



Centro de Estudos em Terapia
Cognitivo-Comportamental

**CETCC- CENTRO DE ESTUDOS EM
TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATU SENSU
EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

DENISE RAMOS GARCIA

**PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NA
ADOLESCÊNCIA: UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO COM
TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS**

SÃO PAULO

2016

DENISE RAMOS GARCIA

**PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA:
UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO COM TÉCNICAS
COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS**

**Trabalho de conclusão de curso de Especialização
Área de concentração: Terapia Cognitivo-Comportamental
Orientador: Prof.^a Dra. Renata Trigueirinho Alarcon
Coorientadora: Prof.^a Ms. Eliana Melcher Martins**

**SÃO PAULO
2016**

Garcia, Denise Ramos
Prevenção ao uso de drogas na adolescência: Um programa de prevenção com técnicas cognitivo-comportamentais.

Denise Ramos Garcia, Renata Trigueirinho Alarcon – São Paulo 2016.

29f+CD-ROM

Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Centro de estudos em terapia cognitivo-comportamental (CETCC)

Orientação: Prfª Dra. Renata Trigueirinho Alarcon

1. Prevenção ao uso de drogas na adolescência. 2. Programa de prevenção com técnicas cognitivo- comportamentais. I Denise Ramos Garcia II Renata Trigueirinho Alarcon

DENISE RAMOS GARCIA

PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA:

**UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO COM TÉCNICAS
COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS**

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em
Terapia Comportamental como parte das
Exigências para obtenção do título de Especialista em
Terapia Cognitivo Comportamental

BANCA EXAMINADORA

Parecer: _____

Prof. Título: _____

Parecer: _____

Prof. Título: _____

São Paulo _____ de _____ de 2016

À Giovana Rossi, minha amada adolescente, a quem dedico-me a desenvolver suas habilidades para a vida.

*If your thing is gone, and you wanna ride
on
Cocaine
Don't forget this fact, you can't get it back
Cocaine"
(Eric Clapton)*

*A todos os mestres que me guiaram
nestes dois últimos anos.
Profissionais competentes que
trabalham com amor e respeito a
alma humana.*

*Em especial a Renata T. Alacron
que me orientou com paciência
neste trabalho.*

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo verificar se, dentro de uma revisão bibliográfica das pesquisas sobre a prevenção ao uso de drogas – tanto lícitas quanto ilícitas – na adolescência, há alguma interface com a terapia cognitivo comportamental (TCC). A partir disso, o trabalho propôs um modelo de programa universal baseado em TCC, mas seguindo as orientações da OMS (WHO, 1997), que propõe desenvolver nos adolescentes suas habilidades para a vida. Como base de dados, foram utilizados SciELO, PubMed, LILACS e BDTD. O programa trata de dinâmicas com 11 encontros, em grupos de adolescentes entre 12 e 14 anos, sendo cada encontro de 2 horas. Dois ou mais terapeutas cognitivo-comportamentais coordenarão o programa, propondo assim uma reflexão de como a TCC pode contribuir, com eficácia, na prevenção, e não só no tratamento de problemas mentais, neste caso, a dependência química.

Palavras-chave: Prevenção; Drogas; Adolescência.

ABSTRACT

This study aimed to determine, through a literature review, whether there is an interface between research on the prevention of both licit and illicit drug use among adolescents and cognitive behavioral therapy (CBT). A universal intervention model was then proposed based on CBT principles, but following the WHO (1997) guidelines for developing life skills in youth. The literature search was conducted using SciELO, PubMed, LILACS, and BDTD. The program consists of 11 group meetings lasting 2 hours each with adolescents aged 12 to 14 years. Two or more cognitive behavioral therapists will coordinate the program, thus proposing a reflection on how CBT can effectively contribute not only to the treatment but also to the prevention of mental problems, in this case, substance abuse.

Keywords: Prevention; Drugs; Adolescence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO.....	14
3 METODOLOGIA.....	15
4- RESULTADOS.....	16
4.1 PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS COM BASE NA TCC.....	17
5-DISCUSSÃO	26
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	29
TERMO DE RESPONSABILIDADE AUTORMAL	31

1 INTRODUÇÃO

O significado da palavra prevenção pode ser consultado no dicionário e será encontrada a seguinte definição: "Ato ou efeito de prevenir, aviso prévio, precaução". (FERREIRA, 2010). Desta forma a ideia é agir antes que surja um problema.

A meta da prevenção quanto ao uso de drogas na adolescência é evitar ou diminuir os problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas, como a violência, evasão escolar, sexo sem segurança- causa de gravidez e DSTs-, entre outros, e estimular hábitos mais saudáveis na comunidade (DIEHL et al. 2014).

A adolescência é um período complexo no desenvolvimento humano. As transformações fisiológicas, as crenças de invulnerabilidade, a necessidade de fazer parte de um grupo de pessoas da mesma idade deixam o adolescente mais vulnerável ao uso de substância psicoativa, seja por curiosidade, imposição do grupo, ou mesmo por fuga de uma realidade que promove situações de risco. Por si só a adolescência já é um fator de risco (KESSLER, 2009).

A dependência química é um tema complexo e multifatorial e é importante mencionar que nem todo adolescente que fizer uso na vida de substância psicoativa se tornará dependente. A neurociência demonstra que devido à incompleta maturidade biológico cerebral do adolescente, quanto mais cedo na vida o jovem for exposto ao uso de drogas, maior será a probabilidade de desenvolver dependência (KESSLER 2009). O cérebro humano só atinge a maturidade biológica aos 25 anos sendo que a maturação não se dá da mesma forma em todas as partes do mesmo, sendo o lobo pré-frontal a última parte a atingir a maturidade. (RONZANI, et. al., 2014)

Segundo (SANCHEZ, 2014) a prevenção se dá em três níveis. 1- Primária: visa evitar o primeiro uso. 2- Secundária: mudança de atitude daqueles que já fazem uso. 3- Terciária: quando já existe o uso pesado (redução de danos/intervenções breve). Atualmente, a nomenclatura mais utilizada é uma substituição de primária secundária e terciária por universal, seletiva e indicada.

