

Sociologia e drogadição

Geraldo Caliman

Vittorio Pieroni



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
**Intervenção
Sociocultural**
EM CONTEXTOS ESCOLARES E NÃO ESCOLARES

SOCIOLOGIA E DROGADIÇÃO

PRESIDENTE DA REPÚBLICA: Dilma Vana Rousseff
MINISTRO DA EDUCAÇÃO: Aloizio Mercadante

SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
DIRETOR DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA DA COORDENAÇÃO DE
APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES:
João Carlos Teatini de Souza Clímaco

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
UNICENTRO**

REITOR: Aldo Nelson Bona
VICE-REITOR: Osmar Ambrósio de Souza
DIRETOR DO CAMPUS SANTA CRUZ: Ademir Juracy Fanfa Ribas
VICE-DIRETOR DO CAMPUS SANTA CRUZ: Darlan Faccin Weide
PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPESP: Marcos Ventura Faria
COORDENADORA NEAD/UAB/UNICENTRO: Maria Aparecida Crissi Knüppel
COORDENADORA ADJUNTA NEAD/UAB/UNICENTRO: Jamile Santinello

SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES

DIRETOR: Carlos Eduardo Schipanski
VICE-DIRETOR: Adnilson José da Silva

CHEFIA DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA

CHEFE: Ademir Nunes Gonçalves
VICE-CHEFE: Marcos Gehrke

**COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO E
FORMAÇÃO EMPREENDEDORA MODALIDADE A DISTÂNCIA**

COORDENADORA DO CURSO: Suzete Terezinha Orzechowski Brandalize
COORDENADORA DE TUTORIA: Laurete Maria Ruaro

COMITÊ EDITORIAL DO NEAD/UAB

Aldo Bona, Edelcio Stroparo, Edgar Gandra, Jamile Santinello, Klevi Mary Reali,
Margareth de Fátima Maciel, Maria Aparecida Crissi Knüppel,
Rafael Sebrian, Ruth Rieth Leonhardt.

GERALDO CALIMAN
VITTORIO PIERONI

SOCIOLOGIA E DROGADIÇÃO

REVISÃO ORTOGRÁFICA
Daniela Leonhardt
Maria Cleci Venturini
Soely Bettes

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO
Andressa Rickli
Espencer Ávila Gandra
Luiz Fernando Santos

CAPA
Espencer Ávila Gandra

GRÁFICA UNICENTRO
180 exemplares

Nota: O conteúdo da obra é de exclusiva responsabilidade dos autores.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
QUADRO TEÓRICO	13
TRANSGRESSÃO - DEPENDÊNCIA - TOXICODEPENDÊNCIA: DINÂMICAS E PERSONALIDADE	27
O MUNDO DAS DROGAS E AS DROGAS DO MUNDO	39
ADOLESCÊNCIA: UM PERÍODO A RISCO?	75
O CONTROLE SOCIAL SOBRE A TOXICODEPENDÊNCIA	93
MELHOR PREVENIR QUE REMEDIAR	107

INTRODUÇÃO

CENÁRIO DA “GERAÇÃO OGM” ORGANISMOS GENETICAMENTE MODIFICADOS

“Os espinhos, para que servem?” perguntou o Pequeno Príncipe. “Os espinhos não servem pra nada, é uma pura maldade por parte das flores”

“Não acredito! As flores são tão frágeis. São ingênuas. Se defendem como podem. Se acreditam terríveis com seus espinhos...”

A imagem da flor que protege a própria fragilidade, rodeando-se de espinhos, serve também para comparar com as gerações atuais como organismos geneticamente mudados. A partir do momento que aparecem sobre o palco da vida, procuram se protegerem com os ‘espinhos’ dos quais gostam de munirem-se (rebeliões, transgressividade, comportamentos de risco, drogas...).

a. A geração Techno. São ávidos de informações, maníacos de face book e chats, até o ponto em que confundem o virtual com o real, excitados pelo uso de videogames violentos, seduzidos pelos *IPods* que carregam como se fossem próteses, descarregam da internet tudo que podem numa espécie de “vampirismo colecionista”; dependentes dos celulares como se fosse uma

parte acoplada a si mesmos, ao ponto de perder a percepção dos confins entre a realidade e o virtual, até caírem em uma espécie de autismo solipsista; pequenos surdo mudos, inibidos pela musica perenemente presente nos ouvidos, que os fecha em uma espécie de contêiner vazio, inacessível às relações diretas, contatos físicos reais; sabem administrar o poder destes sempre mais potentes meios com uma pericia inigualável em relação ao mundo adulto.

b. Cibernautas. Frequentam a praça virtual onde se expõem diariamente lançando na rede uma onda de pensamentos, emoções, revelações, provocações, imagens, segredos, confissões, diálogos..., um fluxo que deixam correr convulsivamente como um rio na enchente, atropelados pela pressa em crescer, de queimar etapas, de demonstrar que existem, de contar..., atrás das tempestades de hormônios, e das emoções virtuais amplificadas.

c. Gerações geneticamente mudadas, dotadas de identidade líquida, fragmentada. Têm a mania de filmar com o celular as mini-realidades, feitas na escola ou em casa, para depois difundi-las via redes sociais para dar espetáculo de si mesmo, para imitar os mitos da tv, para demonstrar a si mesmos e aos outros de serem “alguém”, para “pagar a conta” da afiliação a uma turma, a uma gangue, a uma tribo, para organizar hierarquias dentro desses grupos; impermeáveis a todos os estímulos que não venham do grupo, acorrentados uns aos outros em uma invisível gaiola virtual, contagiados por modelos de referência, como epidemias; no entanto se trata sempre de relações com o outro por meio de imagens, que induzem a formas de *cyberbullying*, agressões online, manifestações com o rosto mascarado pela rede...

d. “Se acreditam como terríveis com seus espinhos”. De sua caixa mágica emanam mensagens subliminares e obsessivas que, enquanto intoxicam a fantasia com a miragem dos mitos que somente poucos privilegiados conseguem (jogadores, celebridades, cantores...) ao mesmo tempo acabam inflacionando os valores importantes da vida. Camuflados sob uma fachada de hombridade, aprendem bem cedo a administrar uma vida dupla que escondem aos pais e professores. Não habituados a encontrar-se consigo mesmos, a interagirem, a se escutarem, vencem o medo de serem reciclados, jogando a própria intimidade na praça virtual. E graças a esta estratégia se tornam espectadores de si mesmos, elaboram com perícia o próprio retrato na rede. E é assim que se oferecem sobre a vitrine virtual, construindo em torno de si mesmos uma espécie de moldura digital a partir da qual disparam as suas provocações para depois fecharem-se em seus espinhos, no seu ninho impenetrável ao mundo adulto.

