

DA NECESSIDADE DE PSICOEDUCAÇÃO EM PREVENÇÃO ÀS DROGAS NO ÂMBITO ESCOLAR

Erica I. D. Andrade^{1,2} e Élide Ávilla Kesller^{1,2}

RESUMO - O uso de substâncias psicoativas há muito tempo vem ocupando os espaços de vulnerabilidade que ocorrem diante das mudanças na vida do homem. Algumas pesquisas indicam um aumento do uso de drogas entre o público adolescente, e apontam a questão grupal como um dos fatores de risco para o consumo inicial. Percebendo a importância de psicoeducar esses adolescentes sobre os riscos do uso de drogas, elaboramos um cronograma de atividades, baseado em conceitos da teoria cognitivo-comportamental breve. A intenção é que ele possa ser utilizado em escolas, promovendo o vínculo e orientando sobre os danos causados pelo uso de drogas, a partir do uso de uma linguagem que aproxime e facilite a discussão.

Palavras-chave: Dependência de drogas. Comorbidades psiquiátricas. Adolescentes e drogas.

ABSTRACT - The use of psychoactive substances has long been occupying the spaces of vulnerability in the face of changes that occur in human life. Some research indicates an increase in drug use among the teen audience and highlighting the issue as a group of risk factors for early consumption. Realizing the importance of psychoeducate these teenagers about the risks of drug use, we developed a schedule of activities, based on concepts of brief cognitive-behavioral theory. The intention is that it can be used in schools, promoting the bond and directing the damage caused by drug use, from using a language that approaches and facilitate the discussion.

Keywords: Drug dependence. Psychiatric comorbidities. Teens and drugs.



Revista
Ciência e Conhecimento
Volume 9 – Nº1 – 2015.



1 – Escola Estadual Dolores Alcaraz Caldas – ESAE. Porto Alegre, RS, Brasil.

2 – Universidade Luterana do Brasil – ULBRA/São Jerônimo. Curso de Psicologia. São Jerônimo, RS, Brasil.

Dados para correspondência
Erica I. D. Andrade
Rua: Coronel Corte Real, nº 620.
CEP: 90630080
Bairro: Petrópolis. Compl.: 202
Cidade: Porto Alegre/RS/Brasil
E-mail:
ericadellandrade@gmail.com

Recebido em: 09/02/2015.
Revisado em: 26/03/2015.
Aceito em: 20/04/2015.

Área:
Atenção à saúde e bem-estar.

INTRODUÇÃO

Este estudo está embasado em um trabalho de psicoeducação desenvolvido em uma escola pública, situada em uma região carbonífera do Estado do Rio Grande do Sul, onde a direção escolar solicitou ajuda da equipe de psicologia da ULBRA São Jerônimo para auxiliar no assunto relativo à prevenção de drogas junto aos adolescentes do ensino médio.

Para tanto, demos início a uma pesquisa qualitativa (GIL, 2002), com a finalidade de aprofundar os conhecimentos sobre a adolescência e, por ser um momento de mudanças na vida do indivíduo onde é difícil seguir as orientações provenientes da família ou de terceiros.

As drogas, presentes na história do ser humano há muito tempo, podem ocupar esse espaço de vulnerabilidade, que ocorre em algumas mudanças e trazer grandes prejuízos ao desenvolvimento dos jovens (MARQUES e CRUZ, 2000; RAMOS e PENSO, 2013).

A relevância verificada no tema nos levou à elaboração deste estudo, permitindo-nos realizar uma pesquisa bibliográfica mais aprofundada (GIL, 2002) com relação ao uso e não uso de substâncias psicoativas (SPA), bem como, ao uso com finalidade de permitir a desinibição e entrada do adolescente em grupos.

A escolha da adolescência, como objeto de aplicação da presente pesquisa, se deu em razão de ser uma etapa de fortes mudanças no desenvolvimento do ser humano (ZANELATTO e LARANJEIRA, 2013). Nela, o adolescente está deixando o ensino fundamental (visto por ele como lugar de crianças/infantil), para ingressar no ensino médio (mais juvenil). Também, é a etapa em que começa a perceber mais fortemente as mudanças corporais, onde ocorrem os namoros, obtém o primeiro emprego, ingressa em novos grupos e o surge o medo da proximidade do futuro e de assumir as responsabilidades que começam a aparecer em suas vidas (KESSLER, 2005).

2. USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA

Até o ano passado, o DSM-IV-TR™ (2002) incluía, nos transtornos de substâncias, desde drogas de abuso até efeitos colaterais de medicamentos e exposição a toxinas. No entanto, o novo e atual DSM V (2014, p. 481) modificou essa definição, passando a considerá-los como “transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos”, contando com 10 substâncias descritas no manual. De acordo com o novo manual, “todas as drogas que são consumidas em excesso têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro [...]” (DSM V, p. 481).

