

HOSPITAL BRUNO BORN
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

KELY CAVASSOLA

**O USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA: aspectos
biopsicossociais**

Lajeado

2019

KELY CAVASSOLA

**O USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA: aspectos
biopsicossociais**

Trabalho de conclusão de residência apresentado
como requisito para conclusão do Programa de
Residência Médica em Psiquiatria do Hospital
Bruno Born.

Orientador: Dr Bruno Lo lacono Borba

Lajeado

2019

AGRADECIMENTOS

“A gratidão é a memória do coração” Antístenes.

Gratidão aos meus pais que sempre me apoiaram para que esse sonho pudesse se tornar realidade.

À minha irmã, meu presente da vida.

Ao meu namorado, companheiro no amor, na vida e nos sonhos, que sempre me ajudou nas horas difíceis e compartilhou comigo as alegrias.

“Só se abandona uma dependência por outra paixão”. Griffith Edwards

RESUMO

Introdução: A adolescência torna-se um período de vulnerabilidade para uso de drogas diante da busca de uma identidade, tendência grupal e fatores biológicos como a maturação da atividade cognitiva e comportamental apenas

no início da vida adulta. (ROTTA; OHLWILER, RIESGO, 2016). A deslocação temporal é outra característica da faixa etária, e a droga, por meio do sistema de recompensa do neurotransmissor dopamina, pode proporcionar esse resultado imediato. Relatos apresentados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em 2004 mostram que drogas legais como álcool e tabaco, seu primeiro uso aconteceu por volta dos 12 anos de idade e drogas ilícitas como maconha e cocaína apareceram com 13.9 anos e 14.4 anos, respectivamente. Além disso, no que se refere às crianças em situação de rua, são observados consumos muito elevados, cerca de 88 % relataram ter usado alguma droga no mês, sendo 72,6% com uma frequência diária. (DIEHL et al, 2011). **Objetivo:** Identificar os principais aspectos biopsicossociais levantados em publicações científicas relacionadas ao tema, reconhecer os principais fatores de risco, estilo parental, psicofarmacologia da dependência química, bem como identificar estratégias de prevenção para o uso de drogas na adolescência. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica qualitativa, descritiva de caráter exploratório. **Conclusão:** Os achados desse trabalho mostram a pluralidade de fatores que antecedem a tomada de decisão que é o uso de substância psicoativa na adolescência e a necessidade de estratégias multidisciplinares de longo prazo.

Palavras-chave: Adolescente. Dependência química. Fatores de risco

ABSTRACT

Introduction: Adolescence becomes a period of vulnerability factor for the drug use in the searches for a identity, group tendency and biological factors as a cognitive and behavioral activity only in early adult life. (ROTTA, OHLWILER, RISK, 2016). Temporal displacement is another characteristic of the age group, and the drug, via the neurotransmitter dopamine reward system, can provide this immediate result. Reports presented by the Brazilian Center for Information

on Psychotropic Drugs (CEBRID) in 2004 show that legal drugs such as alcohol and tobacco, their first use happened around age 12 and illicit drugs such as marijuana and cocaine appeared at 13.9 years and 14.4 years, respectively. In addition, with regard to street children, very high consumption is observed, about 88% reported having used some drugs in the month, being 72.6% with a daily frequency. (DIEHL et al, 2011). **Objective:** To identify the main biopsychosocial aspects raised in scientific publications related to the topic, to recognize the main risk factors, parental style, psychopharmacology of chemical dependence, as well as to identify prevention strategies for drug use in adolescence. **Methodology:** This is a qualitative bibliography, descriptive of an exploratory nature. **Conclusion:** The findings of this study show the plurality of factors that precede the decision making that is the use of psychoactive substance in adolescence and the necessity of long term multidisciplinary strategies.

Keywords: Adolescent. Chemical dependency. Risk factors

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVO GERAL	8
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3	REFERENCIAL TEÓRICO	9
3.1	A ADOLESCÊNCIA E O USO DE DROGAS.....	9
3.2	EPIDEMIOLOGIA.....	11
3.3	PSICOFARMACOLOGIA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	12
3.4	FATORES DE RISCO.....	14
3.5	ESTILO PARENTAL ENVOLVIDO.....	16
3.6	COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS ASSOCIADAS.....	21

3.7	FATORES DE PROTEÇÃO.....	22
3.8	TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA.....	25
3.8.1	Triagem	26
3.8.2	Teste para drogas de abuso	28
4	METODOLOGIA	31
5	DISCUSSÃO	31
6	CONCLUSÃO	34
7	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicotrópicas está entre os problemas de saúde pública mais importante do Brasil. O fácil acesso entre indivíduos adolescentes, associado a fatores de riscos pessoais e ambientais estabelece uma situação propícia ao seu uso.

A adolescência é caracterizada por comportamentos complexos nos quais impulsos no desenvolvimento associado a esforços do indivíduo em alcançar os objetivos e às expectativas das quais a sociedade impõe, aprofundam a condição de vulnerabilidade e aumentam o risco de início precoce do uso de substâncias psicoativas. (EISENSTEIN, 2005).

O uso de álcool e outras drogas estão presente nas mais diversas sociedades desde os tempos mais remotos, contudo esse consumo é intenso e endêmico entre os adolescentes e cada vez mais autores têm focado suas atenções para esse público específico. Transformações físicas, psíquicas e conflitos com o meio familiar e social, acabam por aprofundar a instabilidade inerente a essa população e os torna público alvo de maior atenção. (SEIBEL, 2001 apud CANAVEZ 2010).

O consumo de tabaco por adolescentes escolarizados duplicou nos últimos quinze anos, o uso de maconha quadruplicou e o uso de cocaína multiplicou-se por dez, em Porto Alegre, segundo Kessler e colaboradores (2003), além disso, o primeiro levantamento domiciliar sobre uso de drogas realizado no Brasil aponta os maiores índices de dependência de tabaco e maconha para a região sul do Brasil. Diante disso o uso de substâncias psicoativas assumiu extensões preocupantes no debate público, sobretudo pela relação direta com os ataques a ordem pública e a criminalidade.

Este estudo consiste numa revisão de literatura acerca do crescente e, cada vez mais precoce, consumo de drogas lícitas e ilícitas por adolescentes bem como os aspectos biopsicossociais envolvidos. A identificação precoce dos fatores de risco, comorbidades psiquiátricas e manifestações clínicas de uso ou abuso de substâncias devem ser enfatizadas e nunca negligenciadas, visto que, podem ser indícios de adolescência patológica e/ou de um comportamento perigoso.

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar os aspectos biopsicossociais envolvidos no uso de drogas por adolescentes

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer os fatores de riscos associados com o uso de drogas na adolescência
- Caracterizar o estilo parenteral envolvido
- Entender a psicofarmacologia envolvida na dependência química
- Identificar estratégias de prevenção

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 A ADOLESCÊNCIA E O USO DE DROGAS

A experimentação da droga na adolescência pode estar relacionada a fatores internos e externos comuns a essa fase, por isso um conhecimento sobre as substâncias focadas apenas no mecanismo de ação, sintomas de abstinência ou intoxicação, sem uma maior compreensão de sua complexidade e implicações sociais e econômicas pode promover uma distorção da realidade. (FARIA FILHO, 2015)

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta e se molda como período crucial no que tange ao uso de drogas. Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos, nas quais hábitos e comportamentos se encontram em transformação. Os primeiros contatos com drogas de uso lícito como álcool e tabaco bem como as de uso ilícito como maconha, cocaína, crack, entre outras ocorrem, geralmente, durante esse período, no qual as estruturas cerebrais responsáveis pela percepção temporal e pelo controle de impulsos estão ainda em amadurecimento. A ativação do sistema de recompensa proporcionando uma satisfação imediata pelo uso de substâncias psicoativas, acrescentado ao comportamento impulsivo e do imediatismo muitas vezes presentes nos jovens dessa faixa etária, tornam esse período vulnerável a dependência química. (BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015).

A mielinização - etapa que marca o estágio final da maturação embriológica e ontogenética do sistema nervoso- do lobo frontal só completa sua maturação aos 21 anos de idade. Haja vista a dominância hemisférica em funções complexas, o lobo frontal é responsável por funções tais como controle do humor, dos impulsos e o gerenciamento de todas as situações que envolvam a pessoa e o ambiente. Apesar da maturação da atividade motora do lobo frontal se completar por volta dos 5 aos 7 anos de idade, a parte cognitiva e comportamental acontece apenas aos 21 anos. (ROTTA; OHLWILER,

RIESGO, 2016). Dessa forma, a neurobiologia do adolescente se torna um meio facilitador de condutas de risco.