Dos diferentes estudos sobre a situação juvenil, que insiste em penetrar nesse quase inacessível mundo adolescencial, emerge uma galeria de perfis que podem ser assim definidos:

- Uma adolescência dilatada e prolongada, vivida na família por longo tempo;
- A necessidade de pertença a um grupo de amigos: uma característica condicionante e pré-requisito para a partilha das experiências interrelacionais;
- Presentismo absolutizado: tudo e logo, o “átimo que foge...”;
- A dependência dos ditames da moda e dos estilos de vida homologados e condicionantes;
- A necessidade de protagonismo transgressivo para emergir em meio à massa;
- A inclinação à reação explosiva (acting out) no momento em que a angustia se torna ingovernável;
- Distância e desencanto com a vida pública e política;
- A religiosidade recolhida ou rejeitada, particularmente no período da adolescência para a juventude, ou as vezes vivida em formas emocionais e subjetivas;
- A verdadeira religião é o culto da imagem virtual;
- A dimensão ética interpretada e vivida na medida do próprio uso e consumo: dispostos a tudo para medir os valores do próprio corpo, a necessidade de fixar-se um preço;
- Os mitos: o corpo, o sexo, o ‘look’, o exibicionismo, as aparências, o dinheiro, a carreira, o sucesso... parecem o espaço onde corre o fluxo por onde passa o sentido da vida e da existência.

De modo particular duas áreas conceituais estão sob análise nestas unidades didáticas: a questão do mal-estar social dos jovens que se manifesta em expressões às vezes de violência e às vezes de consumo de drogas; e o lugar da educação entendido aqui como espaço de prevenção seja em ambientes escolares que em não-escolares. No centro do objeto de pesquisa não se situa tanto o “problema das drogas”. Entendemos as manifestações de dependência de substâncias como sintomas de um mal estar que subsiste na sociedade. Sociedades cujos filhos se drogam colhem os frutos de uma cultura subjacente às relações sociais que nela intercorrem. Se existem problemas, estes seriam encontrados nas estruturas e nas culturas violentas que se reproduzem dentro das relações que se têm desenvolvido na sociedade. Neste sentido as drogas como também outros sintomas como as violências são considerados aqui expressões de um mal-estar, uma maneira de exprimir, de dizer que direitos fundamentais estão sendo negados no itinerário de quem deles precisa para responder aos desafios que a sociedade mesma impõe à infância e à juventude.

Por um lado, existem problemas em nossa sociedade capazes de provocar expressões de mal-estar: condicionantes culturais e estruturais como a desigualdade social, a negação de direitos fundamentais, a exclusão social. A pobreza não parece ser por si só matriz condicionante de comportamentos ligados à drogadição. A associação de vários fatores, tais como sentimentos de insatisfação provocada por manifestações da desigualdade social, a frustração de direitos fundamentais, condições de exclusão social podem agravar essas condições e facilitar o consenso em torno de culturas de marginalidade capazes de reforçar os comportamentos antissociais (CALIMAN, 1998; 2008).

Portanto, a compreensão da realidade social que nos é oferecida pelas Ciências Sociais nos dá, através do método sociológico e de suas pesquisas, uma base que nos permite construir práticas e metodologias apropriadas para cada situação: para crianças e adolescentes em situação de abandono, para jovens envolvidos com a dependência de drogas, para grupos em situação de risco de envolvimento em culturas de gangues e de violência etc. A dimensão prática da Pedagogia Social, na forma da Educação Social pertence à área dos novos “espaços da educação”, necessários e, diria, até imprescindíveis para planejar metodologias específicas de educação. Essas metodologias que crescem nos “novos espaços da educação” são um recurso capaz de produzir espaços criativos e geradores de bem-estar. E a cultura enquanto expressão da subjetividade e da interatividade humana manifesta-se um recurso indispensável na educação, de modo particular na Educação Social.

Ora, num rápido relance podemos lembrar que a Educação, e de modo particular com o sobrenome Social (ROMANS; PETRUS; TRILLA, 2003), pode construir e validar cientificamente técnicas, dinâmicas de relações humanas que favoreçam a prevenção de culturas de violência e a recuperação da saúde de jovens com problemas de dependência. Entendemos que na base de comportamentos antissociais e violentos estariam condições culturais que os sustentam e alimentam. Sabemos, por exemplo, que a simples desintoxicação química de drogas, que pode acontecer em questão de alguns meses, não iria resolver o problema em sua raiz (CALIMAN; PIERONI, 2001). Pois na verdade o uso de drogas pode ser a reação a um mal estar vivido pelas pessoas, uma incapacidade de conviver com os problemas e com as pessoas na vida cotidiana; pode ser um mecanismo de fuga da realidade, que leva à “compra” e ao consumo de estados de ânimo compensatórios. Para uma recuperação verdadeira, além da desintoxicação da substância química é necessário um período de reconstituição da própria identidade, da autoestima, do estilo das relações sociais, mesmo dentro de condições culturais adversas. E estes novos espaços de educação são teoricamente e metodologicamente fundamentados na Educação e de modo especial pela Pedagogia Social.

Tais soluções se desenvolvem em forma de técnicas, dinâmicas, planejamentos, projetos educativos são modos de responder à luz da ciência aos problemas vividos no cotidiano educativo.

Podemos nos inspirar em Paulo Freire, para quem o processo de mudança advém através da tomada de consciência do objeto da aprendizagem. Para o educador brasileiro a realidade deve ser mediatizada pelo sujeito, do contrario toda palavra que se exprime acaba sendo uma palavra abstrata e vazia, um mito distante, uma ausência de sentido. O educador procura ser um mediador do sentido da realidade vivida em quanto em sintonia com o educando consegue falar a mesma língua dele: a sua palavra adquire um sentido e eficácia porque ele mesmo, enquanto educador, tem um sentido para o educando. A busca de sentido atiza a vontade de mudança e de responsabilidade pessoal. O processo de responsabilização requer motivação para a mudança. O “outro”, quando significativo, enquanto educador, tem incidência sobre opiniões, atitudes, valores e comportamentos do sujeito educando. No fundo é preciso despertar e construir uma motivação de fundo que leve o sujeito a investir em uma causa e a ativar a mola da mudança: compreender que a beleza das flores comportam também a convivência com os espinhos.