Assim sendo, a dependência química pode ser entendida como a necessidade crescente do uso da substância, incluindo a tolerância e a abstinência, ou um padrão compulsivo de uso;

ou seja, não há controle quanto ao uso, pelo período mínimo de um ano. A tal quadro deve ser acrescentado algum tipo de prejuízo ou, então, problemas psicossociais e ambientais, como problemas familiares, profissionais, educacionais, entre outros.

As pesquisas apontam um aumento no número de adolescentes envolvidos com álcool e outras drogas, e a questão grupal como fator de risco para o início do uso (RAMOS e PENSO, 2013). Ainda, temos a afirmação, feita pela doutrina, no sentido de que o uso de drogas psicoativas está associado a um maior número de comorbidades psiquiátricas (HESS et al., 2012; SILVA et al., 2009; DIEHL, et al., 2010). Assim, podem ocorrer alucinações auditivas e visuais, delírios persecutórios semelhantes aos quadros psicóticos dos transtornos de humor bipolar e esquizofrenia.

Dito de outro modo, as drogas psicoativas podem ocultar os sintomas de algum outro problema, pois muitos indivíduos apresentam comportamentos característicos a alguns transtornos. Não raro, vemos que pessoas em uso constante de drogas elevam as chances de surgimento de outras doenças e podem apresentar comportamentos de risco em decorrência de alucinações e delírios, os quais podem ser explicados também pelo uso (intoxicação) da droga ou pelo advento de alguma outra comorbidade – como no caso da esquizofrenia – sendo, comumente, internados por apresentarem quadro de surto psicótico.

Em razão disso, é necessário que, ao se fazer o processo de avaliação, tenha-se maior cuidado para não considerar um sintoma ou reclamação como algo isolado e não correlacionado. Logo, deve-se avaliar, de forma integrada, o consumo de substâncias e os transtornos psiquiátricos que podem estar associados (CORDEIRO e DIEHL, 2011; COSTA e VALÉRIO, 2008).

Feita essa observação, é possível dizer que os transtornos mentais podem ser diagnosticados antes do uso/abuso de uma substância ou ser encontrados de modo simultâneo quando da identificação de um quadro de dependência química, ou, ainda, ser decorrentes da utilização de substâncias psicoativas.

Segundo Cordeiro e Diehl (2011, p. 107-108), as comorbidades podem ter origem em diversos fatores. Um deles diz respeito à “origem genética”, como nos casos em que mulheres grávidas usam substâncias psicoativas; ou, os transtornos podem ser independentes, mas se retroalimentarem, como no caso do uso de álcool, que gera ansiedade e leva a mais uso de álcool. Ainda, segundo os autores citados, o sofrimento causado por um distúrbio mental pode levar o indivíduo a fazer uso de substâncias psicoativas com a finalidade de diminuir esse desconforto, como pessoas em “quadros depressivos podem relatar diminuição do desânimo, de baixa autoestima e de insônia quando consomem bebidas alcoólicas”. Por fim, temos o

inverso, ou seja, o uso de substância psicoativa como fator desencadeante para uma outra doença, como depressão ou sintomas psicóticos, comuns em diversos transtornos (CORDEIRO e DIEHL, 2011, p. 107-108).

As pesquisas nos mostram que existe um grande número de transtornos mentais associados à dependência química (COSTA e VALÉRIO, 2008; SILVA, et al., 2009; PORTUGAL et al., 2010; SWENDSEN et al., 2010; CORDEIRO e DIEHL, 2011;). As mais comuns dizem respeito aos transtornos depressivos e de personalidade (CHAMPMAM e CELLUCCI, 2007; PORTUGAL et al., 2010; CABALLO 2011; LIANG et al., 2011; HESS et al., 2012), fobia social (PAIVA et al., 2008), esquizofrenia (CORDEIRO e DIEHL, 2011), transtornos do espectro bipolar e alimentar (ELBREDER et al., 2008), transtornos de déficit de atenção e hiperatividade e transtorno de conduta (BIEDERMAN et al., 2006; COSTA e VALÉRIO 2008; OHLMEIER et al., 2008).

A esquizofrenia, segundo o DSM V (2014, p.100), “envolve uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais”, sintomas que estão “associados a um funcionamento profissional ou social prejudicado”. Os itens que compõem o quadro da esquizofrenia “costumam surgir no final da adolescência” (DSM-V, 2014, p. 102) e podem ser desencadeados pelo abuso de substâncias.

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, que é outro quadro que aparece com frequência em usuários de drogas, leva a um baixo rendimento escolar e, por consequência, a uma piora na qualidade de aprendizagem do adolescente. Os adolescentes podem apresentar comportamentos hiperativos, desatentos, impulsivos, agressividade, dificuldade de realizar tarefas que exijam desempenho neurocognitivo mais elevado, assim como, problemas sociais e falta de motivação (DIEHL et al., 2010).