A prevenção universal atingiria a sociedade em geral. Um bom exemplo seria a proibição de propagandas de cigarro, e os programas de prevenção nas escolas. Na prevenção seletiva o publico alvo é o de maior vulnerabilidade, por exemplo,

adolescentes que vivem em famílias disfuncionais ou com pais que fazem uso de substância. A prevenção indicada é para o público alvo onde já existe problemas quanto ao uso nocivo ou forte comprometimento com fatores de risco. Os programas de prevenção indicados são os mais caros, pois envolvem profissionais mais qualificados em treinamento clínico. Um programa de prevenção na escola para todos os alunos da 8ª série trata-se de um programa de prevenção universal. Outro programa, também na escola, mas voltado para alunos com TDAH, TOD, TC ou alunos muito tímidos, por exemplo, é um programa seletivo, pois estes alunos apresentam maior vulnerabilidade para o consumo. Ou seja, alunos selecionados dentro do universal, mas que ainda não apresentam problemas com o uso. Para alunos que já apresentam problemas em relação ao consumo de substância o programa a ser utilizado é o indicado (SANCHEZ, 2014).

Os estudos mostram que os programas de prevenção devem atuar com maior ênfase nos períodos de transição da vida dos jovens, pois eles se tornam mais vulneráveis a uso nestes períodos. Estes períodos são aqueles de mudança na vida, por exemplo, a transição do fundamental I para o II, do fundamental para o médio e início da universidade. Outros períodos são aqueles que envolvem mudança de escola, de cidade entre outros. Desta forma, a adolescência em si já é um fator de risco. (DHIEL et al 2014)

As pesquisas apontam que a prevenção de maior eficácia é feita em rede envolvendo diversos setores da vida do jovem e sugerem um trabalho em rede. A SENAD – Secretaria Nacional Anti Drogas – oferece várias capacitações na tentativa de fortalecer esta rede. Programas para líderes comunitários, religiosos, profissionais da saúde e do direito (BRASIL, Ministério da Justiça e Cidadania).

Brounstein e Zweig (1999) apresentaram o seguinte gráfico da rede de influência de substâncias psicoativas (figura 1):

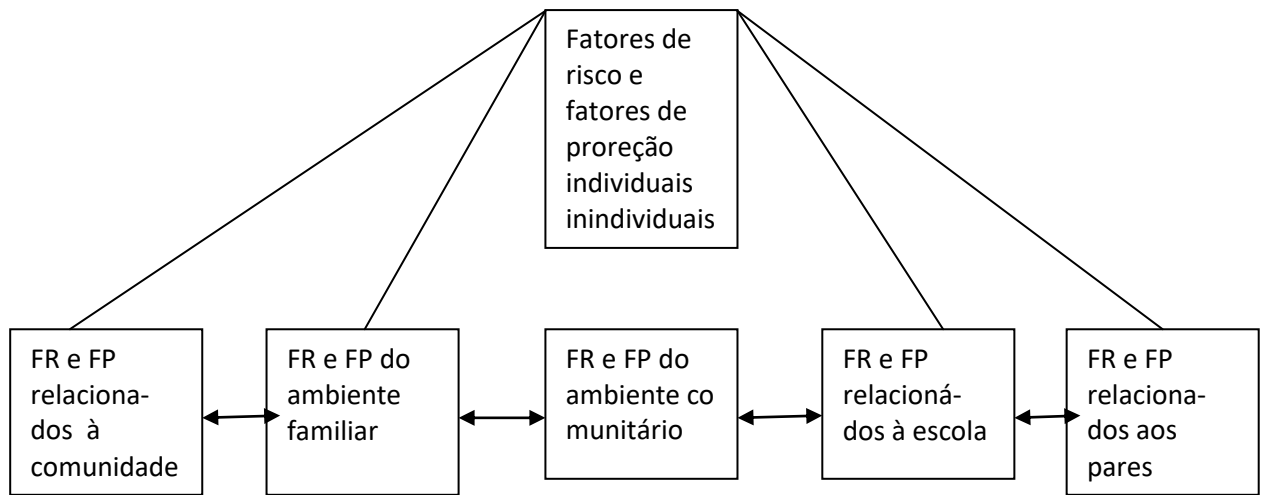


Figura1. Rede de influência de substância psicoativa. (DIHEL, 2014)

Alguns exemplos de fatores de risco (FR) e fatores de proteção (FP) (DIHEL et al. 2014):

INDIVIDUAL:

FR: Falta de habilidades social, falta de autocontrole e assertividade. Baixa autoestima e autoeficácia. Predisposição genética, fracasso ou dificuldade escolar. Transtornos de personalidade.

FP: Boa autoestima, senso de cooperação e flexibilidade. Bom vínculo e comprometimento com a escola e instituições religiosas. Bom humor, autodisciplina entre outros.

FAMILIAR:

FR: Falta de envolvimento dos pais na vida do filho. Família disfuncionais. Expectativas irreais a respeito do desenvolvimento. Falta de supervisão ou disciplina

FP: Ligação positiva entre os membros. Papéis claramente definidos, Ambiente de sustentação emocional. Regras claras quanto ao consumo de substancia e sexualidade.