CALIMAN, G. **Paradigmas da exclusão social**. Brasília: Universa/UNESCO, 2008, 350 p.

CALIMAN, G.; PIERONI, V. **Lavoro non solo**. Lavoratori tossicodipendenti: modelli sperimentali d'intervento. Milano: Franco Angeli/Ministero del Lavoro, 2001. 243 p.

CALIMAN, G. **Desafios riscos desvios**. 1. ed. Brasília: Universa, 1998. v. 1. 300 p.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio: Paz e Terra, 1992.

ROMANS, M.; PETRUS, A.; TRILLA, J. **Profissão educador social**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

QUADRO TEORICO

Muitas são as teorias que podem servir para uma explicação do porque as pessoas recorrem às drogas. Historicamente vários foram os paradigmas que interpretaram os comportamentos de risco, os comportamentos divergentes e delinquenciais.

A concepção da sociedade muda de acordo com o período histórico, especialmente na sociedade industrial e pós-industrial, e depende do antagonismo das classes, das relações de produção e da organização da sociedade. A partir do desenvolvimento da sociedade industrial o trabalho e as competências culturais, técnicas e profissionais úteis à inserção no mercado de trabalho tornam-se essenciais ao cidadão para a aquisição da renda, para a participação na sociedade. E a falta dessas competências provoca a sua exclusão social. Os sujeitos ou grupos sociais que conseguem seguir a organização e a nova mentalidade moderna — caracterizada pela eficiência, pela racionalidade e pela competência cultural — se sentem mais integrados e conseguem obter recursos suficientes para nela sobreviver. No entanto, aqueles cidadãos que rejeitam a aquisição de tais valores tendem a ser considerados “diferentes” (diferente físico, racial, sexual, mental, profissional, desviante etc.) e a serem marginalizados.

Nem todas as condições de marginalidade provocam ou desembocam necessariamente em delinquência. No entanto, algumas podem desencadear reações negativas e problemáticas, entre elas o uso de drogas para mitigar condições insuportáveis de vida. Outras podem provocar reações positivas cujo

primeiro sintoma é a necessidade de superar as condições de miséria, de pobreza ou de marginalidade. Essa necessidade de superação surge de uma capacidade de resiliência presente no indivíduo, ou de superação da marginalidade: o sujeito conta com recursos internos muitas vezes desconhecidos. Podemos formular a hipótese segundo a qual o malestar que acompanha a condição de marginalidade tenha uma probabilidade de desencadear reações problemáticas em diferentes níveis: a aceitação consciente do estado de marginalidade, as doenças mentais, o uso de substâncias tóxicas, o comportamento criminal. No âmbito da sociologia do desvio encontramos aproximações de tendências diversas que contemplam a relação entre marginalidade e comportamentos de risco, delinquência e dependências. Veremos a seguir algumas dessas tendências.

PARADIGMAS QUE INTERPRETAM CONDIÇÕES DE MARGINALIDADE

TENDÊNCIA POSITIVISTA

As teorias de tendência positivista (psicofísicas) concebem a desigualdade, a pobreza e a marginalização como fenômenos naturais, consequências de causas hereditárias e de degradação humana. A “teoria dos elitistas” (PARETO, 1984) de matriz darwiniana, por exemplo, considera a marginalização como um valor por selecionar os mais capazes dos outros. O marginal é identificado como “criminoso, homem selvagem e ao mesmo tempo doente” (LOMBROSO, 2001), cujos traços de caráter e comportamento demonstram, entre outras características, o uso de tatuagem, sensibilidade menor à dor, grande acuidade visual, o mancinarismo, o caráter atávico, a grande insensibilidade moral e afetiva, as paixões (álcool, jogo, libido, vaidade) etc.

Tal perspectiva tem valor explicativo do modo como muitas vezes, ainda hoje, segmentos da sociedade interpretam o fenômeno da marginalidade, da delinquência, das dependências. Os miseráveis, os doentes de AIDS, os drogados, os meninos de rua são identificados e etiquetados como marginais, no sentido moral e médico. Essa tendência persiste e no momento de intervir na realidade social prioriza a defesa da sociedade por meio de estratégias segregacionistas: o menor de rua como doente social, delinquente, o drogadicto é considerado um caso perdido. A intervenção típica dessa tendência é a de preservar a sociedade contra o perigo de “contágio” representado pelos presumíveis doentes sociais, confinando-os em prisões ou fazendas, de preferência o mais longe possível da sociedade. É um modo útil de fugir do problema e de

evitar que a consciência dos ‘bons cidadãos’ seja questionada pela presença incômoda dos meninos de rua ou dos drogados. É evidente que tais pessoas não se encontram na rua porque são delinquentes, mas porque são pobres, marginalizados, excluídos. O problema central então é um problema social e não um problema policial e delinquencial. Não serve de nada tratá-lo como um caso de polícia e segrega-los socialmente, como se os drogados fossem os leprosos de um tempo. O remédio não se situa na mera repressão via controle social ou policial, por mais importante que ele seja, mas no trabalho preventivo, curativo e responsabilizante, que depende de políticas sociais e de assistência social, sérias e articuladas.

TENDÊNCIA FUNCIONALISTA

O funcionalismo, presente em meados do século XX reitera uma concepção da sociedade como um corpo social unitário, e tende a interpretar a marginalidade como fruto da não integração social ou de uma falta de socialização. Para controlar os problemas gerados pela marginalidade, como a delinquência e a dependência, o paradigma funcionalista privilegia, ações e meios coercitivos e o reforço do controle social, particularmente a polícia. A utilização de meios coercitivos se dá quando as condições geradas pela situação de marginalidade de muitos cidadãos se revela, segundo sua interpretação, destrutiva para o sistema social. A utilização “funcional” da marginalidade é promovida pela criação de mecanismos de culpa (“marginais” como bodes expiatórios) ou referenciais negativos para que os grupos considerados “integrados” sejam recompensados pela sua integração e pelo consenso que dão ao sistema social. Essa perspectiva de tendência funcionalista tem suas origens em T. Parsons, R. Merton e Davis (PARSONS, 1964).