Beber em binge costuma ser um padrão típico de adolescentes e adultos jovens. Na literatura científica significa ingerir quatro doses para mulheres e cinco doses para homens em uma só ocasião. (DIEHL, 2009). Uma pesquisa realizada no Brasil mostrou que 40% dos jovens entre 18 e 24 anos beberam em binge, pelo menos uma vez no último ano (LARANJEIRA et al, 2010). Outro estudo, agora em estudantes adolescentes brasileiros do ensino médio, aferiu um quadro preocupante, pois 35 % relataram terem bebido em binge no mês anterior à pesquisa realizada (SANCHEZ et al, 2011).

O fenômeno de *bingedrinking* internacionalmente conhecido vem recebendo atenção por meio de campanhas que alertam os perigos dessa prática. (DIEHL, 2009). No Brasil foi observado em um estudo o aumento no uso de drogas ilícitas cerca de 3 vezes entre os homens que beberam em binge, depois de sair da boate. Além disso, aumenta, na população feminina, em média 6 vezes o risco de um novo episódio de uso de álcool. (SANCHEZ, RIBEIRO E WAGNER, 2015).

Os perigos relacionados a esse tipo de consumo, já estão sendo divulgados em meios de comunicação. Na Inglaterra há o alerta sobre homicídios, assalto, violência doméstica, agressões físicas e violência sexual. (DIEHL, 2009). Além disso, adolescentes que bebem estão mais propensos a se envolver em luta física, sendo feridos e ferindo outros (SWAHN et al, 2004).

Sanchez e colaboradores (2015) citam comportamentos de risco prevalentes entre os jovens brasileiros: beber e dirigir, uso de drogas ilícitas e comportamento sexual de risco.

A dependência química deve ser considerada uma doença crônica e complexa, na qual necessita de estratégias de atenção multidisciplinar e de longa duração a fim de obter prognóstico satisfatório. Uma vez que se entende a gravidade do abuso de SPA, bem como a fragilidade dos adolescentes diante desse contexto, fazem-se necessários a compreensão dos fatores envolvidos no uso dessas substâncias pelos jovens, de modo a contribuir para a adequação dos sistemas de prevenção dessa população e a consequente redução da situação de risco em que se encontram. (BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015).

4.2 EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia é definida como “o estudo da frequência, da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em específicas populações e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde” (CARVALHO 2017 apud LAST, 1998). Diante disso, nota-se a sua importância para a compreensão do processo saúde/doença em estratégias de promoção de saúde, sendo fundamental para a formulação de políticas públicas.

O primeiro levantamento sobre o uso de drogas na adolescência foi realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). A primeira pesquisa aconteceu no ano de 1987, contudo, apenas a de 2004 envolveu todas as capitais brasileiras.

Foi observado, com relação à idade do primeiro uso, que drogas legais como álcool e tabaco aconteceram por volta dos 12 anos, maconha apareceu com média de 13,9 anos e a cocaína aos 14,4 anos. No que se refere às crianças em situação de rua, são observados consumo muito elevados; 88,6% que afirmaram não morar com sua família relataram ter usado alguma droga no mês que antecedeu a pesquisa, sendo 72,6% com uma frequência diária. Entre as drogas mais utilizadas, destacam-se os solventes (sobretudo cola e loló) e a maconha. (DIEHL et al, 2011).

Do mesmo modo, o primeiro levantamento domiciliar, sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, que aconteceu em 1999, exhibe uma prevalência de dependência de álcool, em adolescentes de 12 a 17 anos, de 5.2%. Essa mesma pesquisa aponta os maiores índices de dependência de tabaco e maconha, assim como o uso na vida de maconha e cocaína, para a região sul do Brasil. (KESSLER, 2003).

4.3 PSICOFARMACOLOGIA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O circuito de recompensa tem por objetivo manter a sobrevivência da espécie, na qual produz uma sensação de bem-estar aumentando o desejo de repetir as sensações. O cérebro do dependente químico passa a funcionar como se a droga fosse biologicamente necessária. (DIEHL et al, 2011).

A exposição inicial causa uma sensação de recompensa, na qual o cérebro se adapta e antecipa a recompensa na próxima exposição. É uma transição de um comportamento impulsivo para um compulsivo. Para os indivíduos com uma genética favorável ou o uso excessivo causa alterações neurobiológicas que ocasionam fissura, tolerância e síndrome de abstinência após a interrupção do consumo. O risco de dependência é multifatorial, incluindo fatores genéticos, ambientais e características da droga. São exemplos de fatores de risco: exposição pré-natal, uso precoce, privação social precoce, estresse psicológico e doença mental. O risco de iniciar o uso está mais ligado a fatores psicossociais e a progressão da dependência a fatores neurobiológicos (STHAL, 2016).

A via mesolímbica é uma das vias ativadas no sistema de recompensa. As substâncias psicoativas liberam uma quantidade rápida e intensa de dopamina nessa via, quando comparada com a liberação natural, o que provoca alterações no sistema de recompensa e repercute em uma preocupação excessiva com a droga. Além do sistema mesolímbico, outras vias como a nigroestriatal e a mesocortical também estão envolvidas na liberação de dopamina. Efeitos reforçadores das substâncias são determinados também pela velocidade de que a dopamina entra e sai no cérebro, nas quais a via de administração está relacionada; a aplicação endovenosa e a inalação produzem assimilação mais rápida, seguidas pela aspiração. (STAHL, 2016)

Quanto menos barreiras a droga atravessar para atingir o cérebro, mais rápido é o seu efeito. A via endovenosa é mais rápida, seguida pela fumada, na qual entra em contato com os alvéolos que são irrigados de sangue, assim temos como exemplo disso, o crack, que tem grande potencial de dependência.

Sintomas de fissura e abstinência fazem o sistema reativo de recompensa ir em busca da droga. Esse sistema envolve a área tegumentar ventral, local onde ficam os corpos celulares da dopamina, o núcleo accumbens, onde se projetam os neurônios da dopamina e a amígdala que conecta essas duas regiões e está relacionada ao aprendizado da recompensa. Essa reatividade pode ser controlada pelo sistema reflexivo de recompensa, na qual consiste em projeções do córtex pré-frontal até o núcleo accumbens. Esse sistema reflexivo de recompensa é construído em várias influências, como neurodesenvolvimento, genética, pressão dos pares, aprendizado de regras sociais e aprendizado dos benefícios de suprir o prazer atual por um ganho futuro de maior. As projeções do córtex orbito frontal- COF- estão envolvidas na regulação dos impulsos, as do córtex pré-frontal dorsolateral - CPFDL na análise das situações e as do córtex pré-frontal ventro medial – CPFVM com as emoções. (STHAL, 2016)

É por meio de neurônios gabaérgicos que se transforma o sistema recompensa em comportamento direcionado a objetivos. A projeção ocorre do núcleo accumbens até o pálido ventral, tálamo e retornam ao córtex pré-frontal onde os comportamentos são montados. Em indivíduos dependentes, ocorre um aumento no metabolismo de regiões envolvidas na dependência química quando há o contato com a droga ou a situações que sugerem, aumentando a fissura. (STHAL, 2016).

Além da ativação da dopamina na busca pela droga, ocorre uma disfunção glutamatérgica. A administração de várias SPA estimula potenciais de longa ação na qual estão envolvidos receptores NMDA e AMPA na área tegumentar ventral- ATV, provocando um aprendizado patológico. Os efeitos nos receptores são os mesmos em uma única administração da droga ou após exposição repetida, o que contribui para mudanças iniciais no circuito neural e posteriormente para a dependência. (STHAL, 2016).

Alterações no sistema dopaminérgico podem causar alterações ocasionais ou permanentes no sistema de recompensa, seja qual for a quantidade de droga de abuso utilizada, que estarão relacionadas a um comportamento impulsivo e busca pela droga. (DIEHL et al, 2011).

Um dos maiores desafios ao tratar a dependência química é a vulnerabilidade constante para recaída e necessidade de um tratamento

crônico. Alguns autores afirmam que a memória da adicção jamais será esquecida. (DIEHL et al, 2011).

Outros neurotransmissores também estão envolvidos no uso de substância. A serotonina está envolvida em mecanismos relacionados à motivação e à resposta a abuso de substâncias. O álcool, tanto no uso agudo ou no uso crônico aumenta os níveis plasmáticos e urinários e altera aspectos da função sináptica. Cocaína e anfetaminas afetam a neurotransmissão serotoninérgica e noradrenérgica. A exposição crônica a cocaína pode alterar o funcionamento do sistema gabaérgico, associados aos efeitos recompensadores. Gaba também está presente no reforço agudo do álcool. Três canabinoides endógenos, derivados do ácido aracdônico, também foram encontrados no SNC. A mais conhecida é a anandamida, que é quatro a vinte vezes menos potente que o THC. No sistema opióide, as encefalinas e as endorfinas participam da modulação. (DIEHL et al, 2011).

4.4 FATORES DE RISCO

Fator de risco é definido como condição que aumenta a chance de ocorrência de algo negativo. Quanto maior o número de fatores de risco, maior a prevalência de consumo de drogas segundo Newcomb (1995). Para McCrimmond e Werhrung (1986), existem três condições para a definição de risco: possibilidade de haver perda, possibilidade de ganho, e possibilidade de aumentar ou de diminuir a perda ou os danos.