ESCOLA:

FR: Falta de senso comunitário na escola. Disponibilidade de substancia psicoativa na escola ou arredores. Regras ambíguas. Falta de supervisão e cuidado.

FP; Ambiente que ofereça apoio. Padrões claros e consistentes. Participação, responsabilidade e envolvimento dos jovens nas tarefas e tomadas de decisões.

GRUPOS:

FR: Grupos que valorizem o uso, grupos que rejeitem atividade e ocupações socialmente esperadas. Suscetibilidade a pressão negativa do grupo.

FP: Grupos que estejam envolvidos em atividades organizadas por instituições como escola, igreja, clubes...

COMUNITÁRIO:

FR: Falta de ligação com a comunidade. Normas favoráveis em relação ao uso. Falta de recurso para trabalhos preventivos em relação à própria cultura. Falta de oportunidade para atividades sociais, esportivas e comunitárias.

FP: Ambiente comunitário que ofereça apoio e cuidado. Oportunidade de atuação nas atividades da comunidade.

SOCIEDADE

FR: Discriminação de várias espécies. Falta de leis preventivas quanto ao uso de substâncias psicoativas. Desemprego ou subemprego. Falta de alerta da mídia das vantagens de não usar drogas.

FP: Informações na mídia, baseadas em evidências e não em ideologias. Diminuição do acesso às drogas. Políticas públicas e leis severas associadas ao uso e condução de veículos.

O PHAV- Programa de Habilidade de Vida- vem sendo desenvolvido nas escolas com os adolescentes tendo como foco desenvolver habilidades sociais, habilidades emocionais, pensamento independente, autonomia, responsabilidade, melhora nas condições de relacionamento familiar. São dinâmicas entre os adolescentes, o que torna o processo interativo e mais eficaz (MINTO, et al., 2006)

A prevenção busca reduzir os fatores de risco, que podem ser internos ou externos, e aumentar os fatores de proteção que, da mesma forma, podem ser internos ou externos. Desta forma um adolescente pobre que mora na favela não necessariamente fará uso de drogas, se for desenvolvido nele habilidades para poder se desenvolver saudavelmente apesar disso. O trabalho da prevenção é desenvolver habilidades para que mesmo em situação de risco ele possa desenvolver estratégias emocionais para lidar com a situação de forma mais

saudável e positiva (DIEHL et al., 2014). O último levantamento do CEBRID (2010) constatou que alunos de escolas particulares estão consumindo mais drogas no padrão uso na vida do que alunos de escolas públicas, mas que alunos de escolas públicas apresentam maior índice de uso pesado.

No tratamento da dependência química há estudos comprovando eficácia da TCC (SILVA, BRANCO, MICCIONE, 2015).

A TCC surgiu na década de 60 com as pesquisas de Aaron Beck, então psicanalista, da Universidade da Pensilvânia tentando consolidar a psicanálise como ciência empiricamente validada. Trabalhando com pacientes deprimidos ele identificou pensamentos negativos sobre si mesmo, em relação ao outro ou o mundo e quanto ao futuro. Beck percebeu que muitos destes pensamentos surgiam pelo padrão de funcionamento mental que tinha o paciente. Desta forma uma das citações mais usadas em TCC é a frase de Epicetetos: “O que perturba o ser humano não são os fatos, mas a interpretação que ele faz dos fatos”. Beck abandonou a psicanálise e criou a TCC uma abordagem semiestruturada, focada no momento presente, onde paciente e terapeuta trabalham juntos focados em metas.

A TCC preconiza que os pensamentos são formados pelas crenças centrais, que são crenças mais profundas formadas pelo que é nato do indivíduo e na sua relação com o meio. Pelas crenças intermediárias que são os pressupostos e pelos pensamentos automáticos que são o primeiro pensamento que passa rapidamente pela cabeça. Beck identificou, também, uma série de distorções cognitivas que originariam pensamentos disfuncionais. Estes pensamentos originariam emoções, reapostas fisiológicas e comportamentais. (BECK, 2013).

Em 1993 Beck e colaboradores publicaram *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Eles propuseram um trabalho com foco em reduzir reações emocionais excessivas e comportamentos desadaptativos mudando os pensamentos disfuncionais e crenças centrais e subjacentes ligadas a estes pensamentos. O motivo pelo qual os dependentes usam drogas é físico, mas as razões que os levam a usar drogas são psicológicas (ARAUJO, R 2013). Beck cria o modelo de recaída onde uma situação de risco funciona como gatilho ativador das crenças e pensamentos automáticos a emoção que surgirá é a fissura, ou craving, desejo intenso de usar a droga, que dará origem a crenças permissivas que levará ao uso (BECK, 1993).

2 OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo verificar se dentro de uma revisão bibliográfica das pesquisas sobre a prevenção ao uso de drogas na adolescência há interfaces com a terapia cognitivo comportamental e propõe um modelo de programa universal baseado em TCC.

3 METODOLOGIA

Pesquisa na base eletrônica de dados Sielo, Lilacs, Pubmed e BDTD de dissertações, teses e artigos científicos escritos por profissionais que atuam no Brasil. O interesse foi na realidade Brasileira. Foram incluídos artigos do ano 2000 até 2016 incluindo os de língua inglesa. As palavras chaves utilizadas no idioma português foram prevenção, drogas e adolescentes e em inglês: prevention, drugs, teens.

Em outra busca foi usado promoção à saúde (health promotion) como sinônimo de prevenção. Como o problema da dependência envolve a sociedade como um todo, e o tratamento é multidisciplinar, não foram excluídos artigos de outras áreas além da psicologia.