Na sua teoria da anomia, Robert Merton sustenta que os sujeitos pertencentes a certos grupos sociais encontram dificuldade para atingir as metas (teoricamente prometidas a todos) utilizando os meios sociais oficiais. A marginalidade é explicada como um mal-estar causado pela impossibilidade de certos indivíduos de encontrarem meios aptos ao conseguimento dos fins compartilhados pela sociedade. A motivação do ato delinquencial é proporcional à discrepância entre as aspirações do sujeito e os meios de que ele dispõe para satisfazê-las; quem sofre mais com esse tipo de discrepância ou de pressão são os mais pobres. Como consequência essa interpretação descarrega nos pobres a culpa pela sua exclusão. Segundo essa concepção as condições de marginalidade, de delinquência e dependência química seriam fenômenos típicos das classes sociais inferiores, visto que são elas que sofrem mais frequentemente o mal-estar provocado pela discrepância entre metas (aspirações) e meios para atingi-las. Em outras palavras: o sistema social

promete recursos a todos; mas tem gente, como os ricos, que levam vantagem nessa corrida pelos recursos.

Cohen, na sua teoria da privação de status, partindo da discrepância entre aspirações e meios prefigurada por R. Merton, acrescenta que os meios são distribuídos de modo desigual: os jovens das classes pobres são formados dentro da própria cultura, mas no período da formação escolar entram em contato com a cultura da classe média, que serve para eles como base de confronto com a própria. Cria-se uma situação de conflito quando o sujeito descobre que está em desvantagem em relação aos outros de classe média. O mal-estar consequente pode desembocar em comportamentos coletivos, subculturais, particularmente dentro das gangues. É um modo de os jovens enfatizarem os próprios valores e de reagirem coletivamente aos valores impostos pela classe média. Cohen (1965) chama essa teoria de “teoria da privação de status”. Tal teoria ajudaria a interpretar a autoconsciência da marginalidade: as gangues são consideradas uma maneira de se comunicar e uma busca de segurança no grupo. Hoje, além da socialização escolar como elemento provocador da consciência de privação, devemos considerar também a influência dos meios de comunicação na criação da consciência da privação de status.

Um outro autor, Travis Hirschi (2005), que compõe esse paradigma desenvolve uma interessante teoria do controle social a nível macrossocial, atribui os comportamentos divergentes, delinqüenciais, e uso de drogas à carência de socialização normal e à inexistência de um controle social eficaz. O autor distingue o controle entre interno (desenvolvimento do autocontrole) e externo (dos pais, da sociedade). O controle é eficaz, segundo o autor, quando o sujeito tem boas relações afetivas com os pais, tem sucesso na escola, empenha-se em atividades extraescolares, tem aspirações altas e confiança na validade das normas sociais. A teoria do controle social considera o grupo dos coetâneos e as gangues como o lugar de maior manifestação de problemas comportamentais. A participação no grupo de coetâneos, em determinadas circunstâncias, facilitaria o comportamento de risco: jovens com problemas em comum, com dificuldades em manter verdadeiras amizades, com baixo autocontrole, quando integrados em determinados grupos (turmas, gangues), tendem a cometer atos delinqüenciais com mais frequência do que os que não manifestam tais problemas.

CONTRIBUIÇÕES DA SOCIOLOGIA URBANA [ESCOLA DE CHICAGO]

A Escola de Chicago afirma que a ocorrência de processos de marginalização são mais frequentes nas áreas geográficas caracterizadas pela desorganização urbana e social. Segundo os autores tais agregações

sociais seriam funcionais à presença de grupos delinquentiais, os quais transmitem culturalmente um conjunto de valores que servem como matriz dos comportamentos transgressivos. Se no início a aprendizagem dos comportamentos delinquentes e a drogadição tem motivações lúdicas, num segundo momento eles são sustentados por motivações de caráter utilitarista (SHAW; McKAY, 1942). Sutherland e Cressey (1947), na sua teoria das associações diferenciadas, interpreta o desvio como um comportamento que se aprende na interação seja com o ambiente familiar, seja com o grupo de coetâneos; aprendem-se não somente as técnicas, mas também as motivações, as racionalizações, as atitudes e opiniões próprias da transgressividade, da delinquência, da drogadição.

Os territórios urbanos problematicamente estruturados identificados mais frequentemente em aglomerados com pouca organização urbanística, como as favelas e as invasões, tendem, segundo os teóricos da Escola Sociológica de Chicago, a produzir uma marginalidade localizada que, junto com a marginalidade econômica, contribui para a emergência da cultura criminal, sendo que os grupos sociais não integrados são mais vulneráveis à influência e às pressões do crime organizado aliado ao furto, ao tráfico etc. Nos bairros socialmente desorganizados tendem a desenvolver atitudes afinadas com a marginalidade, como o temor, a cumplicidade, a tolerância e a indiferença em relação ao tráfico, à delinquência e à transgressão: nascem assim as premissas para o desenvolvimento de comportamentos delinquentes: um “terreno fértil de cultura no qual se instala, cria raízes e prospera o crime organizado.

TENDÊNCIA MARXISTA

Marx considera o processo de marginalização como um produto e uma consequência intrínseca ao capitalismo (1996). Para se eliminar a marginalidade é necessário promover mudanças estruturais na sociedade, na política, no sistema social que se inicia com a consciência do proletariado e desemboca na revolução, até a eliminação da propriedade privada e a organização do comunismo como sistema de governo. O neomarxismo não interpreta o conceito de marginalidade como se fosse uma falta de integração ou não ao sistema social, mas como uma consequência produzida no e a partir do desenvolvimento, por motivos de interdependência entre centro e periferia, entre polo moderno e polo marginal, entre estratos centrais e estratos residuais. Fenômenos de transgressão, desvio e delinquência seriam investigados transversalmente, tanto nas classes inferiores como nas superiores. Na interpretação marxista as classes dirigentes e hegemônicas considerariam como desviante e delinquential o comportamento que, na competição social, prejudica os interesses de classe da burguesia. Visto que a classe dominante é o

referencial do sistema, ela se encontra, de partida, em condições privilegiadas para julgar aquilo que é transgressão e o que não é, ou o que constitui ou não a marginalidade, delinquência, comportamento divergente. Nessa perspectiva os pobres seriam facilmente considerados 'marginais' na sua exasperada tentativa de satisfazer as necessidades negadas.