O indivíduo com quadro de comorbidade psiquiátrica frequentemente apresenta comportamento mais agressivo, geralmente, decorrente de transtornos de conduta ou antissocial que fazem parte do diagnóstico (ANDRADE et al., 2004), bem como, um maior número de recaídas e comportamento parassuicida ou tentativas de suicídio exitosas (HESS et al., 2012; (ARCOVERDE e SOARES, 2012). Por outro lado, o paciente que exhibe um quadro de transtorno mental grave associado – como no caso dos transtornos do espectro “bipolar e na esquizofrenia”, e fizer uso de qualquer quantidade de droga psicoativa – pode ter uma piora do quadro atual e do prognóstico do transtorno (CORDEIRO e DIEHL, 2011, p. 107).

Comumente, adolescentes e adultos usuários de substâncias psicoativas não se submetem a avaliações e exames clínicos frequentes, tornando difícil e tardio o diagnóstico de uma comorbidade (SILVA et al., 2009). Portanto, além das condições médicas gerais do

indivíduo, é de suma importância que seja feito um bom levantamento de quando começou o uso, o tempo de dependência, a quantidade e os tipos de substâncias que a pessoa usa/usou, e quais prejuízos cognitivos e comportamentais podem ser identificados.

De posse dessas informações, será possível identificar com segurança se existe alguma comorbidade associada e, posteriormente, traçar um prognóstico e desenvolver um plano de tratamento que o paciente consiga aderir (VALÉRIO, 2008 e HESS et al., 2012).

2.1 Psicoeducação

Baseando-nos na piora dos quadros onde estão associados transtorno de uso de substâncias e outro transtorno psiquiátrico, sustentamos ser a psicoeducação um dos caminhos para que se possa orientar o adolescente sobre os riscos e danos e, ainda, tentar engajá-lo na busca de tratamento.

Dentro da psicologia, a teoria cognitivo-comportamental (BECK, 2007) faz uso da psicoeducação como um importante instrumento de engajamento do sujeito no processo psicoterápico e medicamentoso, muitas vezes, utilizando-se de algumas técnicas, como o questionamento socrático, checagem de evidências, entre outras, para fazer com que a pessoa compreenda as informações que estão sendo fornecidas. Baseando-se em um “modelo médico biopsicossocial”, a teoria cognitivo-comportamental (psicoeducação) fornece ao indivíduo “conhecimentos teóricos e práticos sobre o seu problema”, e objetiva “familiarizar o paciente ao modelo cognitivo e ao funcionamento do tratamento aditivo” (FREIRE, 2011, p. 393).

De acordo com essa teoria, os indivíduos com transtornos psiquiátricos têm pensamentos disfuncionais, distorcem situações reais e têm pouca ou nenhuma flexibilidade cognitiva, o que leva a emoções negativas e desadaptação à realidade, e a uma percepção de que todas as pessoas não os compreendem e querem prejudicá-los (COSTA e VALÉRIO, 2008). Em razão disso, a teoria cognitivo-comportamental objetiva auxiliar esses indivíduos a aprenderem novas formas comportamentais mais flexíveis para lidarem com as situações do ambiente (COSTA e VALÉRIO, 2008).

A técnica da psicoeducação quer ensinar e apropriar o indivíduo da sua doença, proporcionando a ele, desde o início do tratamento, informações sobre os efeitos e resultados do seu diagnóstico (FIGUEIREDO, 2009). É uma técnica com uma duração determinada, que segue um roteiro de acordo com o momento atual, e tem, como objetivo, ensinar o sujeito, através de diversos meios (folhetos explicativos, imagens, entre outros), sobre como opera o seu transtorno e como e porque o seu comportamento desorganizado lhe provoca angústia (FIGUEIREDO, 2009).

A pessoa deve entender as informações teórico-práticas da sua doença (COLOM e VIETA, 2004, p. 48). Por isso, devemos fornecer ao indivíduo informações suficientes sobre os sintomas daquela doença, sobre a estrutura psíquica de cada pessoa em interação com o ambiente, e as consequências que alguns medicamentos provocam no organismo (COLOM, VIETA, 2004). Aos poucos, a pessoa passa a compreender que, por exemplo, na dependência química, existe a fissura e seus sinais, que são a irritação, alteração do humor, sudorese e taquicardia. Tendo aprendido a lidar conscientemente e identificar esses sintomas, o indivíduo pode se alertar quando está indo em direção à recaída (FREIRE, 2011). Esta informação lhe dá a oportunidade de procurar ajuda antes que reincida no uso/abuso.

As especificidades que o sujeito adquire sobre determinado transtorno que o acomete fazem com que ele aprenda a conhecer-se. Além disso, ajuda a fortalecer a aliança com o psicoeducador, pois o paciente não se sentirá manipulado ou enganado com o tratamento. Logo, tem-se um tratamento embasado no empirismo colaborativo, onde há uma adesão maior do indivíduo e, por conseguinte, resultados mais positivos.