Foram excluídos artigos onde o foco seja o tratamento da dependência e não a prevenção, artigos anteriores a 2000, artigos onde o problema se dá em outros países que não o Brasil. Também serão excluídos artigos com foco em alguma outra doença associada ao uso de drogas.

4- RESULTADOS

Segundo a UNDOC (2013): “Para cada dólar gasto em prevenção, pelo menos dez podem ser economizados em custos futuros com saúde, programas sociais e crime”.

O problema da dependência é complexo e exige um olhar multidisciplinar. Depois de instalada a dependência o transtorno se cronifica e o craving torna-se o maior desafio da equipe, na prevenção à recaída. (DHIEL et al., 2010) Desta forma, a importância de dos programas preventivos, torna-se fundamental.

Dos artigos encontrados foram selecionados 43 conforme os critérios de inclusão e exclusão mencionados na metodologia. 33,55% dos artigos foram escritos por psicólogos. 6,97% por profissionais das ciências sociais, 6,97% por médicos, 27,90% por enfermeiros, 4,65% por engenheiros de produção, 16,27% por educadores, 2,32 teólogos. Todas as áreas tinham o mesmo objetivo, pesquisar fatores de risco e de proteção, por exemplo, a religião como fator de proteção a dependência não foi pesquisado apenas por teólogos, mas também por psicólogos e enfermeiros de formação.

Não foi achada referência à TCC, mesmo que alguns autores conhecidos como influência na TCC como Knapp, Miller e Cabalo tenham sido encontrados, mas não houve uma citação direta da contribuição da TCC com promoção à saúde.

Em uma revisão da literatura publicada na revista científica intitulado “A Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência química: uma revisão da literatura”, as autoras chegaram à conclusão de que há poucos artigos publicados evidenciado a eficácia da TCC no tratamento da dependência química. Esta pesquisa chegou à mesma conclusão. Desta vez faltam artigos relacionando a TCC com a prevenção a dependência química

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere os programas focados em Habilidades de Vida, que desenvolvem competências psicossociais essenciais para o desenvolvimento humano. Este conjunto de habilidades é: 1-Autoconhecimento, 2-Empatia 3-Comunicação Eficaz, 4-Relacionamentos interpessoais, 5-Tomadas de decisões 6- Resoluções de problemas, 7- Pensamento criativo 8- Pensamento crítico. 9- Lidar com sentimentos e emoções 10-Lidar com o estresse (PAIVA, 2008).

4.1 PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS COM BASE NA TCC

“...ele (o amor) em si mesmo não configura a substância dos relacionamentos, certas qualidades e habilidades pessoais é que são cruciais para mantê-lo e fazê-lo crescer”.

(BECK, A. em Para além do Amor, 1995).

O programa proposto trata-se de um programa universal seguindo as recomendações da OMS e do modelo proposto por (MINTO, et. al. 2006), que trata-se de um programa testado e validado, mas agora usando estratégias cognitivas comportamentais. Trata-se de um programa de 11 encontros aplicado preferencialmente em duplas de profissionais, psicólogos ou estagiários de psicologia. Esse programa é proposto para jovens com idades entre 12 e 14 anos. Para o programa deve-se reunir grupos de até 20 adolescentes. O tempo previsto para cada encontro é de 2 horas, com encontros semanais.

1ª Semana- A primeira competência dos programas de habilidade de vida proposto pela OMS é o autoconhecimento que pode ser entendido como a capacidade de reconhecer em si pensamentos, sentimentos e comportamentos de reconhecer a própria forma de funcionamento. (Paiva 2008). Uma das estratégias usadas em TCC é a psicoeducação (BECK 2013).

Desta forma o primeiro dia do programa propõe uma dinâmica com colagem ou desenhos. Deve ter a disposição dos grupos revistas para recorte, lápis de cor folhas sulfite. Eles deverão representar através do material disponível as seguintes frases: O que me faz feliz, o que me deixa triste, o que me deixa com raiva, e o que me deixa com medo. Depois de terminado o trabalho eles discutirão em duplas e em seguida um apresentará o outro para o grupo. A finalidade é que os adolescentes possam pensar em suas próprias emoções e perceber o quanto ele pode ser parecido ou diferente de outros colegas. Em seguida o aplicador fará a psicoeducação do papel das emoções no nosso desenvolvimento filogenético. Todas as emoções são importantes (Caminha 2011). O objetivo é que eles possam lidar com as emoções incluindo as desagradáveis de forma mais positiva. O debate deverá continuar para que eles possam perceber pontos em comum e diferenças entre eles. Terminar querendo saber um resumo da atividade e o que eles

aprenderam com ela. Estas são mais duas estratégias da TCC, resumo da sessão e feedback.

2ª Semana – A competência trabalhada neste encontro é a empatia, a capacidade de compreender as pessoas, sendo capaz de entender o que a leva a agir de uma determinada maneira. Sem julgamento, mas aceitação, ou seja, a capacidade de se colocar no lugar do outro (PAIVA, 2008).

A dinâmica proposta aqui será um role-play. Dois adolescentes serão treinados para fazer uma representação onde um esbarra no outro, pois estava distraído. O que recebeu o esbarrão fica muito bravo xinga e humilha o adolescente que esbarrou. O que xinga sai da cena e o que fica, fica triste dizendo que nunca faz nada direito. O restante da turma será dividida em grupos de 4 ou 5 e eles deverão discutir os sentimentos pensamentos e comportamentos observados na cena. E propor algumas frases que fariam o que ficou na cena se sentir melhor.