TENDÊNCIA INTERACIONISTA

O desvio e a marginalidade são produtos da construção social, nascem dentro de um processo interativo no qual tomam parte quatro elementos: o sujeito que comete a transgressão, a norma que a sanciona, a reação social e o controle social. Mais que a ação transgressiva em si, o interacionismo se concentra no estudo do significado que ela assume por parte do indivíduo que a comete, e por parte do senso comum que a percebe. A perspectiva interacionista (BECKER, 2008) indaga sobre a formação da identidade (*self*) do indivíduo a partir do momento em que ele enfrenta a reação de estigmatização por parte da sociedade: a consciência da própria diversidade em relação aos outros o constringe a interiorizar um conceito de si como delinquente, drogado, marginal, em consonância com as expectativas provenientes da sociedade. Daqui advém a aceitação passiva da marginalidade: o indivíduo assume as expectativas que os outros projetam nele, as expectativas do controle social, sendo a transgressão uma maneira que ele encontra para comunicar o novo papel que lhe foi atribuído pela sociedade.

D. Matza (1961) desenvolve tal teoria, aprofundando o processo mediante o qual o sujeito se torna desviante. Ele distingue três etapas, graduais e integradas, desse processo: a **afinidade**, ou a percepção por parte do sujeito de uma inclinação para a transgressividade: ele já se sente em desvantagem com relação aos outros, percebe um mal-estar e tem consciência de sua condição social inferior. A segunda etapa, é chamada de **afiliação** e refere-se à adesão ao modelo transgressivo como solução para a aplicação que os outros fazem no momento em que é taxado (estigmatizado) de 'marginal'. Ele acaba assumindo uma identidade que lhe é atribuída pelo estigma. E, por último, uma terceira etapa é chamada pelo autor como a **estigmatização** por parte da sociedade, que o considera e o trata como delinquente, drogado, marginal. Esse processo, composto por três fases, é gradual, crescente e integrado, e tem maior probabilidade de desencadear-se a partir de situações de mal-estar e de marginalidade dos indivíduos. Vamos aprofundar no próximo item essa perspectiva, pois ela parece ter muita capacidade de explicação do processo através do qual ocorre a construção da identidade dos sujeitos envolvidos com a droga no momento em que ele é taxado (estigmatizado) como 'drogado', 'craqueiro', 'delinquente'.

PROCESSO SEGUNDO O QUAL O SUJEITO SE TORNA UM DEPENDENTE

David Matza (1961) no seu estudo sobre a carreira delinquencial prefigura uma teoria segundo a qual o sujeito: desenvolve os motivos pelos quais ele busca comportar-se transgressivamente; dispõe de oportunidades para se comportar transgressivamente; aprende não somente as técnicas, mas também os valores transgressivos; está consciente de fato que tal comportamento é transgressivo em relação às expectativas que as pessoas têm em relação a eles (normas sociais informais) e das leis (normas sociais formais). Segundo o autor, o processo segundo o qual um indivíduo se torna um transgressor é descrito nas três etapas que acabamos de lembrar acima: afinidade, afiliação e estigmatização.

AS MOTIVAÇÕES: AFINIDADE COM AS SITUAÇÕES DE RISCO

Parte-se do princípio segundo o qual o consumidor busca intencionalmente a droga porque tem vontade de fazê-lo. Para ele o consumo de álcool ou da droga parece aceitável. Mas ele sabe perfeitamente que a opinião pública não pensa bem assim. A resposta à pergunta sobre o porquê uma pessoa busca bem-estar na droga é complexa. Encontramos, de fato, uma infinidade de motivações que se manifestam como uma modalidade de resposta às necessidades físicas, psicológicas e sociais do indivíduo. Talvez é melhor interpretar a droga como um substitutivo das verdadeiras necessidades dos indivíduos. Heitzeg (1996, p. 295) procura individualizar uma série de motivos, resumidos a partir da síntese de várias pesquisas:

O uso de substâncias tem sido explicado por estudiosos, pesquisadores e pelos mesmos consumidores por diferentes motivos: para aliviar a dor física; para compensar a deficiência na produção de endorfina por parte do organismo; para intensificar as forças físicas; uma ajuda para correr, produzir euforia, energia e intensificar a percepção sensorial; para aliviar as tensões, a ansiedade, a depressão; uma fuga da dor psicológica ou dos fatores estressantes; para compensar a frustração de expectativas; como fonte de identidade, de autoestima, de autodefesa; pela pressão do grupo de coetâneos – o sentido de pertença, de sentir-se bem e parte de um grupo; como uma expressão da desconfiança e fuga do controle familiar, interpessoal e legal; para incrementar a concentração, a criatividade e as habilidades; para sentir-se bem e excitar-se; para liberar-se da inibição e aumentar a sociabilidade para fugir das exigências do autocontrole e das responsabilidades; para

recompensar ou punir a si mesmo; para adquirir conhecimento; como expressão de tendências pessoais à autodestrutividade, ao suicídio e desejos de morte.

Essas motivações podem mudar durante o curso da carreira do toxicodependente: se no início ele precisa de sociabilidade e de fuga dos problemas gerados pelo estresse, mais tarde ele buscará somente um alívio dos sofrimentos provocados pela abstinência.

A motivação pode influenciar também a escolha da substância. Os membros de uma gangue buscam na cocaína e no crack a fonte da força física e moral que não encontram mais por si mesmos; pessoas inibidas e necessitadas de sociabilidade buscam mais facilmente no álcool a resposta para seus problemas. Pessoas estressadas tendem a buscar drogas relaxantes e depressivas.

De uma pesquisa de Caliman e Pieroni (2001, p. 116), realizada em uma realidade italiana, os principais motivos que levaram os dependentes ao uso de drogas são: curiosidade, sensação, teste (65%); Insatisfações (57%); para enfrentar com mais coragem os problemas (47%); solidão (46%); problemas com os pais (45%); busca de novas sensações (45%); influência de amigos (35%); perda do sentido da vida (33%); problemas relacionais com o outro sexo (22%); incerteza sobre a inserção no mundo do trabalho (15%).

Das diferentes pesquisas realizadas por eles, os autores acima ressaltam:

- a. A insatisfação existencial, quase que um vazio de valores e de sentido da vida que fundamentam a vontade de viver. Tal vazio tende a gerar o desejo de busca de novas sensações e de experimentar, através de substâncias psicoativas, novas emoções, sensações envolventes não fáceis de encontrar no dia a dia da vida real.
- b. A pobreza no âmbito das relações humanas, assinaladas nas situações de solidão, ou de problemas com os pais, pelas dificuldades nas relações com os amigos, com o outro sexo, o companheiro de relações afetivas e os colegas de trabalho.
- c. A dificuldade de enfrentar a vida em certos momentos particulares de crise ou a ilusão de enfrentar melhor tais momentos com a ajuda das drogas. O medo de não conseguir a dar conta do recado e das tarefas da vida quotidiana, mas também às expectativas das pessoas com relação a elas. A essas realidades emergem também problemas relacionados à pobreza, como a falta de trabalho, os problemas econômicos e com a escola, a dificuldade de inserção no trabalho.