Alguns transtornos mentais, como os depressivos ou as fases maníacas dos transtornos de humor, interferem negativamente na capacidade e interesse em aprender (BIEDERMAN et al., 2006), pois há uma tendência à autodestruição e uma falta de atenção involuntária (COLOM e VIETA, 2004). Como o indivíduo não consegue entender e reter as informações, elas parecem ser ilusórias e que não vão ajudá-lo a superar a doença. Contudo, para algumas pessoas com comorbidades psiquiátricas associadas com a dependência química, a psicoeducação, é uma prática aplicada e eficaz de intervenção clínica (HODGINS e PEDEN, 2008; FORMIGA et al., 2012).

Podemos ver que, para a esquizofrenia,

Un programa psicoeducativo, en el que se incluían módulos sobre medicación, conocimiento de la enfermedad y otras actividades psicoeducativas, se obtiene que la adherencia al tratamiento farmacológico se incrementa en aproximadamente 30%, los pacientes al estar mejor informados aumentan su conciencia de la enfermedad y son más capaces de hacerse responsables de tomar la medicación, su calidad de vida mejora al tener menos recaídas y/o reingresos hospitalario (RIVERA, 2011, p.74).

É importante que a família também passe pela psicoeducação, pois é ela que, muitas vezes, será responsável pelo tratamento, sendo necessário que sejam elucidados os mitos e crenças populares que cercam as comorbidades e a dependência química (ALMEIDA e MONTEIRO, 2011). É preciso que o transtorno de uso de substâncias seja entendido como uma doença que afeta o sistema de recompensa e prazer do cérebro, e não uma falta de motivação para melhorar ou deixar o uso, ou algo que provoca alívio da ansiedade e deixa a pessoa mais tranquila (LARANJEIRA et al., 2000; COSTA e VALÉRIO, 2008).

A família precisa entender como os transtornos podem estar relacionados e qual o seu papel no tratamento. Por isso, o objetivo de psicoeducar a família reside em promover uma mudança na forma como ela entende e age em relação ao indivíduo que apresenta um quadro de dependência e um transtorno mental associado (LARANJEIRA et al., 2000).

2.2 Psicoeducação em grupo

Ainda há pouco material literário que trata da psicoeducação sob o enfoque da dependência química e comorbidades correlatas (COSTA e VALÉRIO, 2008). Os estudos apontam para a psicoeducação de um transtorno específico, mas a realidade das clínicas demonstra que, dificilmente, um transtorno aparece individualizado.

O que vemos é que os grupos para dependentes de substâncias se utilizam da técnica educativa como ferramenta de impulso ao tratamento. Todavia, é importante observar que, quando a comorbidade – que acomete algum dos membros do grupo – for incapacitante (como nos casos de esquizofrenia), essa pessoa não deve participar dos grupos de dependência química, pois o comportamento psiquiátrico de um integrante pode comprometer a comunicação e a participação significativa de todo o grupo (WASHTON e ZWEBEN, 2009). Será, desta forma, necessária a existência de grupos específicos para esses pacientes, pois a abordagem dos temas se dá de forma mais acolhedora e pausada, sendo repetida inúmeras vezes ao longo do tratamento, até que alguns pontos fiquem completamente entendidos, e comecem a gerar resultado no tratamento clínico.

Ao realizar seminários de psicoeducação sobre determinado tema – que vise clarear aos indivíduos os mitos e verdades sobre a dependência química, o psicoeducador pode se valer de algumas estratégias para fazer com que eles consigam absorver mais informações dentro daquele grupo. A participação dos integrantes do grupo é estimulada através de técnicas dirigidas e semiestruturadas, que ajudam pessoa a pensar sobre o que está sendo tratado. Na prática com adolescentes, é comum serem usados recursos educacionais alternativos, como vídeos e sites de internet, que o estimulam a pesquisar sozinho e, com isso, auxiliar na formação do seu conhecimento sobre aquele tema (WRIGHT et al., 2012).

No grupo de psicoeducação, procura-se, através das técnicas de registro de pensamentos disfuncionais e automonitoramento, fazer o sujeito “reconhecer os estímulos que despertam fissura e entender os fatores que influenciam o comportamento aditivo. Deve-se fazer um mapeamento de situações, companhias, hábitos e lugares que estão condicionados ao uso de SPA” (FREIRE, 2011). Uma vez identificadas as situações pelo registro dos pensamentos, utiliza-se o automonitoramento desses estados que provocam o estresse e ansiedade.

Durante a psicoeducação, é comum a pessoa trazer exemplos pessoais, situações experienciadas que servem de paradigma para a futura tomada de decisões em relação a usar ou resistir. Trabalhando estas questões levantadas, é possível “reconhecer as distorções e evidenciar as diferenças entre os pensamentos funcionais e disfuncionais, o coordenador trabalha a reestruturação cognitiva, promovendo o confronto com a realidade” (FREIRE, 2011, p. 394). Assim, através da reestruturação cognitiva, o “terapeuta formula hipóteses que relacionam os pensamentos disfuncionais às crenças e testa com o sujeito a validade dessas hipóteses de forma objetiva e sistemática” (FREIRE, 2011).