Depois deste tempo a discussão é aberta para o grupo maior onde os terapeutas farão a psicoeducação de o que é empatia

Também serão abordados os erros cognitivos. Mostrando a Frase do aluno: "Eu não faço nada direito". Psicoeduca o modo de como os pensamentos influenciam os sentimentos e comportamentos. O objetivo é entender os dois participantes do role-play. Conduzir a dinâmica até que eles possam chegar a pensar que o agressor pode se arrepender do que fez, que ele pode estar num dia ruim e não julga-lo por um dia apenas. Terminar com o resumo da dinâmica e feedback.

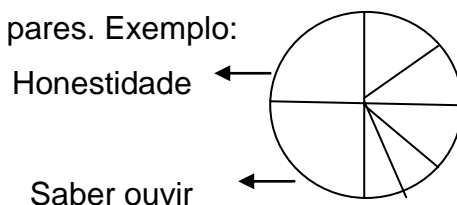
3ª Semana – Nesta semana o trabalho será a comunicação eficaz, ou seja, a capacidade de se comunicar verbalmente ou não, de forma assertiva. O treino de assertividade também é uma estratégia usada na TCC. A dinâmica proposta é em grupos de quatro ou cinco e eles terão 10 minutos para discutir o e preencher um formulário de duas colunas onde consta: Fatores que facilitam uma boa comunicação e do outro lado fatores que dificultam uma boa comunicação. Em seguida abrir para o grupo todo. Importante eles perceberem que tanto fatores internos como timidez, falta de atenção, emoção como raiva entre outros podem

dificultar e que fatores comportamentais como não parar no lugar, não olhar para a pessoa que se está falando também dificulta a comunicação eficaz.

No final pode ser feito outro trabalho em grupos de três. Um fica de frente para outros dois. Este que está sozinho tem um desenho complexo formado por formas geométricas. Os outros dois não podem ver o desenho e o que está com o desenho não pode ver o que os dois estão desenhando. O que está com o desenho vai dando instruções para os outros dois reproduzirem o mesmo desenho. É colocado um anteparo ente eles. O objetivo é que a comunicação seja tão eficaz que o desenho chegue o mais próximo possível do original.

Terminar com resumo e feedback.

4ª Semana – Relacionamento interpessoal é a capacidade de iniciar, manter e terminar relacionamentos de forma saudável (PAIVA, 2008). Nesta etapa o programa propõe que seja retomado brevemente o que já foi trabalhado. É uma das estratégias da TCC a ponte com a sessão anterior (BECK, 2013), pois o trabalho visa um processo de mudança para uma vida mais saudável. O programa propõe que os participantes representem na técnica da torta (BECK, 2013) quais são os valores que eles consideram importantes nos relacionamentos. Como eles selecionam os pares. Exemplo:



Cada fatia da torta recebe um valor diferente.

Primeiro individual depois no grupo aberto. Em seguida em grupos de 4 ou 5 e incluir a pergunta você tem alguém no seu círculo de amizade que não preenche os critérios de valores da sua torta. Nesta competência o terapeuta usará muito o debate socrático, para que os próprios adolescentes cheguem a suas conclusões O importante aqui é que o adolescente possa perceber o que é importante para ele, quais são seus verdadeiros valores independente do que está na moda ou outros grupos. Passar o filme: <http://historiascomvalor.com/6-homens-conversam-no-escuro-o-que-acontece-quando-ligam-as-luzes-surpreendente/>

Terminar com resumo e feedback.

5ª Semana- Trabalhar a competência tomada de decisão; que é a capacidade de avaliar os riscos e benefício de uma determinada situação (PAIVA 2008). Iniciar com psicoeducação neuropsicológica de como a droga age no cérebro no sistema de recompensa. Dizendo que é verdade que a droga dá prazer, mas que os riscos em um cérebro em desenvolvimento pode ter sérias consequências (HOUZEL, 2012). Mostrar os efeitos de cada droga no sistema nervoso central e em seguida propor uma dinâmica.

A dinâmica proposta é a análise de custo benefício (LEAHY, 2006). O álcool será a droga em questão, porque beber e porque não beber. É importante que eles discutam em pequenos grupos antes de procurar o que cada grupo colocou em comum. A meta é que eles encontrem mais custos do que benefícios.

Pedir resumo e terminar com feedback

6ª Semana - Resolução de problemas –Capacidade de lidar com conflitos e tensões de forma positiva. Permite lidar de forma construtiva com os problemas que invariavelmente surgirão (PAIVA, 2008).

A dinâmica será a construção de um diagrama de cinco partes onde a situação será: O adolescente está em um grupo de alunos populares da escola, ele gostaria muito de ser popular e pertencer a este grupo, mas eles estão fumando maconha. Eles oferecem e insistem para ele consumir. Com todas as competências trabalhadas até agora, que pensamentos ele acredita que passarão pela sua cabeça? Quais as sensações físicas que ele pode estar sentindo e qual será seu comportamento. Como ele responderá ao grupo. Os terapeutas continuam usando o debate socrático e pesquisar o máximo de pensamentos automáticos possíveis.

O importante é o adolescente perceber como ele lida com a tensão identificar os pensamentos e como seu corpo reage e poder tomar uma decisão assertiva. Em seguida fazer um role-play em duplas de como responder assertivamente ao grupo. As diferenças devem ser respeitadas inclusive a opção de fumar ou não maconha.