Se, por um lado, o estudo dos fatores de risco pode nos ajudar a entender os condicionamentos negativos que levam à dependência, por outra,

o conhecimento das motivações de quem busca na droga um substituto da felicidade pode nos ajudar na programação de intervenções no âmbito da prevenção e da recuperação. Leavitt (1995, 210-214) resume uma lista das motivações sintetizadas da literatura:

- para produzir sentimentos positivos e reduzir a ansiedade e a depressão;
- para relaxar;
- para incrementar as energias;
- para trabalhar e estudar com mais disposição;
- para mascarar a angustia manifesta no medo, nos desejos de escapar às responsabilidades;
- para permitir-se uma reação em forma de vivência de um papel ou de um comportamento que a pessoa não teria coragem para assumir nas condições normais de vida;
- como uma ajuda para obter a atenção, a aceitação e o afeto;
- como uma ajuda para exprimir os sentimentos;
- como um modo para encontrar independência;
- maneira para demonstrar rebeldia e indignação contra a autoridade e a sociedade em geral;
- como ajuda para encontrar sentido na vida;
- para expandir a consciência e a criatividade;
- pelo gosto de viver situações de excitação e de risco;
- para passar 'bons momentos' com os amigos
- por curiosidade.

Uma síntese das motivações adaptada à realidade dos adolescentes foi elaborada por alguns autores (NEWCOMB et al. 1988) e reflete uma dezena de razões:

- a. reduzir as emoções negativas: diminuir o tédio, superar a ansiedade e as tensões; afastar sentimentos de tristeza e de depressão;
- b. provocar emoções positivas e criatividade: conhecer-se melhor; mostrar-se mais criativo e original; sentir melhor o que se faz; entender a realidade de uma perspectiva diferente; sentir-se bem consigo mesmo;
- c. coesão social: sentir-se bem com as pessoas; ceder à pressão dos amigos que usam droga; justificativa de que "todos usam"; sentir-se bem e por longo tempo com os amigos;
- d. dependência: como uma ajuda para superar o dia; para superar a síndrome de abstinência; como ajuda em meio aos problemas da vida.

APRENDER AS TÉCNICAS, AS ATITUDES E OS VALORES: A AFILIAÇÃO

As pessoas não se tornam dependentes facilmente sem terem iniciado um processo de afiliação. Particularmente no caso da dependência química, onde o sujeito precisa aprender o *know how* e as atitudes, inserir-se e empoderar-se nos estilos de vida de quem usa drogas. Isso significa interiorizar um conjunto de valores.

A aprendizagem das técnicas, das atitudes e dos valores ligados ao mundo da dependência emergem inicialmente em um contexto coletivo. São raros os sujeitos que se iniciam sozinhos. O grupo e os modelos de referência são fundamentais como sustentação à aprendizagem. A associação entre grupo de pertença e a interação em uma subcultura da dependência constitui-se em um contexto favorável ao uso: a aprendizagem de informações para encontrar a droga, quem a fornece e em quais condições; a aprendizagem das técnicas e das modalidades de aplicação e consumo; a aprendizagem dos significados do uso. E na maioria é o grupo que fornece essas condições otimizadas para prover, na companhia de amigos, ao gozo das “delícias” que se espera dos respectivos efeitos.

Em um segundo momento, alguns consumidores passam a usá-la individualmente: o alcoolista solitário, o cocainômano solitário, o usuário de crack solitário. Outros consumidores se abrem para os espaços subculturais fornecidos pelos ambientes e espaços mais ou menos livres (cracolândias), pela participação a festas e eventos coletivos (por ex. discotecas, concertos etc.).

Os graus de envolvimento são diferenciados. Alguns dependentes, consumidores ocasionais, movem-se pela curiosidade, pela pressão dos amigos e da própria situação em que estão vivendo. Outros, e aqui se encontram um bom número daqueles que consomem ecstasy, são consumidores ocasionais em modalidade “recreativa”. Estes últimos se encontram em situação de alto risco de passar do ocasional para o periódico, e por fim à dependência profunda. A necessidade de encontrar a droga sempre e periodicamente, e de encontrá-la de boa qualidade, associado à falta de recursos econômicos os empurra em direção ao tráfico. Fornecimentos iniciais tendem a ser feitos até gratuitamente para abrir o caminho em direção a uma dependência que os obriga a conviver com personagens diferentes dos da vida cotidiana anterior: colegas de consumo, fornecedores e traficantes; mas não só: também uma interação indesejada, imprevisível e inevitável com as agências de controle social, representado principalmente pela polícia, mas também pelos agentes de controle médico-sanitário. Os traficantes por sua vez têm à disposição um exército articulado, hierarquizado, remunerado, motivado com o objetivo de obter lucro: a droga como negócio lucrativo. Para eles a norma é clara: jamais usar o próprio produto.

Um ulterior fator a ser analisado nesse contexto de afiliação refere-se à visibilidade social dos consumidores. Alguns mantem uma total reserva; outros a tornam visível a todos; e outros ainda preferem mostrar a própria situação como um modo de se exprimir, de opor-se, de indignar-se, até por motivos ideológicos.

A atitude de reserva motiva-se pela necessidade de esconder-se dos efeitos nocivos do processo de rotulação. O fazem para fugir às sanções das pessoas: das sanções informais provenientes do círculo de interação social (amigos, familiares, companheiros de trabalho, grupo de coetâneos); fugir das sanções formais quando essas provêm das agências do controle criminal (polícia) e médico sanitário (serviços sociais e de controle).

A visibilidade seletiva é uma escolha de quem quer compartilhar com os amigos dependentes as sensações da droga. Um modo de compartilhar a “alegria” de drogar-se juntos e os sofrimentos da dependência. O dependente nesse se distancia o mais possível do controle formal e médico-sanitário: um modo de evitar responsabilidades criminais e a dor da cura.

A visibilidade total é a escolha de quem não tem mais escolhas: e acaba sendo a opção final de quem não tem mais para onde fugir e se esconder. É a condição de quem assume a própria dependência, uma vez que a vida quotidiana de luta pela busca da droga o coloca necessariamente em situação de vulnerabilidade. São poucos aqueles que querem se mostrar por razões ideológicas, por escolha pessoal: em geral pessoas militantes de movimentos para liberação das drogas por motivos pragmáticos, ideológicos ou filosóficos.