Na psicoeducação, o coordenador mostra estratégias de enfrentamento e algumas formas de como a pessoa pode treinar as habilidades que possui no momento do *craving*. O objetivo desse tipo de educação “é evitar o aumento da fissura com medidas comportamentais” (FREIRE, 2011, p. 396).

Ao ensinar para o indivíduo que a dependência química é uma doença que necessita tratamento, que ele necessita de pessoas para ajudá-lo e que existem técnicas que podem auxiliá-lo a evitar o comportamento de fissura, percebe-se que ele se motiva muito mais para o tratamento. O indivíduo entende que há formas de fazer prevenção à recaída, e que é importante formar uma rede de apoio que possa ajudá-lo nas etapas difíceis da abstinência.

Desta forma, o indivíduo percebe que é preciso fazer um “resgate de atividades saudáveis que promovem satisfação pessoal, convivência com pessoas que não usam drogas e proximidade afetiva com familiares e pares” (FREIRE, 2011).

Quando falamos de rede de apoio, referimo-nos não só à família, mas também a amigos e reuniões de usuários anônimos. Segundo Marinho et al. (2011), “a rede pode complementar a terapia individual ou em grupo e as reuniões de AA”, sendo “criada para executar uma tarefa simples: ajudar o terapeuta a manter a abstinência do paciente. A abordagem deve envolver membros da família e intervenções de cuidados totalmente planejados”.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Cronograma breve de psicoeducação

A terapia cognitivo-comportamental breve segue alguns itens que consideramos importantes incorporar ao trabalho, quando da elaboração de um programa de educação sobre drogas para adolescentes (ARAÚJO et al., 2011).

Os encontros de psicoeducação, baseados na teoria cognitivo-comportamental breve (ANDRETTA e OLIVEIRA, 2010), devem ter, como característica principal, o “empirismo colaborativo”, o que significa criar e fortalecer o vínculo com o grupo, reforçando-o a cada

encontro. O programa deve ter uma estrutura que atenda ao “tempo disponível”, e “ritmar as sessões de maneira eficaz e dar e receber *feedback* sobre o andamento do processo” (WRIGHT et al., 2012, p. 20 e 21).

Como os adolescentes precisam se sentir à vontade para expressarem suas opiniões e perguntas, pautamos a atividade psicoeducativa em grupos de discussão sobre: a) os diversos tipos de substâncias psicoativas; b) dinâmicas sobre as drogas e suas consequências psicológicas, sociais e orgânicas; e c) dinâmicas e vídeos sobre as drogas com pessoas conhecidas publicamente.

Com base no que foi exposto neste trabalho, formulamos um cronograma de atividades psicoeducativas para adolescentes com 10 encontros, sendo que os primeiros quatro estão embasados no que nos ensina Ramos (2013) sobre os adolescentes e as drogas.

1º encontro: apresentação e integração com o grupo.

Dinâmica: promover a integração lúdica entre os adolescentes.

Procedimento: cada adolescente apresenta aquele que está à sua esquerda, e diz como ele vê aquela pessoa.

Objetivo: promover o contrato de trabalho: presença de todos, respeito ao outro e ao local, não usar o celular, outras regras que os adolescentes queiram colocar no papel; bem como, explicar sobre o que trata o projeto, e de que forma será realizado.

2º encontro: substâncias psicoativas.

Dinâmica: pedir para cada adolescente escrever, individualmente em uma cabine (caixa de papel), o nome da droga que (se for o caso) tenha usado ou use.

Objetivo: debater sobre as drogas que eles mencionaram: dúvidas, problemas relacionados, etc.; conhecer e trabalhar a relação que os adolescentes têm com as drogas.

3º encontro: como se proteger das drogas.

Dinâmica: pedir que cada adolescente debata sobre as situações de risco que envolvem as drogas e como podem se proteger do uso.

Objetivo: visa discutir o contexto dessas situações, e de que outra forma se pode evitar um risco e se sentir protegido.

4º encontro: projetos para o futuro.

Dinâmica: debate sobre aspirações e possibilidades futuras baseadas nos conteúdos que são estudados na escola.

Objetivo: incentivar, nos adolescentes, possibilidades de realizarem seus desejos e projetos de forma saudável.

5º encontro: levantamento das drogas e questões que serão abordadas nos demais encontros.

Dinâmica: debater em grupo, com base nas drogas mencionadas no segundo encontro, sobre quais drogas estão mais presentes, e quais as questões gostariam que fossem abordadas nos demais encontros através de vídeos psicoeducativos. Os vídeos usados devem conter a legislação sobre as drogas ilícitas e depoimentos, como, por exemplo, de pessoas conhecidas da mídia e do público jovem, especialistas da área de dependência química.