Os adolescentes necessitam de ajuda ao tomar decisões a fim de evitar comportamentos negativos, pois o córtex orbitofrontal, região cerebral que permite que uma pessoa antevêja as consequências de suas escolhas, só amadurece no fim da adolescência. Além disso, o sistema de recompensa no início da adolescência passa por um período de menor responsividade, o que ajuda a correr riscos para sentir-se estimulados (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

O uso de drogas na adolescência ou o desenvolvimento da dependência química tem como causa múltiplos fatores, entre eles fatores pessoais, sociais

e ambientais. Diante disso, é preciso reduzir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção. (CAMPOS; FIGLIE, 2011). Os adolescentes que apresentam dois ou mais fatores de risco, apresentam chance superior a 50 % de iniciar o uso de substância antes dos doze anos de idade, enquanto que os jovens que não apresentam fatores de risco têm esse risco em 10 %. (KAPLOW, CURRAN e DODGE, 2002).

Pertencer ao sexo masculino aumenta três vezes a chance do consumo de substâncias psicoativas. (ESTANISLAU E BRESSAN, 2014; SUSSMAN apud KESSLER, 2013). Porém os medicamentos para emagrecer são mais frequentes no sexo feminino. Os mesmos autores concordam também quanto à presença de uma genealogia positiva para dependência química. Estima-se que 40 a 60 % de dependência de álcool, provêm da genética. Se um dos pais do adolescente é dependente, ele tem de 3 a 5 vezes mais chance de desenvolver o padrão de dependência do que o resto da população. (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Durante a adolescência, a opinião do grupo de amigos torna-se muito relevante, o que implica em adaptações a comportamentos próximos ao então grupo frequentado. Assim, torna-se um meio pelo qual o jovem pode iniciar o uso de drogas. Simões (2006) relata que a influência social exercida através da vizinhança e pelo grupo de pares é muito forte no que tange a disponibilidade da droga.

Simkin (2002) encontrou como fatores de risco a permissividade social, disponibilidade de droga, extrema privação econômica e morar em favela o que vai ao encontro de Estanislau e Bressan (2014) na qual afirmam que um consumo favorecido pelos baixos preços e facilidade de acesso corroboram para ao uso. Ambos citam também problemas escolares, como baixo rendimento, fracasso escolar e vínculo frágil com a escola como fatores de risco.

Kessler e colaboradores (2013) relatam a magnitude do abuso físico ou sexual como fator de risco para o uso de drogas:

Bensley acrescenta que adolescentes com história de abuso físico ou sexual na infância têm 2.8 vezes mais chance de uso

leve ou moderado de drogas na adolescência e 3.4 de uso pesado. Crianças que sofreram abuso físico ou sexual na infância têm 12.2 vezes mais chance de experimentar maconha ou usar álcool antes dos 10 anos. Ademais, quanto mais precoce o abuso do álcool ou drogas, mais estaria relacionado com abuso físico ou sexual na infância.

Muito se questiona o papel da escola como uma possibilidade de capacitação do aluno. Contudo, nesse âmbito educacional também estão presentes fatores de risco específicos, como falta de motivação para os estudos, o absenteísmo e o mau desempenho escolar citado por Kandel e colaboradores (1978), além da à insuficiência no aproveitamento e a falta de compromisso com o sentido da educação. (FRIEDMAN, 1989).

Outra tendência muito comum quando se fala de drogas é a contribuição da mídia como fator de risco. Os meios de publicidade associam frequentemente o uso de drogas, principalmente as lícitas, como tabaco e álcool a conteúdos como sexualidade, habilidades sociais e diversão. (SCHENKER; MINAYO, 2005)

Os comportamentos de risco variam e estão interligados o que uma gera uma síndrome de comportamento de risco, na qual exposição dos riscos pode ser potencializada em diversos contextos como, por exemplo, de um adolescente cujos pais são dependentes químicos, frequenta uma educação infantil insatisfatória e mora numa comunidade desorganizada onde o uso de substância psicoativa é rotineiro entre seus amigos.

Jovens que não tem um bom relacionamento com a família substituem essa ausência pela relação com o grupo de pares desviantes, o que as coloca em risco de dependência de drogas. (WILD et al, 2014)

4.5 ESTILO PARENTAL ENVOLVIDO

Os estilos parentais têm como objetivo descrever a interação estabelecida entre pais e filhos no dia a dia (REPPOLD et al, 2002). Conceitua-se também como um padrão de atitudes estabelecidas do pai perante seus

filhos, estabelecido em anexos a um clima emocional. (DARLING; STEINBERG, 1993).

Considerando a importância do ambiente familiar para a formação das crianças e adolescentes Schenker e Minayo (2005) reúnem diversos autores com as características dos pais que colaboram ou facilitam o uso de substâncias psicoativas:

Estudos têm mostrado que os fatores parentais de risco para o uso de drogas pelo adolescente incluem, de forma combinada: (a) ausência de investimento nos vínculos que unem pais e filhos (Hawkins *et al.*, 1992; Patton, 1995; Kodjo & Klein, 2002); (b) envolvimento materno insuficiente (Tarter *et al.*, 2002); (c) práticas disciplinares inconsistentes ou coercitivas (Friedman, 1989; Brook *et al.*, 1990; Hawkins *et al.*, 1992; Patton, 1995); (d) excessiva permissividade, dificuldades de estabelecer limites aos comportamentos infantis e juvenis e tendência à superproteção; (e) educação autoritária associada a pouco zelo e pouca afetividade nas relações (Tuttle *et al.*, 2002; Patton, 1995); (f) monitoramento parental deficiente (Hawkins *et al.*, 1992); (g) aprovação do uso de drogas pelos pais (Friedman, 1989; Hawkins *et al.*, 1992); (h) expectativas incertas com relação à idade apropriada do comportamento infantil (Tarter *et al.*, 2002); (i) conflitos familiares sem desfecho de negociação (Hawkins *et al.*, 1992; Patton, 1995; Kodjo & Klein, 2002)

Na família, a forma de relacionamento, como a permissividade excessiva, falta de afeto, as práticas disciplinares inconsistentes, a falta de limites definidos, a superproteção e o autoritarismo aumentam a chance do uso de drogas em crianças e adolescentes. (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014)

Três estilos parentais preponderantes foram descritos por Baumrind (1966): autoritário, autoritativo e permissivo. Aqueles classificados como autoritários apresentam uma conduta baseada em regras rígidas, restrição do diálogo e ênfase na disciplina através da afirmação do seu poder. Os pais descritos como autoritativos, mantinham uma autonomia no controle parental, porém faziam isso por meio do diálogo, compartilhando com a criança o raciocínio por detrás da forma como eles agem, sendo compreensivos e demonstrando apoio emocional, além de possibilitar uma troca informações. Já

o estilo parental permissivo caracteriza-se pela ausência de controle parental sobre os comportamentos do filho. Desta forma, evitam a utilização do poder e da conduta punitiva e não influenciam os filhos de forma ativa e responsável.

A partir dos estudos de Baumrind (1966), já em 1980, Maccoby e Martin (1983) apresentou outra classificação, agora em um esquema quadruplo para diferenciar os estilos parentais encontrados no âmbito familiar: autoritário-autocrático, indulgente-permissivo, autorizado-recíproco ou indiferente-não envolvido.

Um padrão de elevada exigência e baixa responsividade, de obediência às regras e ambientes pouco calorosos, de reduzida comunicação e de habitual castigo físico são caracterizados como pais do tipo autoritário-autocrático. Estilos parentais indulgente-permissivo se caracterizam por padrões de baixa exigência e a alta responsividade, são condescendentes, com as atitudes dos filhos, apresentam poucas regras, evitam penalidades. Quando se configura por elevada exigência e elevada responsividade, é chamado de estilo parental autoritativo-recíproco, na qual há uma troca de experiência, os filhos devem responder às exigências dos pais, mas estes também aceitam aos pontos de vista e razoáveis exigências dos filhos. Os pais criam regras quando necessárias e expectativas claras para as condutas dos filhos e estimulam a comunicação e a independência. Os pais com estilo indiferente-não envolvido denotam baixa exigência e baixa responsividade. São também chamados de progenitores negligentes, apresentam esquivas das inconveniências, o que os faz responder a pedidos imediatos da criança apenas de forma de acabá-los. (MACCOBY; MARTIN, 1983).

O estilo parental que apresentou melhor efeitos na formação dos filhos como melhor desempenho na escola foi o estilo autoritativo. (STEINBERG; ELMEN; MOUNTS, 1989), pelo índice de disfunção comportamental e psicológica baixo. (LAMBORN et al, 1991).

