação?

- Para que uma pessoa mude qualquer tipo de comportamento, ela precisa estar vinculada a uma série de motivações
- Motivação é a probabilidade de certos comportamentos ocorrerem
- Ex: Para que uma pessoa inicie um processo de psicoterapia ela precisa estar motivada

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

“ O modo como o terapeuta interage com seu paciente parece ser tão importante, e talvez até mais do que a abordagem ou escola de pensamento específica com a qual o terapeuta opera”.

(Miller & Rollnick,2001)

Entrevista Motivacional

- Aconselhamento centrado no paciente
- Técnica breve, auxilia nos processos de mudanças comportamentais
- Querer ou não parar de usar drogas
- Meta final é aumentar a motivação intrínseca

Estágios de Mudança

- Recaída parte do processo
- Colabora para comprometimento da retomada de tratamento

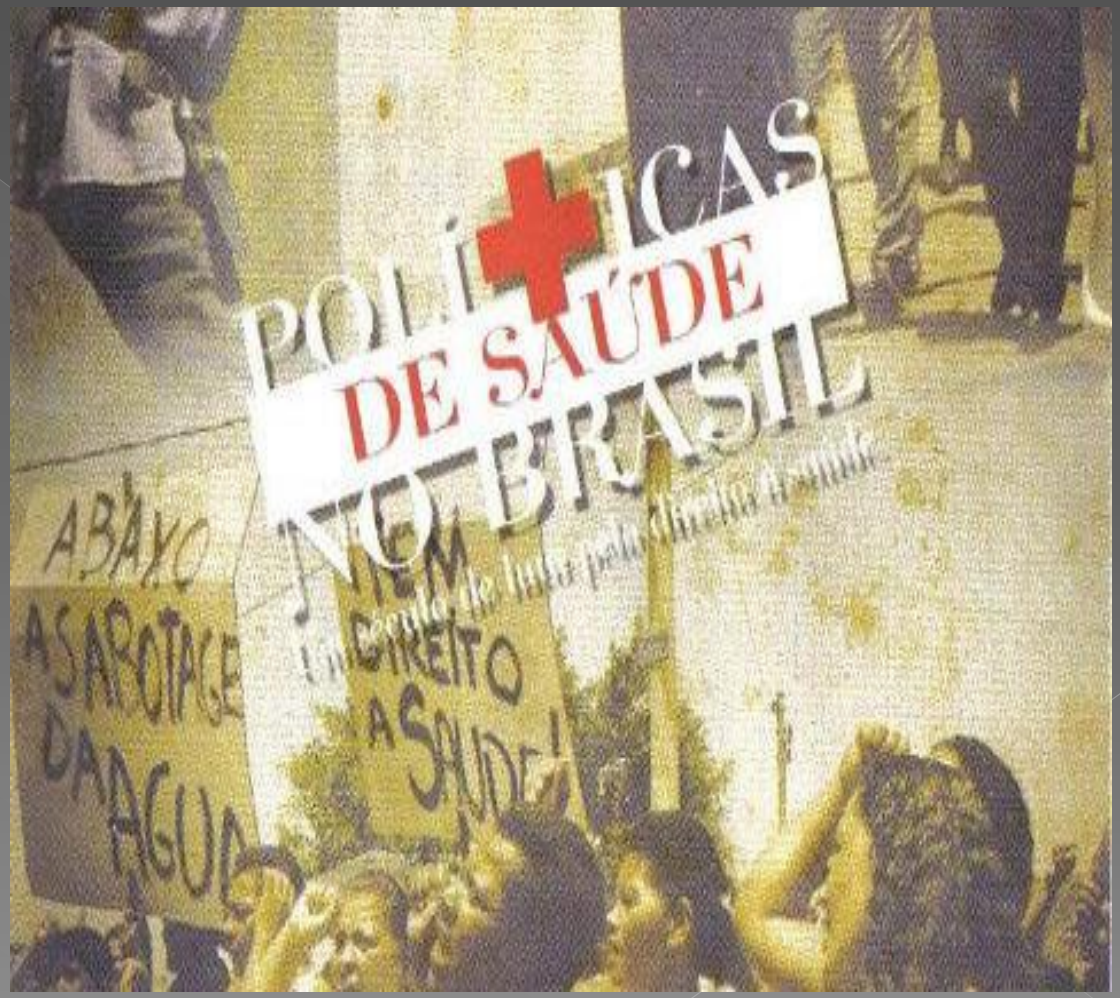
(Marlatt e Gordon, 1993)