7ª- Semana - Pensamento criativo - Capacidade de explorar alternativas possíveis. Esta habilidade visa maior flexibilidade com situações diárias (MINTO et al., 2006). A técnica proposta aqui é um formulário de duas colunas onde eles farão

uma lista de fatores de risco que eles observam na sua comunidade. Por exemplo, pais usuários de álcool, muitos bares na região onde moram, falta de quadras esportivas etc. Depois, na segunda coluna, para cada fato e de risco encontrar uma alternativa para lidar com a situação. Novamente aqui primeiro em grupos de 4 ou 5 por 15 minutos depois no grupo maior. Enquanto eles estiverem em grupos, os terapeutas passam entre os grupos tirando dúvidas ou fazendo descoberta guiada (WRIGHT, BASCO, THASE, 2006) sempre na intenção de que eles consigam chegar a soluções realistas e eficazes. Por exemplo, se não há quadras esportivas no bairro eles podem criar um grupo de moradores para participar dos conselhos municipais e solicitar que algo seja feito. O engajamento do adolescente com a comunidade é um fator de proteção (DIHEL, et al. 2014).

8ª Semana - Pensamento crítico - Habilidade de refletir e analisar situações da vida pessoal e social, facilitando com que seja possível identificar os fatores internos e externos que influenciam atitudes e comportamentos. O pensamento crítico faz uma análise cuidadosa da situação baseada em evidências (PAIVA 2008). O programa aqui propõe o formulário identificação dos pontos de tensão (Leahy 2006). O terapeuta passa o clipe original da música “O homem que não tinha nada”, do happer, cantor e compositor, Projota e participação de Negra Li .

O homem que não tinha nada, acordou bem cedo
 Com a luz do sol já que não tem despertador
 Ele não tinha nada, então também não tinha medo
 E foi pra luta como faz um bom trabalhador
 O homem que não tinha nada, enfrenta o trem lotado
 A sete horas da manhã com sorriso no rosto
 Se despediu de sua mulher com um beijo molhado
 Pra provar do seu amor e pra marcar seu posto
 O homem que não tinha nada, tinha de tudo
 Artrose, artrite, diabetes e o que mais tiver
 Mas tinha dentro da sua alma muito conteúdo
 E mesmo sem ter quase nada ele ainda tinha fé
 O homem que não tinha nada, tinha um trabalho
 Com um esfregão limpando aquele chão sem fim
 Mesmo que alguém sujasse de propósito o assoalho
 Ele sorria alegremente, e dizia assim

Refrão

O ser humano é falho, hoje mesmo eu falhei
 Ninguém nasce sabendo, então me deixe tentar (me deixe tentar)

O ser humano é falho, hoje mesmo eu falhei
Ninguém nasce sabendo (ninguém), então me deixe tentar

O homem que não tinha nada, tinha Marizete
Maria Flor, Marina, Mario que era o seu menor
Um tinha nove, uma doze, outra dezessete
A de quarenta sempre foi o seu amor maior
O homem que não tinha nada, tinha um problema
Um dia antes mesmo foi cortado a sua luz
Subiu no poste, experiente, fez o seu esquema
Mais à noite reforçou o pedido pra Jesus
O homem que não tinha nada, seguiu a sua trilha
Mesmo caminho, mesmo horário, mas foi diferente
Ligou pra casa pra dizer que amava sua família
Acho que ali já pressentia o que vinha na frente
O homem que não tinha nada
Encontrou outro homem que não tinha nada
Mas esse tinha uma faca
Queria o pouco que ele tinha, ou seja nada
Na paranoia, noia que não ganha te ataca
O homem que não tinha nada, agora já não tinha vida
Deixou pra trás três filhos e sua mulher
O povo queimou pneu, fechou a avenida
E escreveu no asfalto “saudade do Josué”

Refrão

O ser humano é falho, hoje mesmo eu falhei
Ninguém nasce sabendo, então me deixe tentar (me deixe tentar)
O ser humano é falho, hoje mesmo eu falhei
Ninguém nasce sabendo (ninguém), então me deixe tentar
Então me deixe tentar
Então me deixe tentar
Então me deixe tentar .

Num primeiro momento todos juntos listam os valores do homem que não tinha nada em seguida o terapeuta pede que eles descrevam a historia no formulário, mas em diferentes relações da vida do homem. Sua relação com o trabalho, com Deus, com a esposa, com os filhos e com ele mesmo. Esse formulário é composto de três colunas onde na primeira o enunciado é: Descreva a história ou imagine-a com o máximo de detalhes que puder. 2ª coluna: Que parte específica da história são mais incomoda incômodas? Estas correspondem ao ponto de tensão? 3ª coluna Que sentimentos e pensamentos você tem diante desses pontos de tensão.

Primeiro eles trabalham em pequenos grupos e depois debatem no grupo maior. As metas dos terapeutas é que eles possam perceber que o homem que não tinha nada estava de bem com a vida que lhe foi tirada, embora lhe faltasse dinheiro. Ele não precisava de drogas, pois construiu uma família amorosa e tinha fé, dois fatores de proteção na prevenção ao uso de drogas (DIHEL, et al. 2014). Em seguida é proposto um trabalho individual para que cada um escreva quais são seus projetos para o futuro, o que ele pode fazer para atingir as metas e se o estilo de vida que está levando está de acordo para atingir estas metas, ou se algo tem que ser mudado. Só quem quiser compartilhará o que escreveu para o grupo. O objetivo é que eles pensem o futuro de forma mais positiva, objetiva e eficaz.

9ª Semana- Lidar com sentimentos e emoções- Esta habilidade auxilia no reconhecimento das próprias emoções e as dos outros procurando a melhor maneira de lidar com elas, e de expressá-las (PAIVA, 2008).