Torna-se adequado para uma educação saudável ter um estilo parental autoritativo. Contudo para adotar esse estilo, é necessária participação na educação, bem como suporte às necessidades de atenção e incentivo, além de monitorar os comportamentos dos filhos, exigindo limites e obediência nas regras. Ao mesmo tempo em que os pais precisam ser respeitados em seus

papéis, também devem respeitar os direitos dos filhos, o que favorece maior autoafirmação e autonomia na criança. (WEBER, 2004).

Há uma associação entre o estilo parental e o uso de drogas na adolescência. O monitoramento parental está fortemente associado à redução do uso de drogas, independente do sexo do filho (FOSCO et al, 2012). Benchaya et al (2011) descreve que o estilo parental negligente foi o mais encontrado na população brasileira de usuários de drogas, e o modelo parental autoritativo foi o que apresentou maior proteção, e esteve mais associado aos jovens não usuários de drogas.

Hábitos como, estar atento às suas atividades dos filhos, saber quem são seus amigos, o que eles fazem no tempo livre e como eles gastam seu dinheiro são medidas de monitoramento parental. Foram observados que os adolescentes que recebem maior monitoramento parental são os que apresentam menores taxas de envolvimento com drogas (PAIVA; RONZANI, 2009).

Gomide (2016) com o objetivo de observar na prática esses estilos parentais criou um instrumento composto por sete práticas educativas utilizadas pelos pais no manejo e interação com seus filhos, duas delas que promovem comportamento pró-sociais: monitoria positiva e comportamento moral e cinco delas vinculadas ao desenvolvimento do comportamento antissocial: negligência, abuso físico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa.

As práticas educativas positivas referem-se à monitoria positiva na qual os pais tem conhecimento e atenção das atividades desenvolvidas pelos seus filhos e o comportamento moral na qual os pais transmitem valores, como honestidade, virtudes morais, generosidade, ajudando-os na diferenciação de correto e incorreto, sempre envolvendo relações afetivas. (GOMIDE, 2003).

Já dentre as práticas educativas negativas estão a negligencia, abuso físico e psicológico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa. A negligência acontece quando os patriarcas não atendem as necessidades de seus filhos tanto psíquicas quanto físicas. Considera-se abuso físico quando os pais machucam ou causam dor. Na disciplina relaxada verifica-se o não cumprimento de regras e limites estabelecidos Monitoria negativa caracteriza-se pelo excesso de fiscalização e quantidade exagerada e

repetitiva de informações, o que provoca um clima de hostilidade e exaustão. A punição inconsistente se dá quando os pais punem ou reforçam os comportamentos de seus filhos de acordo com o seu estado de humor, de modo não compatível com o comportamento da criança. (GOMIDE, 2003).

Os estilos parentais, expressos através das práticas educativas parentais estão relacionados com uso de substâncias psicoativas por parte dos adolescentes. Práticas com características do estilo parental autoritário (BAUMRIND, 1966) e da prática parental de monitoria negativa (GOMIDE, 2006) estão mais associados a pais de crianças com problemas de comportamento externalizantes e com o uso de substâncias psicoativas. (ALVARENGA; PICCININI, 2001).

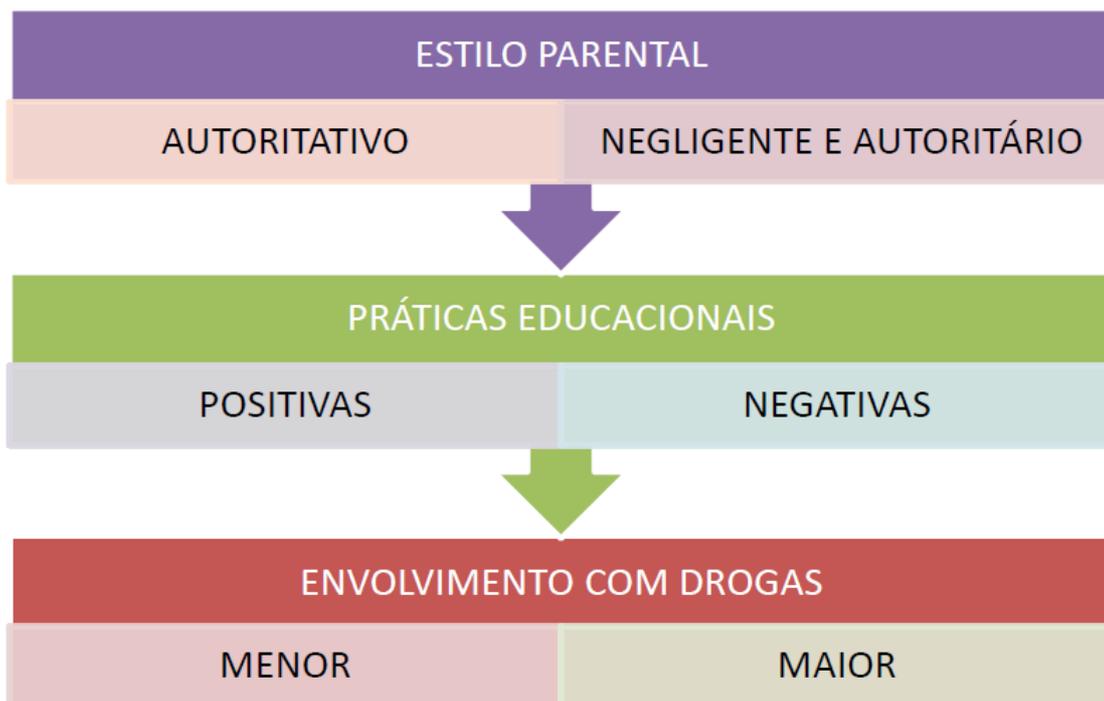


Figura1: O envolvimento com drogas e a relação com os estilos parentais.

Fonte: Elaborado com dados adaptados de Gomide (2006); Baumrind (1967) e Maccoby & Martin (1983).

O desenvolvimento mental dos filhos, comportamentos prejudiciais à saúde estão diretamente relacionados e consolidados com base nas práticas parentais, por isso os genitores devem estar cientes de seu papel. (PAIVA; RONZANI, 2009).

4.6 COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS ASSOCIADAS

Segundo um estudo realizado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 3,4 milhões de pessoas entre 18 e 59 anos usaram maconha em 2011 e 8 milhões já experimentaram alguma vez na vida. Desses, 62% deles tiveram contato com a droga antes dos 18 anos. Somado a isso, um em cada dez adolescentes usuários de maconha é dependente da droga, segundo dados da mesma pesquisa. A gravidade do uso de drogas pela população jovem fica intensificada pelo índice de comorbidade psiquiátrica relacionada.

Kessler e colaboradores (2003) descreve algumas comorbidades encontradas:

O Methodos for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorder (MECA) encontrou um risco 20 vezes maior de haver algum Transtorno de Conduta (incluindo personalidade anti-social, déficit de atenção e transtorno opositivo desafiante) entre os adolescentes com abuso ou dependência atual de álcool, maconha ou outra droga ilícita. Dos adolescentes dependentes químicos, 76% apresentaram outro diagnóstico, comparado com 24.5% dos que não utilizavam substâncias psicoativas. Clark e colaboradores encontraram que adolescentes com dependência de álcool têm 7.1 vezes mais chance de ter Transtorno de Conduta, 2 vezes mais Transtorno Opositivo Desafiante, 2.8 vezes mais Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e 3.1 vezes mais Depressão do que os controles.

Observa-se que jovens com transtorno de humor, transtorno de conduta e de ansiedade, além daqueles que apresentam um comportamento expansivo

e agressivo apresentam maiores chances de se envolverem com o uso de substância psicoativas. (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Outro achado descrito foi que o tratamento precoce do TDAH reduz em 85% o envolvimento com o uso de substância psicoativa. (SIMKIN, 2002).

4.7 FATORES DE PROTEÇÃO

Há uma tendência em se falar em estratégias de resiliência como fator protetor para o uso de drogas, centrado em processos intrapsíquicos e sociais que possibilitem o desenvolvimento de uma vida sadia, apesar de experiências de vida traumáticas. (SCHENKER; MINAYO 2005). Os mesmos autores descrevem as subdivisões:

Os estudiosos têm identificado três categorias de fatores de proteção em crianças e adolescentes resilientes: (a) *individuais*: temperamento que favoreça o enfrentamento do problema, auto-imagem positiva e a capacidade de criar e desenvolver estratégias ativas na forma de lidar com problemas. Esses atributos denotam auto-eficácia, autoconfiança, habilidades sociais e interpessoais, sentimentos de empatia, controle emocional, humor e relacionamento com os pares. [...] (b) *familiares*: que se traduzem em suporte, segurança, bom relacionamento e harmonia com pais e no ambiente de relações primárias; (c) *extrafamiliares* ou *ambientais*, quando se referem ao suporte de pessoas significativas e experiências escolares positivas (Emery & Forehand, 1996; Werner, 1996; Assis, 1999; Assis & Constantino, 2001).