Comunidades Terapêuticas

- Medidas coletivas e participativas
- Objetivo resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional
- As funções são flexíveis, garantem a estrutura e a organização da vida comunitária
- A atenção ao indivíduo no grupo ou na comunidade
- A vida comunitária será terapêutica se a dualidade equipe-residente desaparecer

Redução de Danos

Política de saúde: princípios e abordagens pragmáticas, que visam reduzir os comportamentos de riscos e danos; pautada no respeito ao indivíduo e o seu direito de consumir drogas



A RD não exige abstinência imediata, mas formula práticas que diminuem os danos para usuários de drogas e os grupos sociais com quem convivem.




é construção coletiva de práticas e saberes
é saber que a relação com a droga não passa só pela dependência
mantém o foco nas pessoas e não na substância
é cuidado para além das drogas
RD
é singular, não tem uma fórmula
tem a ver com os direitos das pessoas
é um processo, não uma resposta pronta
tem a ver com atendimento humanizado e integral que atende à diversidade

Redução de riscos e danos

- Ética
- Respeito
- Pluralidade
- Ações diferenciadas
- Singularidade
- Maior contato do usuário com serviços
- Construção da cidadania e direitos humanos
- Autonomia
- Modificar a cultura e sentido do uso

Redução de Riscos e Danos

- Acesso: pronto atendimento através de plantões
- Acolhimento: é necessário fortalecer um frágil pedido de ajuda sem muitas imposições
- Vínculo: A aproximação dos pacientes através do estabelecimento de relações de troca, disponibilidade e de respeito

RD Tabaco

Terapia de substituição com chicletes com nicotina ou adesivo;

Diminuição enquanto não se atinge a abstinência;

Restrições no ambiente;

Fiscalizar a venda para menores de idade;

Oferecer tratamento aos que desejam abandonar o uso;

Advertir sobre cigarros falsificados



RD Álcool

Informar sobre os riscos do ato de beber e evitar o consumo exagerado de bebidas alcoólicas;

Estabelecer a situação social que irá beber e qual a quantidade limite;

Beber lentamente e alternar bebidas alcoólicas com bebidas sem álcool;



Alimentar-se antes de ingerir bebidas alcoólicas;

Escolher o “amigo da vez” para dirigir;

Treinar funcionários dos estabelecimentos;

Cumprir a lei que preconiza a não venda de bebidas alcoólicas a menores de idade

RD Solventes

Existem poucas estratégias para essas substâncias;

Informar o usuário acerca dos riscos que ele corre;

Orientar que procure ajuda em pronto-socorro;

Fazer uso somente acompanhado;

Evitar misturar com outras drogas, sobretudo com o álcool.





RD Benzodiazepínicos

Risco de dependência;

Controle da prescrição e venda dos medicamentos;

Encaminhar para tratamento;

Uso de medicamentos de classe diferente;

Deve-se orientar a não fazer uso concomitante de álcool.





RD Anfetaminas

Risco de dependência;

Melhor controle da prescrição;

Orientar a não fazer uso concomitante de álcool e alucinógenos;

Riscos de intoxicação e (“bad trips”);

Ficar atento à dose;

Evitar usar desacompanhado;

Evitar usar se tiver algum familiar com transtornos psicóticos.





RD Maconha

Utilizar papéis próprios para fumar;

Se orientar sobre a procedência da droga;

Evitar fumar maconha mofada;

Evitar fumar caso esteja com alteração de humor;

Evitar usar se tiver algum familiar com transtornos psicóticos.







RD Cocaína

Orientar que não existe tipo de uso considerado seguro;

Após o uso o indivíduo lavar as narinas com soro fisiológico ou água para evitar lesões na mucosa;

Não compartilhar canudo e não usar cédulas;

Utilizar canudos de plástico distribuídos nos kits;

Em caso de urgência sempre informar o que consumiu e qual foi a quantidade.