Neste ponto percebe-se que o programa trata-se de um processo contínuo, iniciando com uma ponte com os itens já trabalhados. A finalidade é mostrar como uma crença a respeito de si mesmo ou do outro pode gerar pensamentos diferentes e conseqüentemente comportamentos diferentes. Já trabalhamos uma série de habilidades, entre elas a empatia. Coloca-se duas imagens. A primeira é a adolescente anoréxica na frente do espelho se enxergando gorda e a segunda o gato em frente ao espelho se enxergando um leão. Eles deverão identificar as crenças e os pensamentos de cada um e fazer uma lista de pensamentos automáticos seguindo algumas situações dadas.

Situações: Comprar roupas no shopping, apresentar um trabalho na sala de aula, receber uma crítica de alguém importante, alguém demonstrar interesse.

No final deverão ser capazes de perceber se as crenças podem não corresponder a realidade e o quanto elas influenciam nos pensamentos e comportamentos dos jovens,

10ª Semana - Capacidade de lidar com o estresse- é a habilidade de reconhecer pontos de tensão e avaliar a melhor forma de lidar. A finalidade é que o adolescente possa ter a habilidade de que, se perceber que se ainda não possui

recursos internos para poder lidar com estes pontos de tensão, ele pode pedir ajuda a um familiar, amigos, professore ou ainda um psicólogo (PAIVA, 2008).

Nesta etapa o programa propõe que sejam distribuídas cartolinas para os pequenos grupos onde eles deverão: 1- listar o que eles acham que é estresse e como eles sentem o estresse no corpo. 2- Se eles acham que é produtivo agir em estado de estresse e 3- O que eles acham que podem fazer para controlar o estresse.

Abrir para o grupo maior para discussão, mostrando o que está certo e errado a respeito do assunto. Em seguida fazer psicoeducação e apresentar o quadro adaptado por Neves Neto em 2010 (quadro 1).

Quadro 1. RESUMO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES PSICOFISIOLOGICAS DECORRENTES DO ESTRESSE E DO RELAXAMENTO

FUNÇÕES	ESTRESSE		RELAXAMENTO
Metabolismo	Aumento		Diminuição
Frequência Cardíaca	Aumento		Diminuição
Pressão Arterial	Aumento		Diminuição
Frequência respiratória	Aumento		Diminuição
Tônus muscular	Aumento		Diminuição
Atenção	Aumento (agudo)	Diminuição (crônico)	Diminuição
Memória	Aumento (agudo)	Diminuição (crônico)	Aumento
Flexibilidade cognitiva	Diminuição		Aumento

Adaptado por Neves Neto (2010)

A meta dos terapeutas é que eles possam dizer que sobre estresse não pensam com clareza, que podem agir sem pensar o que poderá trazer arrependimentos ou culpas. O estresse poderá também trazer doenças físicas. Já que tem causas “psiconeuroendocrinoimunológicas” (NETO 2011).

Em seguida o terapeuta ensina a respiração diafragmática e relaxamento progressivo. Pede que eles fiquem em silencio e foquem na respiração. Tentar com que eles consigam ficar pelo menos 5 minutos em silencio respirando

profundamente enchendo a região do diafragma de ar e expirando lentamente. Com a atenção focada na respiração. Estas técnicas são bastante usadas na prevenção à recaída, mas pode funcionar na prevenção ao uso (BOWEN; CHAWLA; MARLATT, 2015)

11ª Semana – Esta ultima semana não haverá dinâmicas, será um fechamento onde deverá ser discutido o que eles mais gostaram, o que eles aprenderam, o que ficou faltando ser abordado. A intenção é que eles possam fazer sozinhos todos os questionamentos que o terapeuta faria em situações de crise. Que o adolescente tenha adquirido a capacidade de autogestão pessoal. Um dos propósitos da TCC é que o paciente se torne seu próprio terapeuta (WRGHT, BASCO, THASE, 2008).

Durante todo o processo os terapeutas estão atentos para identificar possíveis adolescentes que possam precisar participar de um programa seletivo ou indicado.

5-DISCUSSÃO

No Brasil, o álcool está associado a acontecimentos festivos como jogos de futebol, férias, fim de semanas, e mulheres bonitas. A maioria das praias têm suas barracas de venda de álcool. Este é um aspecto comportamental, o jovem aprende a beber por modelagem. O beber com moderação é dito muito rapidamente nos comerciais de TV. Se houver uma comparação com os comerciais de cigarro na década de 80, onde o fumar também estava associado com o prazer ou sucesso na vida seria um ponto de partida. As campanhas antitabagismo e as políticas públicas de proibir o consumo de cigarro em locais como bares, restaurantes, aviões fez com que o número de fumantes reduzisse, conseqüentemente as mortes de fumantes passivos também reduziram. O fumante deixou de ser associado a sucesso, mas com alguém que pode por sua saúde em risco. Ainda há poucas campanhas quanto aos perigos do álcool. A maioria esta ligada ao se beber não dirija, mas não sobre outros malefícios do álcool.

O problema das drogas envolve a família, a escola, a comunidade e a sociedade. No princípio a função de um profissional da saúde mental era o manejo de uma patologia que chegava já instalada ao consultório ou redes públicas de saúde.

De acordo com as pesquisas disponíveis no século XXI, hoje é possível fazer intervenções preventivas para lidar com alguns transtornos, entre eles o transtorno por abuso de substância. Mas, como os psicólogos brasileiros, mais especificamente, os psicólogos cognitivos comportamentais estão contribuindo para estas intervenções? Nos cursos de terapia cognitivo comportamental são enfocados o papel do profissional nas campanhas preventivas?