6º encontro: vídeos sobre o álcool e nicotina, efeitos psicológicos e físicos; questões sociais e criminais;

7º encontro: vídeos sobre a maconha, efeitos psicológicos e físicos; questões sociais e criminais;

8º encontro: vídeos sobre a cocaína, o crack e as anfetaminas, efeitos psicológicos e físicos; questões sociais e criminais;

9º encontro: pesquisa do aproveitamento dos projetos desenvolvidos.

Dinâmica: uso da técnica de balança decisória.

Cada adolescente deverá dividir uma folha branca com um risco ao meio. De forma anônima, em um dos lados da linha escreverá quais as vantagens no uso das drogas, ao passo que, do outro lado da linha, escreverá quais as desvantagens no uso das drogas, tudo isso de acordo com os pontos discutidos durante o trabalho. Após, recolhe-se as folhas e se faz uma roda para discutir as vantagens e desvantagens levantadas pelo grupo.

A técnica da balança decisória é utilizada para avaliar as “vantagens e desvantagens que a pessoa faz para si mesma” (BARLETTA, 2010, p. 313), em relação às informações que lhe foram oferecidas. A “visualização estruturada das vantagens e desvantagens de usar ou não usar” drogas “contrasta os argumentos relacionados aos fatores de exposição e de proteção do consumo” (ZANELATTO e LARANJEIRA, 2013, p. 360). Com isso, os adolescentes podem

avaliar, de acordo com a sua própria experiência, os benefícios ou não do uso de substâncias psicoativas.

3.2 Metodologia

Trata-se de um projeto de qualitativa, com objetivo exploratório, seguindo procedimentos técnicos bibliográficos e documentais (GIL, 2002), pois buscamos conhecer mais o assunto. Para tanto, realizamos pesquisa nas bases de dados SciELO, BVS-Psi, base de dados da Biblioteca da PUC/RS e *Journal Addiction*, no período de 2000 - 2014, sendo utilizados os seguintes descritores: dependência de drogas (*drug dependence*); comorbidades psiquiátricas (*psychiatric comorbidities*); adolescentes e drogas (*teens and drugs*) e transtorno de substâncias (*disorder substances*).

Após essa etapa de coleta bibliográfica, pudemos formular os objetivos do trabalho que, de forma geral, são: a) levar informação qualificada aos adolescentes e, mais especificamente, esclarecê-los sobre os efeitos das drogas no organismo; b) mostrar ferramentas para identificar e prevenir o uso e o consumo de substâncias psicoativas; c) instruí-los sobre formas de dizer não ao uso de drogas, e também de cessar o uso, trabalhando e discutindo questões sobre a influência de amigos e grupos; d) informá-los quanto aos riscos e comorbidades associados ao uso de substâncias psicoativas; e, por fim, e) integrar essas metas com os conteúdos acadêmicos discutidos na escola.

4. DISCUSSÃO

A literatura vem demonstrando que o uso de substâncias psicoativas que alteram o estado de consciência faz parte da experiência humana por milênios, e que, nos últimos anos, há aumento no consumo dessas substâncias. Partindo desta premissa, estamos nos deparando com um novo fator, qual seja, o início cada vez mais precoce do uso dessas substâncias que alteram os sentidos (In: SILVA, MICHELI, et al. 2006).

Pesquisas recentes apontam uma elevada prevalência, entre os adolescentes, de substâncias como álcool, tabaco, solventes, maconha, ansiolíticos, anfetaminas e cocaína (MONTEIRO et al., 2012). Também assinalam que os alunos do ensino médio, com faixa etária entre 14 e 16 anos, estão entre os números mais altos de consumo de drogas (MONTEIRO et al., 2012).

Nesta faixa etária apontada pelas pesquisas, podemos ver que há uma grande influência dos grupos de convivência, e que a necessidade de pertencimento e entrosamento são fatores que contribuem de forma a facilitar a entrada no mundo das drogas. A fase de grupos é

determinada como de maior socialização e de aprendizagem das regras sociais, que, devido ao envolvimento com as drogas, pode ficar prejudicada e trazer prejuízos sociais e judiciais ao jovem. Ainda, quanto mais cedo se dá o início do consumo de substâncias psicoativas, mais grave será o quadro de dependência e de danos ao organismo (SILVA et al., 2006; MOURA et al., 2009; MONTEIRO et al., 2012;).

Além da influência do grupo, outros fatores – como amigos que usam ou toleram que o outro use alguma substância, e um dos mais importantes, que é a presença de conflitos familiares (SILVA et al., 2006) – são incentivadores e facilitadores do primeiro uso.

No que tange aos conflitos familiares, vemos que, quando existem desentendimentos, existe pouco diálogo ou um diálogo empobrecido, sem espaço para perguntas e dúvidas comuns na fase de mudanças que é a adolescência. As famílias, os educadores e profissionais da área de dependência química têm demonstrado uma grande preocupação (SILVA et al., 2006), mas não têm conhecimento ou recursos suficientes para trabalhar o problema de forma efetiva.