A etapa do desenvolvimento em que o adolescente se encontra pode propiciar um uso experimental, somado a aceitação pelos pares, contudo se espera que indivíduos saudáveis psicologicamente não abusem da substância. Há uma comparação atualmente do sentido do uso da maconha entre adolescentes de hoje com o significado social e psicológico que a bebida alcoólica teve para gerações anteriores (SHEDLER; BLOCK, 1990 apud

SCHENKER; MINAYO, 2005). Diante disso, condições para a formação de uma personalidade resiliente se torna necessária. Hawkins e colaboradores (1992) indicam ações como as colocar expectativas claras relativas ao comportamento; supervisionar as crianças; reforçar atividades de socialização; criar oportunidades para o envolvimento familiar; e promover o desenvolvimento das habilidades acadêmicas e sociais dos jovens é importante.

Simkin (2002) aborda fatores de proteção quanto ao uso de drogas; a presença de um ambiente estável, vínculo pai e filho bem estabelecido e forte, supervisão parental e disciplina consistentes, contato com instituições pró-social e vínculos de amigos não usuários de drogas.

O comportamento da colocação de limites por parte dos pais, o monitoramento familiar e ter uma refeição diária junto com os filhos funciona também como fator de proteção. Além desses, a religiosidade no dia a dia e o trabalho comunitário seriam fatores de proteção familiar. (BROWN, 2002).

Um efeito iminentemente forte e de longa duração para o ajustamento infantil, pode ser adquirido a partir do ambiente familiar. (SCHENKER; MINAYO 2005). Diversos autores concordam e descrevem os fatores que protegem:

No âmbito da família, estudos evidenciam como fatores que protegem o adolescente do uso de drogas: (a) a relevância dos vínculos familiares fortes (Kandel *et al.*, 1978; Swadi, 1999; Werner *et al.*, 1999; Hoffmann & Cerbone, 2002; Schenker & Minayo, 2003); (b) o apoio da família ao processo de aquisição da autonomia pelo adolescente (Tuttle *et al.*, 2002); (c) o monitoramento parental aos diversos processos de crescimento e desenvolvimento (Steinberg *et al.*, 1994; Chilcoat & Anthony, 1996; Swadi, 1999; Patton, 1995; Werner *et al.*, 1999; Brook *et al.*, 1990); (d) o estabelecimento de normas claras para os comportamentos sociais, incluindo-se o uso de drogas (Oetting & Donnermeyer, 1998).

Verifica-se a falta de comprometimento com a criação dos filhos e a necessidade talvez de um cuidado diferenciado nos pais dos adolescentes envolvidos por drogas. Miles (1998) percebeu isso, pois apenas um terço deles aparecia para a entrevista. Além de que o número de pais que tinham

relacionamento informal, problemas com o etilismo, drogas ilícitas e transtorno de personalidade antissocial era superior em pais de usuários de drogas do que no grupo controle. Foi observado também que as mães apresentavam maior prevalência de tabagismo, alcoolismo e uso de cocaína.

Adolescentes que vivem em ambientes onde há uso abusivo de drogas e conseguem não se deixar influenciar por esse contexto apresentam características individuais protetoras. Crianças e jovens que têm objetivos definidos e autoestima elevada e bem-estar com a vida podem servir de proteção aos jovens contra a dependência de drogas quando associada a outros fatores protetores do seu contexto de vida (HOFFMANN; CERBONE, KODJO; KLEIN, 2002 apud SCHENKER e MINAYO, 2005)

Situações diárias na vida do adolescente tanto no convívio familiar como escolar e social, testam a capacidade de resiliência do jovem adulto; a sua capacidade de adequação a mudança ou a superar obstáculos. Schenker e Minayo (2005) consideram a família e a escola como entidades relevantes na construção da resiliência, possibilitando uma atitude crítica quanto ao uso das drogas. A importância da frequência à escola formal também foi apontada por Vasters e Pillon (2011) como um meio de prevenção ao uso de drogas, contudo não citam fatores como evasão escolar no estudo.

O adolescente que faz uso de drogas responde bem às intervenções contextualizadas. (SCHENKER; MINAYO, 2005). Pais e educadores precisam estar em sintonia e atento para alguns parâmetros segundo o mesmo autor:

(a) uma comunicação livre e fluente com os pais ou com adultos que lhes servem de modelo fortalece emocionalmente o jovem; (b) e evita o engajamento em comportamentos de risco (Friedman, 1989; Kodjo & Klein, 2002; Tuttle, 2002); (c) elogios dos pais às conquistas dos filhos e dos educadores a seus estudantes são o alimento da autoestima; (d) a colocação de expectativas claras por parte dos pais e professores, aliada a uma educação *com autoridade*, que envolve afeto, controle e trato democrático, favorece o desenvolvimento psicológico saudável e o sucesso escolar do adolescente (Steinberg *et al.*, 1989; 1992); (e) o monitoramento das atividades dos jovens, seja por pais ou educadores, mostra que eles estão investindo na segurança dos jovens; (f) o compartilhamento de valores, atitudes e crenças sobre as drogas é fundamental para o amadurecimento das decisões e da responsabilização; (g) conhecer os amigos e os pais dos amigos dos filhos é crucial,

uma vez que a pressão dos pares é uma das principais influências para o uso de drogas; (h) exigências e expectativas quanto ao desempenho na escola funcionam como um tipo de monitoramento e de proteção, na medida em que se juntam ao encorajamento de atividades em que o jovem possa ter sucesso; (i) por fim, o incentivo ao engajamento nas atividades da escola, da comunidade e de movimentos sociais ou de solidariedade é um potente fator protetor.

Como bem salienta Schenker e Minayo (2003), a família tem um papel tanto de colaborador no surgimento do abuso de drogas quanto de instituição protetora para a saúde dos adolescentes. Meninas, com famílias monoparentais, criadas somente pela mãe, ter uma boa relação com irmãs mais velhas parece diminuir o risco de envolvimento com drogas na adolescência. (EAST; KHOO, 2005)

4.8 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA

Os indivíduos quando atingem a idade adulta nos Estados Unidos, cerca de 50% já experimentaram uma droga ilícita e mais de 80% já consumiram álcool. Alguns adolescentes avançam para níveis de uso e preenchem aos critérios para transtornos por uso de substâncias e estão sob risco aumentado para sua continuação na vida adulta. (BUKSTEIN, 2016)

Em estudos com adolescentes entre treze e dezoito anos de idade com transtorno mental, as taxas de transtorno por uso de substância concomitante ao transtorno variaram de 61 a 88% (ARMSTRONG; COSTELLO, 2002; COUWENBERGH, 2006). Outro estudo que incluiu 10.123 adolescentes com idades entre 13 e 18 anos, apresentou três vezes mais adolescentes com transtorno mental comórbido em adolescentes com TUS comparado aos adolescentes sem transtorno por uso de substância. (MERIKANGAS et al , 2010). O início de transtornos do humor, como o bipolar, é frequentemente precedido pelo uso de cannabis (DUFFY et al, 2002).

O uso de substâncias está também relacionado ao suicídio. A intoxicação por substâncias pode diminuir o juízo crítico e aumentar a impulsividade devido aos efeitos farmacológicos diretos. Além disso, a

comorbidade com distúrbios psiquiátricos também corrobora com esse risco, pois o uso da substância pode exacerbar o transtorno e aumentar o estresse. (SCHILLING ET AL 2008; WONG ET AL 2013).

4.8.1 Triagem

A Academia Americana de Pediatria (AAP) nos Estados Unidos recomenda a triagem para o uso de álcool, tabaco e outras drogas para adolescentes, anualmente, começando aos 11 anos de idade. Recomendam o uso da tela CRAFFT para identificar o uso problemático de substâncias, cuja ferramenta serve de triagem breve (KNIGHT et al, 2002).

São realizadas seis perguntas ao adolescente sobre uso de álcool, maconha ou outras drogas, na qual duas ou mais respostas positivas indicam uma tela positiva:

- C - Você já andou em um carro dirigido por alguém (incluindo você mesmo) que estava bêbado ou usava drogas?
- R - Você já usou drogas ou álcool para relaxar?
- A - Você já usou sozinho? (Alone)
- F - Você já esqueceu as coisas que fez ao usar? (Forget)
- F – Os seus familiares ou amigos dizem para você parar com o uso?
- T - Você já se envolveu com problemas durante o uso? (Trouble)

A triagem é um processo que serve para identificar um possível problema com o uso de substâncias. Não substitui uma avaliação e não fornece informações sobre a presença de um transtorno por uso de substância ou a titula a gravidade do uso. É apropriada para ambientes como escolas e atenção básica de saúde. Um resultado de triagem positivo identifica a necessidade de uma avaliação abrangente do uso de substâncias. (BUKSTEIN, 2016)

Para o processo de avaliação é utilizado os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Quinta Edição (DSM-5) para o diagnóstico de transtorno de uso de substâncias (TUS). A

característica essencial de um transtorno por uso de substâncias consiste na presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância.