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou analisar os trabalhos no campo da prevenção ao uso de drogas em adolescentes. Analisar que fatores que podem levar o jovem ao consumo de substancias e quais fatores o manteriam longe das drogas. Entre as diversas áreas pesquisadas, qual o papel do terapeuta cognitivo comportamental, de que maneira este profissional pode contribuir. A proposta de um programa universal baseado em TCC, trata-se de uma reflexão do

que a terapia cognitiva dispõe como técnicas e estratégias para os programas preventivos.

O programa proposto teve como referencial outro programa elaborado por pesquisadores da USP de Ribeirão Preto, uma vez que se trata de um programa já testado e aprovado, mas aqui com enfoque cognitivo-comportamental.

O programa segue o padrão dos pesquisadores da USP no que se refere ao enfoque de desenvolver as habilidades para a vida, todas as dinâmicas foram mudadas e devem ser aplicadas por terapeutas cognitivos, no mínimo dois. As dinâmicas deste programa seguem técnicas já estudadas e validadas por diferentes profissionais da abordagem cognitivo-comportamental, no tratamento de diversos transtornos, mas aqui se trata de um enfoque de prevenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa proposto trata-se um trabalho de reflexão de como o profissional de TCC pode contribuir no campo da prevenção. Como os estudos de terapia cognitiva pode contribuir para um mundo com menos dependentes químicos, e consequentemente com menos violência e tráfico.

Como mencionado anteriormente o papel do psicólogo seria mais um na cadeia multidisciplinar, mas poderia ser o agente agregador.

Esta pesquisa mostrou que a terapia cognitiva ainda tem um longo caminho pela frente, nos estudos e colaboração nas áreas preventivas. Se for incluído nas palavras chaves tratamento em lugar de prevenção, o resultado será um número muito maior de artigos.

O objetivo da pesquisa foi alcançado na medida em que foi possível elaborar um programa baseado em terapia cognitiva, demonstrando assim como esta abordagem pode contribuir e muito com a ciência da prevenção.

Sugerem-se pesquisas na área de prevenção à dependência química para que se possa avaliar a eficácia da TCC nessa área. A avaliação em campo do protocolo proposto nessa monografia pode ser um primeiro passo para nova pesquisa no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ARAUJO, R.B. et al. **Guia de terapias cognitivo comportamentais para os transtornos do exagero: tratando pacientes da vida real** – Novo Hamburgo: Sinopys, 2013. 320p.
- BECK, A. et al. **Cognitive Therapy of Substance Abuse**. New York, 1993. 355p.
- _____, J. **Terapia Cognitivo Comportamental**.. Porto Alegre: Artmed, 2013. 414p.
- BOWEN, S.; CHAWLA, N.; MARLATT, G.A.; **Prevenção de recaída baseada em mindfulness para comportamentos aditivos: um guia para o clínico**; Tradução Debora Isidoro - Rio de Janeiro; Editora Cognitiva, 2015. 211p
- BRASIL, Ministério da Justiça e cidadania ;Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/programa-crack-1/prevencao>>.. Acesso em: 14 mar. 2016
- CAMINHA, R. **Baralho das emoções: Acessando a criança no trabalho clínico**; Porto Alegre: Sinopsys, 2011. 48p.
- DIEHL, Al. et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 528p
- _____, A. et al. **Prevenção ao uso de álcool e drogas: o que cada um de nós pode e deve saber?** Porto Alegre: Artmed, 2014. 372p
- FERREIRA, A.B.H., **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Brasil: Editora Positivo, 2010. 2272p
- MINTO, E.C, et al. **.Ensino de habilidades de vida na escola: Uma experiência com adolescentes**. Revista Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 3, p. 561-568, set./dez. 2006.
- HOUZEL, SH. **Sexo, drogas, rock’n’roll... & chocolate: O cérebro e os prazeres da vida cotidiana**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent. 2012.
- LEAHY, R.L. **Técnicas da terapia cognitiva: Manual do terapeuta**. Tradução Maria Adriano Veríssimo Veronese, Luiza Araujo – Porto Alegre: Artmed 2006. 360p.
- NEVES NETO, A.R. **Técnicas de respiração para redução do estresse em terapia cognitivo comportamental**. Arq. Med.Hospital da Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo. 2011.
- KESSLER, F. **Do "acaso" do uso de drogas ao "descaso" dos comportamentos de risco**.. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 31, n. 3, p. 135–137, 2009.

SANCHEZ, Z.M **Razões para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco.** Ver. Saúde Pública. São Paulo 2005; 39(4):599-605

_____, Z.M **As praticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas:** A experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas. São Paulo, UNIFESP. Tese Doutorado em Ciências. 2006

_____, ZM. **Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas.** In Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 6. ed. – Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. 312 p. Disponível em: <<http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/2014/10/livro-texto.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2016.

RONZANI, T.M; et al.: **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar.** Editora UFJF. Juiz de Fora, 2014. 160p. Disponível em: <https://www.copolad.eu/c/document_library/get_file?uuid=9d99a8aa-6acb-4f7b-934c-710af87d22a3&groupId=10157>

SILVA, L; BRANCO, M; MICCIONE, M; **A eficácia da terapia cognitivo comportamental no tratamento da dependência química: Uma revisão da literatura.** Revista Estação científica – Juiz de Fora, nº 13 janeiro-julho 2015.

UNDOC, Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime; Diretrizes internacionais sobre a prevenção ao uso de drogas. 2013. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf> Acessado em 03 set. 2016

WRIGTH, J.H; BASCO, M.; THASE, M. E, **Aprendendo a Terapia Cognitivo Comportamental:** Um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TERMO DE RESPONSABILIDADE AUTORAL

Eu **DENISE RAMOS GARCIA**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título "**PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NA ADOLESCENCIA: UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO COM TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS**", isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, _____ de _____ de _____