No caso dos pais e educadores, muitas vezes, há uma “supervalorização dos perigos oferecidos pelas drogas ilícitas e minimização dos problemas decorrentes do uso de drogas lícitas” (SILVA et al., 2006). Ainda, algumas famílias preferem que seus filhos façam o uso de álcool em casa, com a ilusão de que, dessa forma, terão mais controle do uso, e poderão ensinar o filho(a) a beber de forma correta. Entretanto, estes pais esquecem que estão cometendo um crime ao fornecerem álcool para menores, pois a legislação vigente proíbe o fornecimento de bebidas alcoólicas a esse público. Em outras palavras, para os menores de 18 anos, o álcool é considerado uma droga ilícita, e, se um adulto lhe fornece essa droga, está cometendo um crime (BRASIL. Lei nº 8.069/90, art. 243).

Não existe um consenso sobre qual seria a forma mais correta de abordar questões de prevenção e tratamento para o público adolescente. No entanto, um programa de prevenção ao uso de drogas, para ter maior eficácia, deve estar baseado em modelos que já tenham sido usados e que tenham apresentando um bom resultado. No caso, a psicoeducação tem se mostrado um modo simples de se trabalhar os assuntos mais delicados, fazendo com que a própria pessoa reflita sobre questões complexas.

Por isso, entendemos que, para abordar questão das drogas junto ao público adolescente, temos que conseguir formar um bom vínculo e, ao mesmo tempo, trabalhar as questões complexas trazidas de forma educativa e simples, em ações concretas e que realmente busquem resultados efetivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante que sejam criados outros mecanismos de prevenção primária, que busquem abranger os jovens dentro das escolas, proporcionando, naquele espaço, um ambiente de elucidação de dúvidas sem preconceitos. Mais que isso, é preciso unir esforços de diversas áreas, para que sejam desenvolvidos mais estudos que permitam reduzir os índices do quadro de dependência química que assola o país atualmente.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Priscila Previato, MONTEIRO, Maria de Fátima Neuropsicologia e Dependência Química. In: DIEHL, Alessandra; LARANJEIRA, Ronaldo; CORDEIRO, Daniel Cruz. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 98 -105.
- ANDRADE, R.C.; SILVA, V.A.; ASSMPCÃO JR., F.B. Preliminary data on the prevalence of psychiatric disorders in Brazilian male and female juvenile delinquents. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, vol. 37, p. 1155 – 1160, 2004.
- ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva. A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 24, n. 2, p. 218-226, 2010.
- ARAÚJO, Renata Brasil; OLIVEIRA, Maíra Maria de Alencar; CEMI, Jeferson. Desenvolvimento de role-playing game para prevenção e tratamento da dependência de drogas na adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.27, n.3, p. 347-356, jul.-set., 2011.
- ARCOVERDE, Renata Lopes; SOARES, Lara Sá Leitão de Castro. Funções Neuropsicológicas Associadas a Condutas Autolesivas: Revisão Integrativa de Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Recife, vol. 25, n. 2, p. 293-300, 2012.
- BARLETTA, Janaína Bianca. Comportamentos e Crenças em Saúde: contribuições da psicologia para a medicina comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, vol. 2, n. 1, p. 307-317, 2010.
- BECK, Judith. *Terapia cognitiva para desafios clínicos*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BIEDERMAN, J., MONUTEAUX, M. C., MICK, E., SPENCER, T., WILENS, T. E., SILVA, J. M., SNYDER, L. E., & FARAONE, S. V. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10- year follow-up. *Psychological Medicine*, vol. 36, n. 2, p. 167-179, 2006.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jul. 1990.
- CABALLO, Vicente E. *Manual de Transtornos da Personalidade – descrição, avaliação e tratamento*. São Paulo: Santos, 2011.
- CHAPMAN, A. L., & CELLUCCI, T. The role of antisocial and borderline personality features in substance dependence among incarcerated females. *Addictive Behaviors*, vol. 32, n.6, p. 1131-1145, 2007.