A presença de TUS baseia-se em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao seu uso. Para auxiliar a organização, pode-se considerar que as condições sob "Critério A" encaixam-se nos agrupamentos gerais de baixo controle, deterioração social, uso arriscado e critérios farmacológicos. Critério 1, o indivíduo ingere quantidades maiores que o pretendido; critério 2, esforços malsucedidos para reduzir ou controlar o uso; critério 3, gasta-se muito tempo em atividades necessárias para obter, usar ou recuperar-se dos efeitos da substância; critério 4, forte desejo de usar a substância; critério 5, o uso recorrente, resulta no não cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa; critério 6 permanece no uso, apesar de ter problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados por seus efeitos; critério 7, atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são abandonadas ou reduzidas devido ao uso; critério 8, uso recorrente em situações em que é fisicamente perigoso; critério 9, o uso continuado apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente tenha sido causado ou exacerbado pela substância; critério 10, tolerância; critério 11, abstinência.(DSM V).

A gravidade do TUS é classificada de acordo com a quantidade de critérios, de dois a três é classificado como leve, se quatro a cinco critérios estiverem presente é dito moderado e se seis ou mais é classificada como grave.

4.8.2 Teste para drogas de abuso

Na rotina de quem trata com uso de drogas, muitas vezes é realizado o teste de abuso de drogas. Contudo, especialistas em toxicologia recomendam a obtenção de tais testes apenas quando há uma indicação clara e não apenas como método de triagem. (TENENBEIN, 2009)

O contexto clínico em quem o paciente se encontra deve auxiliar na interpretação correta dos resultados do teste de abuso de drogas. Deve ser considerado o tipo de teste a ser realizado, a finalidade, o nível de exposição e a chance de resultados falso-positivos e falsos-negativos. (HOFFMAN, 2017)

O tipo de substância a ser detectada pelo painel depende da determinação da instituição. Nos EUA, por exemplo, são detectados: Anfetamina, cocaína, maconha (THC), opioides e fenciclidina (PCP). Já na Austrália, Nova Zelândia e grande parte da União Européia e da Ásia são incluídos testes para benzodiazepínicos e uma gama mais ampla de opióides (possivelmente incluindo oxicodona e metadona). (HOFFMANN, 2017)

Inúmeras drogas utilizadas pela população mundial, no entanto, ainda não são detectadas em testes de abuso de drogas. Nessa lista, podemos incluir anfetaminas recém-desenvolvidas, como MDMA, MDPV ("sais de banho"), mefedrona na qual trata-se de um derivado semissintético da catinona, um alcalóide com estrutura semelhante às anfetaminas, presente nas folhas e ramos frescos do arbusto africano, é conhecida popularmente como o *miau-miau*, *meow meow*, *meph*, *bubbles*, *spice E*, *M-Cat* e outras denominações, adquirindo popularidade desde 2007, sendo atualmente considerada a sexta droga mais popular entre os consumidores do Reino Unido.(ANTUNES et al, 2013). Opióides sintéticos, tais como meperidina, tramadol, metadona e fentanil; substâncias derivadas de plantas, como cogumelos alucinógenos (psilocibina), ayahuasca - cipó *Banisteriopsis caapi* com as folhas do arbusto *Psychotria viridis* (chacrona ou rainha)- e peiote (mescalina); e substâncias sintetizadas, como o LSD, também não são identificados.(HOFFMANN, 2017)

O teste de abuso de substância apresenta limitações, porém existem situações nas quais a detecção pode alterar o tratamento médico como, por exemplo, pode-se evitar a administração de fenitoína, se o teste for positivo para cocaína, em episódios de crise convulsiva; evitar a administração de um beta-bloqueador se a pesquisa for positiva para cocaína, em evento

cardiovascular; em episódios agudos de psicose, pode se considerar psicose induzida por estimulantes; paciente aguardando transplante de órgão pode não ser elegível se alguns dos testes derem positivos para abuso de substâncias. (HOFFMANN, 2017)

Existem contraindicações para a realização do teste de abuso de substância; quando o paciente não concorda com tal triagem e a ausência de qualquer base legal para o teste contra a vontade do paciente. A principal responsabilidade do médico é o bem-estar do paciente e não os interesses jurídicos, e a realização de testes que possam vir a prejudicá-lo pode comprometer a relação médico-paciente. (ANNAS, 2001)

Quando o teste é solicitado para um paciente que presumivelmente não deseja que tais resultados sejam disponibilizados podem surgir problemas médico-legais ou dilemas éticos. A exemplo disso tem os quando a polícia solicita testes toxicológicos para um prisioneiro quando não há indicação médica ou quando um membro da família solicita que o teste de um paciente seja realizado sem o conhecimento do paciente ou contra sua vontade. Na maioria desses pedidos, o teste não é justificado. (HOFFMANN, 2017)

As amostras biológicas coletadas nos testes enquadram-se em três categorias:: imunoensaios, cromatografia e espectrometria de massa. Os imunoensaios são quase sempre o teste de triagem inicial usado para detectar a presença de abuso de substância ou metabólito, e a cromatografia gasosa /espectrometria de massa é tipicamente usada como teste confirmatório. A substância biológica mais utilizada é urina. Podem ser utilizados também em circunstâncias específicas sangue ou soro, além de pêlos, fezes, suor e saliva. (GALLARDO; QUEIROZ, 2008)

A presença da substância ou do metabólito no teste não indica necessariamente intoxicação ativa, visto que os podem permanecer sem causar efeito clínico. Um correto teste de rastreio inicial positivo significa que o metabólito de interesse estava presente na concentração ou no limite da concentração no momento em que a amostra foi obtida. O período de permanência na qual o teste permanece positivo varia de acordo com a droga: Anfetaminas, cocaína e opióides - um a três dias, exceto a metadona que tem uma meia-vida altamente variável, mas longa, permitindo a detecção por três a dez dias. A maconha pode permanecer de dias a meses, dependendo da

cronicidade de uso. Benzodiazepínicos, muda de acordo com o tempo de meia-vida, mas geralmente de um a sete dias. A Fenciclidina (PCP) permanece por um a sete dias. A cetamina - Três a sete dias. (HOFFMANN, 2017).

O teste de abuso de substância não pode ser usado para diagnosticar a intoxicação por drogas. (BROOKOFF, 1994). Podemos nos deparar com a seguinte situação, um indivíduo chega ao pronto socorro com estado mental alterado e não pode fornecer uma história, mas o teste é positivo para metabólitos de cocaína. Se tal paciente tiver encefalite e coincidentemente tiver usado cocaína alguns dias antes, o diagnóstico incorreto de intoxicação por cocaína pode causar um atraso potencialmente fatal no diagnóstico e no tratamento correto (HOFFMANN, 2017).

Resultados falsos positivos podem acontecer devido à reação cruzada presentes na amostra. Resultados positivos para anfetamina incluem: Pseudoefedrina, efedrina, fenilefrina e outros medicamentos comumente usados, por exemplo, propranolol, atenolol, levodopa, carbidopa. Resultados de opiáceos falso positivos inclui ingestão de sementes de papoula. Para PCP falsos positivos: medicamentos frios de venda livre, por exemplo, doxilamina, dextrometorfano. Resultados de canabinóide falso positivos: Produtos alimentares contendo cânhamo; exposições raras a medicamentos (por exemplo, Marinol). (HOFFMANN, 2017).

Já um teste de rastreio com resultado negativo significa que, no momento em que a amostra foi obtida, as substâncias de interesse não estavam presentes na concentração ou acima do limiar. Um relato de caso descreve um paciente que morreu de complicações de toxicidade por cocaína cujo teste inicial de foi negativo para cocaína. Profissionais que utilizam resultados de triagem de drogas por imunoensaio devem estar cientes das limitações desta metodologia. (BAKER; JENKINS, 2008)

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica qualitativa, descritiva de caráter exploratório.

6 DISCUSSÃO

Na contemporaneidade, um dos problemas de saúde pública é o abuso de drogas, principalmente quando esse uso ocorre no período da adolescência, na qual diante da fragilidade psíquica decorrente de processos biológicos, seu uso causa prejuízos tanto pessoais quanto à família e à sociedade. Esses danos são evidentes diante de situações como violência, repetência escolar, perda de emprego, acidentes, transtorno por uso de substâncias, entre outros. (VASCONCELLOS et al, 2015).