ASSUMINDO UMA IDENTIDADE: O PROCESSO DE ROTULAÇÃO

O processo segundo o qual uma pessoa passa a ser rotulada de “drogado”, ou ‘dependente’, ‘craconheiro’, tende a levar à assunção de uma identidade que é, inicialmente, atribuída pelas outras pessoas e, depois, aceita pelo próprio sujeito. A rotulação depende do efeito interativo entre os vários componentes desse processo: seriedade, saliência, permanência, conotação e fonte.

A expressão ‘rotulação’ é adaptada da teoria do etiquetamento (ou *labeling theory*), que estuda as consequências que a reação social provoca nos sujeitos que transgridem ou usam drogas: a reação das pessoas ao comportamento transgressivo tende a provocar a estigmatização, o etiquetamento, ou a rotulação de pessoas.

A seriedade do processo de rotulação dependeria do tipo de droga que se usa. As pessoas que usam drogas ilícitas, como a cocaína, heroína, o crack, são mais propensas a serem rotuladas como ‘drogadas’ e ‘dependentes’. Os consumidores de drogas lícitas, como o tabaco e o álcool são menos focalizados

pelas críticas que, em geral são mais tolerantes em relação a eles; no entanto, ficam sempre na mira do controle informal dos amigos e familiares e do controle médico-sanitário.

A saliência tem a ver com o nível de tolerância das pessoas em relação ao uso das drogas, dependendo do local, do ambiente social, da visibilidade da condição de dependente.

A permanência da rotulação varia de acordo com a visibilidade, o conhecimento que as pessoas têm do sujeito dependente, e a tolerância do senso comum para aquele tipo de uso.

A fonte de rotulação “informal” pode ser do tipo interpessoal ou do tipo organizacional: pais, grupo de amigos, colegas de trabalho, religiosos e professores tendem a taxar o consumo como transgressão. A rotulação informal dura menos no tempo e parece ter menor influência para a auto-definição de uma identidade do sujeito usuário, o qual pode mudar a conotação de sua transgressividade. De que modo ele conseguiria isso? Certamente através do uso de mecanismos de neutralização através dos quais ele tende a dar um significado diferente ao seu consumo da droga: negando a responsabilidade pessoal, diminuindo a dimensão transgressiva do ato, desacreditando a legitimidade das leis e condenando quem o condena.

A rotulação pode provir também por parte dos agentes do controle médico-sanitário. O usuário pode ser denunciado ou ‘recomendado’ por certas pessoas para que assumam o tratamento. Em certos casos são eles mesmos que procuram os médicos na esperança de obter ajuda. Mesmo a partir do momento que ele eventualmente escolhe o tratamento, o processo de rotulação tende a permanecer, visto que ele será considerado um doente, mesmo se tenha parado de usar a droga. Uma vez que se recupera do processo de dependência, a conotação da rotulação passa a ser em geral positiva: as pessoas o vem como alguém que conseguiu sair, que tem força de vontade; alguns assumem abertamente a militância em favor das campanhas preventivas.

A rotulação mais intensa provém do controle formal, em geral representado pela polícia, e tende a ser mais prolongado que nos casos precedentes. Como alguns usuários se envolveram em sua carreira, com atividades delinquentiais, podem ter sido julgados e encarcerados, situações que aprofundam ainda mais a intensidade da rotulação. Além do estereótipo do ‘drogado’ ele deverá fazer as contas também com o estereótipo do ‘criminoso’ ou do ‘preso’: são condições que tendem a provocar o desenvolvimento de um autoconceito negativo e de uma identidade que se sintonizaria com o processo de rotulação sofrido. A tendência do controle formal é a de amplificar as consequências do controle informal e médico-sanitário.

VIKTOR FRANKL E O SENTIDO DA VIDA

É Victor Frankl (2009) quem dá atenção especial à necessidade de significado e às consequências de sua frustração. Segundo o autor, o homem é dotado de uma “vontade de significado”, ou da necessidade de encontrar sentido na vida, que motiva a sua busca de sentido da existência e constitui-se como uma necessidade fundamental. Uma das evidências da importância para o homem da vontade de significado pode ser observada nos sintomas de sua negação. A frustração da necessidade de sentido da vida leva ao vazio existencial, sentimento de absoluta falta de significado que, num crescente de gravidade, acompanha momentos como a crise adolescencial, os estados depressivos, as condutas suicidas.

Quando a pessoa não encontra sentido na vida começa a dar respostas típicas de um sentimento de vazio existencial que consiste na busca de compensações, na procura da felicidade nos meios em lugar de nos fins. Essa maneira de conceber a felicidade, e as atitudes e comportamentos que dela decorrem, reproduz-se nos diversos âmbitos de vida e, conseqüentemente, o estudo, o trabalho, a relação com o outro, o desejo de independência, a liberdade, adquirem valor instrumental para o conseguimento do prazer (gozar a vida), mediante alternativas como o consumo, a carreira e a busca de bem-estar. A frustração da necessidade de sentido da vida evidencia-se na importância que a pessoa passa dar aos meios (dinheiro, o outro, a moda, a aparência, o corpo) como fins em si mesmos e como substitutivos da felicidade. O efeito problemático de tal fator de risco pode manifestar-se na forma de reações irracionais, transgressivas e até delinqüenciais: em casos mais intensos manifesta-se através da autodestruição (o suicídio), mas também no desejo de fuga que se revela no consumo de drogas, de álcool, na busca de sensações na velocidade e na filosofia do gozar a vida a qualquer custo.

BECKER, Howard. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. [Original: **Outsiders**: studies in the sociology of deviance. New York: The Free Press, 1963].

CALIMAN, Geraldo; PIERONI, Vittorio. **Lavoro non solo**: laboratori tossicodipendenti modelli sperimentali d'intervento. Milão: Franco Angeli, 2001.

COHEN, Albert K. The sociology of the deviant act: anomie theory and beyond. **American Sociological Review**, v. 30, p. 5-14, 1965.

FRANKL, Viktor. **Em busca de sentido**. Petrópolis: Vozes, 2009, p. 140.

HEITZEG, Nancy A. **Deviance: rulemakers & rulebreakers**. Minneapolis: West Publishing Company, 1996.

HIRSCHI, Travis. **Causes of delinquency**. New Brunswick: Transaction Publishers, 2005.

LEAVITT Fred. **Drugs & behavior**. 3rd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995.

LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. Tradução da 2 ed. Francesa: Maristela Bleggi Tomasini e Oscar Antonio Corbo Garcia. Porto Alegre: Ricardo Lenz, 2001.