RD LSD/Ecstasy (MDMA)

Orientar sobre (“bad trips”);

Risco de desencadeamento de quadros psicóticos e outros quadros psiquiátricos;

Evitar tomar dose inteira;

Informar que fez uso da substância;

Evitar outras drogas;

Fazer uso constante de água em pequenas quantidades e descansar;

Tentar se alimentar.





RD Crack

Cachimbo apropriado diminui os danos nos lábios;



Orientar o uso de piteiras;

Orientar e distribuir protetores labiais;



Indicar a substituição do crack por outras drogas, como o mesclado, o “freebase” e a maconha;

Distribuir os kits de RRD para o crack.

- A partir dos relatos abaixo, tente identificar alguns critérios diagnósticos para **síndrome de dependência**, de acordo com os critérios da CID-10:

Eu comecei o uso de drogas com 14 anos, primeiramente pelo fato de eu ser uma pessoa muito envergonhada e em segundo por que eu gostava muito da "vida livre" que o usuário possui. Andava na rua sem rumo, sempre acompanhada pelas drogas. No início usava cigarro, álcool e maconha, até que um dia eu conheci a cocaína e, durante vários anos, usei diariamente. A cocaína era minha companheira, sem ela eu nada fazia.

Foi então que em um "belo" dia um acontecimento inesquecível ocorreu. Um velho amigo meu, com quem eu sempre cheirava cocaína, me disse que iria até a minha casa e que levaria uma "parada" que, na minha cabeça, era cocaína, mas para a minha decepção era Crack.

Nunca pesei em usar essa droga, mas naquele momento eu já estava na fissura para cheirar e então não recusei o convite e fumei a droga que, mais para frente, destruiria minha vida. Depois dessa primeira experiência com o Crack, foram meses usando sempre. Meu amigo ia a minha casa e nós fumávamos por vários dias seguidos. Em certo momento ele decidiu parar e eu não consegui, era mais forte que eu. Quando a dependência química tomou conta de mim fui internada, mas sempre que saía tinha recaídas ....

- A partir dos relato abaixo, tente identificar alguns critérios diagnósticos para **síndrome de dependência**, de acordo com os critérios da CID-10:

Apenas sou mais um cara que se perdeu nas drogas. Tenho 31 anos, comecei a usar drogas com 17 anos. Comecei fumando maconha, ia para salões de dança com pessoas que fumavam e comecei a dar um "peguinha" aqui outro ali e quando eu vi já estava fumando direto, esse foi o primeiro passo, depois experimentei a cocaína, cheirei uma vez e me deu aquela euforia e gostei e sempre que tinha dinheiro ou algum "colega" que colocava pra cheirar, eu cheirava mas não era ainda a minha droga de preferência foi quando conheci o crack, é fumei o meu primeiro mesclado, deu aquela sensação legal mas que logo passa e você quer mais, sempre mais e nunca esta satisfeito e daí pra frente tudo começou a dar errado.

Eu tinha uma moto que meu pai tinha me dado para trabalhar, trabalhei certo tempo, depois parei, a droga não me deixava ir pra frente, foi ai que comecei a fazer rolo com a moto, trocava a troco de outra daqui a pouco já fazia outra troca errada e daí por diante o crack vinha acabando comigo, já tinha parado de estudar já não ligava pra nada, arrumava um serviço trabalhava e daqui a pouco já saia do serviço, fazia algum curso e não terminava, nada dava certo, estava magro, acabado, feio, andando de qualquer jeito, vendendo as minhas coisas, acabando com tudo, arrumando dívidas e mais dívidas, acabando com o patrimônio da minha família que é meu também, e que mais tarde irá me fazer falta.

Tudo que é de ruim eu fiz, meus pais ficando mal já estavam perdendo a alegria de viver de tanto problema que eu trazia para eles, já não obedecia mais o que eles falavam, eu não dava ouvidos e sendo que foram eles que me livraram da morte por muitas vezes. Em casa também nada dava certo, só brigas com minha esposa, sendo que tenho uma filhinha de 2 anos e 3 meses, e ela vendo tudo isso acontecendo já não aguentava mais!....

Referências

- Figlie, N.B; Bordin, S; Laranjeira, R. **Aconselhamento em dependência química.** São Paulo: Roca, 2004.

- Miller, WR. **Entrevista Motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

Obrigada!

mcomis@gmail.com