Diante do crescente e endêmico uso de substância psicoativas não se pode pensar em saúde pública sem analisar o meio ao qual a pessoa está inserida, qual o seu perfil socioeconômico e suas conexões ambientais. Percebe-se que a população adolescente está em risco, pois frequentemente é nessa faixa etária que ocorre o primeiro contato com as drogas. Os dados epidemiológicos mostram um início precoce, o uso de substâncias lícitas, como o álcool e tabaco aparece como primeiro uso aos 12,5 anos e 12,8 anos, respectivamente. O uso de drogas ilícitas apareceu mais tardiamente; maconha apareceu com média de 13,9 anos e a cocaína aos 14,4 anos. (DIEHL et al, 2011). Outro estudo realizado pela Universidade Federal de São Paulo relata que 8 milhões já experimentaram maconha alguma vez na vida e desses, 62% deles tiveram contato com a droga antes dos 18 anos, o que corrobora a atenção que a população adolescente merece.

Perante um perfil suscetível, o uso de drogas na adolescência tem múltiplos fatores envolvidos. A maturação da atividade cognitiva e comportamental do lobo frontal só atinge a maturidade aos 21 anos de idade (ROTTA; OHLWILER, RIESGO, 2016) associada à ativação do sistema de recompensa com liberação rápida e intensa de dopamina, causando níveis intensos de prazer torna o uso de drogas uma alternativa para satisfação

imediate. Associado a isso temos, fatores genéticos, pertencer ao sexo masculino, influência social pelo grupo, permissividade social, problemas escolares, abuso físico ou sexual na infância, tendência midiática ao uso de drogas principalmente lícitas e mau relacionamento com a família. A síndrome do comportamento de risco torna-se a regra e não a exceção na maioria das vezes, o que gera um sinal de alerta, pois os adolescentes que apresentam dois ou mais fatores de risco, apresentam chance superior a 50 % de iniciar o uso de substância antes dos doze anos de idade (KAPLOW, CURRAN e DODGE, 2002). Quanto maior o número de fatores de risco, maior a prevalência de consumo de drogas segundo Newcomb (1995).

A sociedade diante da epidemia das drogas indaga soluções. Não se pode adotar uma postura dicotômica, entre tudo pode e o nada pode, contudo, não intervir e deixar os eventos acontecerem passivamente pode gerar danos irreversíveis. Depende-se de um plano das diversas esferas sociais, no que se refere desde à prevenção até o tratamento do adolescente usuário ou não de drogas, abrangendo o micro e o macro sistema nele inserido. Investir em educação para pais é uma possível intervenção, visto que a literatura descreve estilos parentais e práticas educativas como fatores de maior ou menor probabilidade do envolvimento com drogas. O estilo parental negligente foi o modelo mais encontrado na população brasileira de usuários de drogas, e o modelo parental autoritativo foi o que apresentou maior proteção, e esteve mais associado aos jovens não usuários de drogas. (BENCHAYA et al, 2011). As práticas educativas positivas referem-se à monitoria positiva na qual os pais tem conhecimento e atenção das atividades desenvolvidas pelos seus filhos e o comportamento moral na qual os pais transmitem valores, como honestidade, virtudes morais, generosidade, ajudando-os na diferenciação de correto e incorreto, sempre envolvendo relações afetivas. (GOMIDE, 2003).

Parafraseando Jean Paul Satre “o importante não é o que fazem de nós, mas o que fazemos daquilo que fizeram de nós” percebe-se, que muitas vezes o adolescente é vítima de diversos fatores e cabe à sociedade proteger ou mesmo reinseri-lo. A tomada de decisão, contudo, para o usuário de crack, por exemplo, para buscar tratamento pode ser súbita e inesperada e perder este momento pode ser muitas vezes, a perda da chance de oferecer tratamento, ou, não raro, a própria pessoa. (MOREIRA; LARANJEIRA; MITSUHIRO, 2017).

Os fatores de risco necessitam transformar-se em fatores protetores. Nenhuma mensagem relacionada a drogas lícitas ou ilícitas seja ela ou não veiculada por meios de comunicação, atinge efeito de persuasão quando os fatores de proteção atuam em direção contrária. A criação de um espírito crítico, reflexivo, e acolhedor, tanto na família quanto na escola, servem de base para uma ação cautelosa do adolescente. (SCHENKER; MINAYO, 2005)

O desejo pelo uso da droga, na dependência química, pode ser entendido pelo sistema reativo de recompensa, já a força de vontade, pelo sistema reflexivo de recompensa. Quando construído o sistema reflexivo de recompensa, são sustentados por várias influências, como neurodesenvolvimento, genética, pressão dos pares, aprendizado de regras sociais e aprendizado dos benefícios de suprir o prazer atual por um ganho futuro de maior. (STHAL, 2016). Por isso, a relevância de atendimentos especializados, com profissionais qualificados e entendimento da dependência química como uma doença de longa data.

Os efeitos nos receptores glutamatérgicos, também estão presentes na psicofarmacologia da dependência química, esses efeitos são os mesmos em uma única administração da droga ou após exposição repetida, o que contribui para mudanças iniciais no circuito neural e posteriormente para a dependência. (STHAL, 2016). Assim sendo, evitar esse primeiro uso, também se faz importante, visto a possibilidade de comorbidades psiquiátricas ou a baixa resiliência, geralmente presentes nessa população aumentando a chance para um uso abusivo, além de que o uso precoce está entre os fatores de risco para dependência.

A presença de doença mental é comum em adolescentes envolvidos com o uso de drogas e também é fator de risco para um uso abusivo. Estudos mostraram três vezes mais transtornos mentais comórbidos em adolescentes com transtorno por uso de substância comparado aos adolescentes sem o transtorno. (MERIKANGAS et al , 2010).

O risco de iniciar o uso está mais ligado a fatores psicossociais e a progressão da dependência a fatores neurobiológicos (STHAL, 2016). Assim, fica sobressaído a importância de uma equipe multidisciplinar para prevenção do uso de drogas e de um tratamento adequado de comorbidades. Achados descritos na literatura nos mostram que o início de transtornos do humor, como

o bipolar, por exemplo, é frequentemente precedido pelo uso de cannabis (DUFFY et al, 2002), e de que o tratamento precoce do TDAH reduz em 85% o envolvimento com o uso de substância psicoativa. (SIMKIN, 2002).

7 CONCLUSÃO

É necessário a compreensão dos fatores proximais, distais, diretos e indiretos que antecedem a tomada de decisão que é uso de substância psicoativa na adolescência a fim de evitar que se torne, na maioria das vezes, um tratamento paliativo. Além de identificar o que a própria população pensa sobre o consumo de substância psicoativa para o repensar do desenvolvimento de políticas públicas voltadas especificamente para o enfrentamento ao uso de drogas na adolescência.

Os achados deste trabalho nos mostram comorbidades psiquiátricas associadas ao uso de substância psicoativa na adolescência, como transtorno de conduta, transtorno opositor desafiador, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, depressão e ansiedade, familiares muitas vezes também doentes e vulneráveis socialmente, e a cronicidade de uma possível dependência química, o que justifica a importância de um olhar diferenciado, multidisciplinar e urgente para essa faixa etária.

8 REFERÊNCIAS

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 707-717, 2005

BITTENCOURT, Ana Luiza Portela; FRANÇA, Lucas Garcia; GOLDIM, José Roberto. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 311-319, 2015.

CANAVEZ, Márcia Figueira; ALVES, Alisson Rubson; CANAVEZ, Luciano Simões. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. **Cadernos unifoa**, v. 5, n. 14, p. 57-63, 2017.

PINSKY, Ilana; BESSA, Marco Antonio. **Adolescência e drogas**. Editora Contexto, 2008.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 32-36, 2000.

EISENSTEIN, Evelyn. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005.

ESTANISLAU, Gustavo M.; BRESSAN. **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Artmed Editora, 2014.

KESSLER, Felix et al. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 1, p. 19-26, 2003.

VALENTE, Juliana Yurgel. **Prevenção do uso de drogas na adolescência: intervindo nos estilos parentais**. 2016. Tese de Doutorado.

GUIMARÃES, Ana Beatriz Pedriali et al. Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 36, n. 2, p. 69-74, 2009.

VASCONCELOS, Antonio Cleano Mesquita et al. Relações Familiares e Dependência Química: Uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 4, p. 321-326, 2016.

SILVA, Cicera do Nascimento Lugerio et al. DEPENDÊNCIA QUÍMICA ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA DAS FACETAS DA QUESTÃO SOCIAL. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 11, 2016.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Artmed Editora, 2009.

STAHL, Stephen M.; GRADY, Meghan M. **Transtornos Relacionados a Substâncias e do Controle de Impulsos: Ilustrados**. Artmed Editora, 2016.

CARVALHO, Carolina Abreu de; PINHO, Judith Rafaelle Oliveira; GARCIA, Paola Trindade. Epidemiologia: conceitos e aplicabilidade no Sistema Único de Saúde. 2017.

MOREIRA, Márcio Mariano; LARANJEIRA, Ronaldo; MITSUHIRO, Sandro Sendin. Uso de crack no Brasil e fatores psicossociais que antecedem esta tomada de decisão. **Salud & Sociedad**, v. 8, n. 3, p. 254-261, 2017.