- COLOM, F.; VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.26, n.3, p. 47-50, 2004.
- CORDEIRO, Daniel Cruz, & DIEHL, Alessandra. Comorbidades psiquiátricas. In: DIEHL, Alessandra; LARANJEIRA, Ronaldo (et al.). *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 106-118.
- COSTA, Janelise Bergamaschi Paziani; VALÉRIO, Néson Iguimar. Transtorno de Personalidade Anti-Social e Transtorno por Uso de Substâncias: caracterização, e desafios ao tratamento. *Temas em Psicologia*, vol. 16, n. 1, p. 119 -132, São Paulo, 2008.
- DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. Abuso de *cannabis* em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualizações para uma antiga evidência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 32, n.1, p. 41-45, mai., 2010.
- DSM-IV-TR™ - American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais*. 4.ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- DSM-V. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ELBREDER. M. F., LARANJEIRA, R., SIQUEIRA, M. M., & BARBOSA, D. A. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 57, n.1, p. 9-15, 2008.
- FREIRE, Suzana Dias. In: OLIVEIRA, Margareth da Silva; ANDRETTA, Illana (orgs). *Manual Prático de terapia Cognitivo-Comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.
- GIL, Antônio Carlos. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- HESS, Adriana Raquel Binsfeld; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de; MORAES, André Luiz. Comorbidades Psiquiátricas em Dependentes Químicos em Abstinência em Ambiente Protegido. *Estudos de Psicologia*, vol. 17, n. 1, p. 171-178, jan./abr. 2012.
- HODGINS, D. C, & PEDEN, N. Tratamento cognitivo e comportamental para transtornos do controle de impulsos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 30, n.1, p.31-40, 2008.
- KESSLER, Élide Ávila. *Tempos Adolescentes: vida e discurso – perspectiva psicanalítica de um trabalho de psicologia na escola*. 2005. 231p. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- KOLLING, Nadia de Moura; PETRY, Milene; MELO, Wilson Vieira. Outras abordagens no tratamento da dependência do crack. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Porto Alegre, vol.7, n. 1, p. 7-14, 2011.
- LARANJEIRA, Ronaldo; Sérgio NICASTRI; Claudio JERÔNIMO; Ana C MARQUES. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu Tratamento. *Revista Brasileira Psiquiatria*, vol. 22, n. 2, São Paulo, 2000.
- MARINHO, Juliana Almeida; SILVA, Isabel Ferreira; (et al.). In: DIEHL, Alessandra; LARANJEIRA, Ronaldo (et al.). *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 301-310.
- MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S. O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 22, n.2, p. 32-36, 2000.
- MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; ARAÚJO, Tela Maria Evangelista de; SOUZA, Cristina Maria Miranda de; MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho e; SILVA, Laianny

- Luize Lima e. Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. *Revista de Enfermagem- UERJ*, Rio de Janeiro, vol.20, n.3, p. 344-348, jul.-set., 2012.
- MOURA, Yone Gonçalves de; SILVA, Eroy Aparecida; NOTO, Ana Regina. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. *Psicologia em Pesquisa*, vol.3, n.1, p. 31-46, jan.-jun., 2009.
- PAIVA, Débora Pereira; ARAÚJO, Livia Ferreira de; PEREIRA, Sabrina Maura; RONZANI, Telmo Mota; LOURENÇO, Lélío Moura. O Estudo da Comorbidade entre Fobia Social e Álcool. *Psicologia em Pesquisa*, vol. 2, n. 1, p. 40-45, 2008.
- PORTUGAL, Flávia Batista; CORRÊA, Anna Paula Machado; SIQUEIRA, Marluce Miguel de. Alcoolismo e Comorbidade em um Programa de Assistência aos Dependentes de Álcool. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, vol. 6, n. 1, 2010.
- RAMOS, Maria Eveline Cascardo; PENSO, Maria Aparecida. Adolescentes e o abuso de álcool e substâncias ilícitas. In: FIGLIE, Neliana Buzi; Payá, Roberta. *Dinâmicas de Grupo*. São Paulo: Roca, 2013, p. 415-473.
- SILVA, Cristiane Ribeiro; KOLLING, Nádia de Moura; CARVALHO, Janaína Castro Núñez; CUNHA, Silvia Mendes da; KRISTENSEN, Christian Haag. Comorbidade Psiquiátrica em Dependentes de Cocaína/Crack e Alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia*, vol. 30, p.101-112, jul./dez. 2009.
- SILVA, Eroy Aparecida; MICHELI, Denise de; CAMARGO, Beatriz Marra Vaz de; BUSCATTI, Delmara; ALENCAR, Marlene Assevêdo Passos de; FORMIGONI, Maria Lucia Souza. Drogas na adolescência: temores e reações dos pais. *Psicologia: Teoria e Prática*, vol.8, n.1, p. 41-54, 2006.
- SILVA, Myltainho Severiano da. *Se liga! O livro das drogas*. 5ª ed. São Paulo: Record, 2003.
- SWENDSEN, Joel; CONWAY, Kevin P.; DEGENHARDT, Louisa; MEYER, Glantz; JIN, Robert; MERIKANGAS, Kathleen R.; SAMPSON, Nancy; KESSLER, Ronald. Mental Disorders as Risk Factors for Substance Use, Abuse and Dependence: Results from the 10-Year Follow-Up of the National Comorbidity Survey. *Addiction Journal*, n. 105, p. 1117-1128, 2010.
- WRIGHT, Jesse H., SUDAK, Donna M., TRUKINGTON, Douglas; THASE, Michael E. *Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- ZANELATTO, Neide A.; LARANJEIRA, Ronaldo (org.). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas*. Porto Alegre: Artmed, 2013.