SIMKIN, Deborah R. Adolescent substance use disorders and comorbidity. **Pediatric Clinics of North America**, v. 49, n. 2, p. 463-477, 2002.

BROWN, Robert T. Risk factors for substance abuse in adolescents. **Pediatric Clinics of North America**, v. 49, n. 2, p. 247-255, 2002.

MILES, Donna R. et al. A family history and direct interview study of the familial aggregation of substance abuse: the adolescent substance abuse study. **Drug & Alcohol Dependence**, v. 49, n. 2, p. 105-114, 1998.

NEWCOMB, Michael D. Identifying high-risk youth: Prevalence and patterns of adolescent drug abuse. **NIDA Research Monograph**, v. 156, p. 7-38, 1995.

SIMÕES, M. P.; SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Adolescência e Uso de drogas. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, p. 281-8, 2006.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 707-717, 2005.

PEREIRA VASTERS, Gabriela; PILLON, Sandra Cristina. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2011.

HAWKINS, J. David; CATALANO, Richard F.; MILLER, Janet Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. **Psychological bulletin**, v. 112, n. 1, p. 64, 1992

FARIA FILHO, Edson Arantes et al. Concepções sobre drogas por adolescentes escolares. 2015.

SANCHEZ, Zila M.; RIBEIRO, Karen J.; WAGNER, Gabriela A. Binge Drinking Associations with Patrons' Risk Behaviors and Alcohol Effects after Leaving a Nightclub: Sex Differences in the "Balada com Ciência" Portal Survey Study in Brazil. **PLoS One**, v. 10, n. 8, p. e0133646, 2015.

LARANJEIRA, R. et al. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 32, n. 3, p. 231-41, 2010.

SANCHEZ, Zila M. et al. Social factors associated to binge drinking: a cross-sectional survey among Brazilian students in private high schools. **BMC public health**, v. 11, n. 1, p. 201, 2011.

SWAHN, Monica H. et al. Alcohol-consumption behaviors and risk for physical fighting and injuries among adolescent drinkers. **Addictive behaviors**, v. 29, n. 5, p. 959-963, 2004.

CAMPOS, GM de; FIGLIE, N. B. Prevenção ao uso nocivo de substâncias focado no indivíduo e no ambiente. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, p. 481-494, 2011.

KAPLOW, Julie B.; CURRAN, Patrick J.; DODGE, Kenneth A. Child, parent, and peer predictors of early-onset substance use: A multisite longitudinal study. **Journal of abnormal child psychology**, v. 30, n. 3, p. 199-216, 2002.

REPPOLD, Caroline T. et al. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção**, p. 7-51, 2002.

DARLING, Nancy; STEINBERG, Laurence. Parenting style as context: An integrative model. **Psychological bulletin**, v. 113, n. 3, p. 487, 1993.

BAUMRIND, Diana. Effects of authoritative parental control on child behavior. **Child development**, p. 887-907, 1966.

MACCOBY, Eleanor E.; MARTIN, John A. Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. **Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology/Paul H. Mussen, editor**, 1983.

STEINBERG, Laurence; ELMEN, Julie D.; MOUNTS, Nina S. Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. **Child development**, p. 1424-1436, 1989.

LAMBORN, Susie D. et al. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. **Child development**, v. 62, n. 5, p. 1049-1065, 1991.

WEBER, Lidia Natalia Dobrianskyj et al. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 17, n. 3, p. 323-331, 2004.

DE PAIVA, Fernando Santana; RONZANI, Telmo Mota. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. 2009.

VAN RYZIN, Mark J.; FOSCO, Gregory M.; DISHION, Thomas J. Family and peer predictors of substance use from early adolescence to early adulthood: An 11-year prospective analysis. **Addictive behaviors**, v.37, n.12, p.1314-1324, 2012.

BENCHAYA, Mariana C. et al. Non-authoritative parents and impact on drug use: the perception of adolescent children. **J Pediatr (Rio J.)**, v. 87, p. 238-44, 2011.

ALVARENGA, Patrícia; PICCININI, Cesar. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 14, n. 3, 2001.

GOMIDE, Paula Inez Cunha; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Estilos parentais e comportamento anti-social. **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**, v. 1, p. 21-60, 2003.

GOMIDE, Paula Inez Cunha. Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação. **Petrópolis: Vozes**, 2006.
MERIKANGAS, KR, He, J., Burstein, M., Swanson, SA, Avenevoli, S., Cui, L., Swendsen, J. (2010). Prevalência ao Longo da Vida de Transtornos Mentais em Adolescentes dos EUA: Resultados do Estudo Nacional de Comorbidade - Suplemento ao Adolescente (NCS-A). **Jornal da Academia Americana de Psiquiatria Infantil e Adolescente**, v 49 , n 10, 2010.

DUFFY, A; HORROCKS, J; MILIN, R; DOUCETTE, S; PERSSON, G; GROF ,P J. Transtorno do uso de substâncias por adolescentes durante os estágios iniciais do transtorno bipolar: um estudo prospectivo de alto risco, 2012.

HERSH, J1; CURRY, JF; KAMINER, Y .What is the impact of comorbid depression on adolescent substance abuse treatment? **Substance Abuse**, 2014.

SCHILLING, EA; ASELTINE, RH Jr; GLANOVSKY JL, JAMES, A ; JACOBS, D. Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. **J Adolesc Health**, v 44, n 4, 2009.

WONG, SS; ZHOU, B; GOEBERT, D; HISHINUMA, ES. The risk of adolescent suicide across patterns of drug use: a nationally representative study of high school students in the United States from 1999 to 2009. **Soc Psiquiatria Psiquiatra Epidemiol**, v48, n 10, 2013.

ARMSTRONG,TD1; COSTELLO, EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. **J Consult Clin Psychol**, V 70, N 6, 2002.

COUWENBERGH, C1; VAN DEN BRINK, W; ZWART, K; VREUGDENHIL, C; VAN WIJNGAARDEN-CREMERS, P; VAN DER GAAG, R.J. Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders: a review. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v15, n 6, 2006.

Recommendations for Preventive Pediatric Health Care .**Bright Futures/American Academy of Pediatrics**. Disponível em: < https://www.aap.org/en-us/Documents/periodicity_schedule.pdf > . Acesso em 30 de abril 2018).

KNIGHT, JR1; SHERRITT, L; SHRIER, LA; HARRIS, SK; CHANG, G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v 156 n 6, 2002.

TENENBEIN M1. Do you really need that emergency drug screen? **Clin Toxicol (Phila)**, v 47, n4, 2009

HAYEK, Sn1; WIBBENMEYER, La; KEALEY, Ld; WILLIAMS, Im; ORAL, R, ONWUAMEZE O, LIGHT Td; LATENSER, Ba; LEWIS, Rw 2ND; KEALEY, GP. The efficacy of hair and urine toxicology screening on the detection of child abuse by burning. **J Burn Care Res.**, v 30, n 4, 2009.

ANNAS, GJ1. Testing poor pregnant women for cocaine--physicians as police investigators. **N Engl J Med**, v 344, n 22, 2001.

BROOKOFF D1; COOK CS; WILLIAMS C; MANN CS. Testing reckless drivers for cocaine and marijuana. **N Engl J Med**. v 331, n 8, 1994.

ROTTA, Newra Tellechea; OHLWEILER, Lygia; DOS SANTOS RIESGO, Rudimar. **Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar**. Artmed Editora, 2015.

WILD, Lauren G. et al. Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. **Journal of child psychology and psychiatry**, v. 45, n. 8, p. 1454-1467, 2004.

EAST, Patricia L.; KHOO, Siek Toon. Longitudinal pathways linking family factors and sibling relationship qualities to adolescent substance use and sexual risk behaviors. **Journal of Family Psychology**, v. 19, n. 4, p. 571, 2005.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 299-306, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

ANTUNES, Joaquina et al. Catatonia em um adolescente após uso de mefedrona como droga recreativa. **Sci. med**, v. 23, n. 3, 2013.

GALLARDO, Eugenia; QUEIROZ, J. A. The role of alternative specimens in toxicological analysis. **Biomedical Chromatography**, v. 22, n. 8, p. 795-821, 2008.

BAKER, Jacquelyn E.; JENKINS, Amanda J. Screening for cocaine metabolite fails to detect an intoxication. **The American journal of forensic medicine and pathology**, v. 29, n. 2, p. 141-144, 2008.

HOFFMAN, Robert J. Testing for drugs of abuse (DOA). UpToDate. 2017. Disponível em: < <http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 12/05/2018

BUKSTEIN, Oscar. Substance use disorder in adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. UpToDate. 2016. Disponível em: < <http://www.uptodate.com/online>>. Acesso em: 12/05/2018

TABORDA, José GV; CHALUB, Miguel; ABDALA-FILHO, Elias. **Psiquiatria forense**. Artmed Editora, 2016.