MARX, Karl. **O capital**. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996. O texto pode ser encontrado no site: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_fontes/acer_marx/ocapital-1.pdf Acesso em: 19/02/2014.

MATZA, David. **Becoming deviant**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1969.

MATZA, David; SYKES, Gresham M. Juvenile delinquency and subterranean values. **American Sociological Review**, v. 3, n. 26, p. 712-719, 1961.

MERTON, Robert K. **Social theory and social structure**. London: The Free Press of Glencoe, 1964.

NEWCOMB, Michael D.; CHOU, Chih-ping; BENTLER, P.M.; HUBA, G.J. Cognitive motivations for drug use among adolescents: Longitudinal tests of gender differences and predictors of change in drug use. **Journal of Counseling Psychology**, 1988, 35, 525-537.

PARETO, Vilfredo. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1984, 191 p.

PARSONS, Talcott. **The social system**. Glencoe, Ill.: Free Press, [1951a].

SHAW, C.R.; MCKAY, H. D. **Juvenile delinquency and urban areas**. Chicago: The University of Chicago Press, 1942.

SUTHERLAND, Edwin; CRESSEY, Donald R. **Principles of criminology**. Chicago, Philadelphia: J.B. Lippincott Company,

TRANSGRESSÃO – DEPENDÊNCIA – TOXICODEPENDÊNCIA: DINÂMICAS E PERSONALIDADE

O CENÁRIO DAS “DEPENDÊNCIAS”

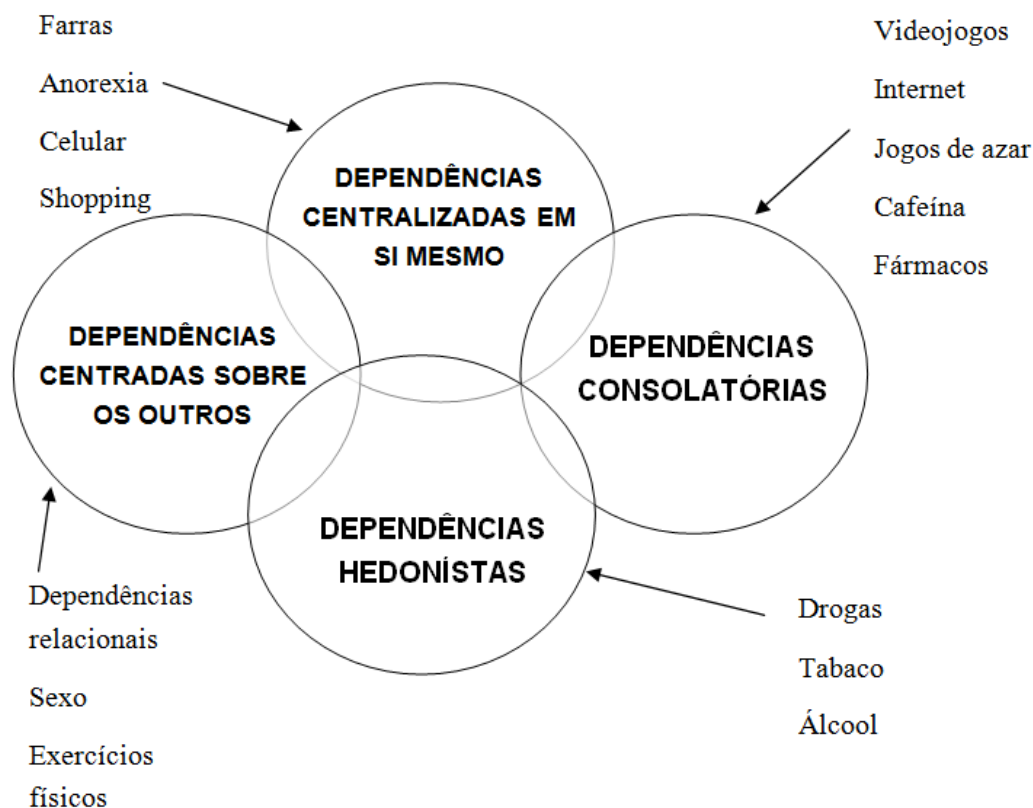
As dependências vão além da toxicodependência. “Dependente” è qualquer individuo cuja existência está voltada para a busca sempre mais desesperada de efeitos produzidos sobre o organismo e sobre a mente, por uma substância (droga) e/ou de um comportamento (jogo, condutas alimentares, sexo, compras compulsivas, internet e outras tecnologias/instrumentos virtuais, etc.), na maior parte após uma intensa sensação de mal-estar físico e psicológico, ou de lacunas que se verificaram no crescimento evolutivo da personalidade.

Segundo alguns autores (VALLEUR; MATYSIAK, 2004), dois elementos são caracterizantes do fenômeno:

1. não poder desfazer-se de alguma coisa (um produto) e/ou não poder renunciar a fazer algo (comportamento) em detrimento de um mal-estar que deriva de tal abstenção;

2. o produto ou o comportamento em questão torna-se o centro da existência do sujeito: nada tem valor fora dessa 'droga'.

Um esquema das macro categorias de dependências (COUYOUMDJIAN; BAIOTTO; DEL MIGLIO, 2006):



A DINÂMICA QUE DESENCADEIA A DEPENDÊNCIA

Para entrar nesta dinâmica é necessário colocar-se essa pergunta: “Como se movem os atuais jovens na atual sociedade?” Certas definições como aquelas de “nativos digitais”, “gerações geneticamente modificadas”, “gerações Techno”, “cibernautas”... levam a uma interpretação em base de excessos emocionais sem um adequado espaço de resfriamento relacional que gera nesses jovens uma sobrecarga de excitação.

Bombardados por estímulos sempre mais intensos e contínuos, é como se não conseguissem parar e sedimentar as excitações do mundo psíquico, transformando em ação a tensão que é ativada em geral de modo emotivo e incontrolado.

Os esquemas aqui expostos (COUYOUMDJIAN; BAIOTTO; DEL MIGLIO, 2006) dão uma ideia de como a relação “Emoção-Razão-Ação” era vivida ‘ontem’, pelas velhas gerações e como é vivida ‘hoje’ das gerações ‘geneticamente mudadas’.

Modalidades de aproximação à realidade Excesso emocional sem um espaço adequado de resfriamento racional gera no jovem uma sobrecarga de excitação		
	ONTEM	
	Razão (R)	Ação (A)

	HOJE	
Emoção (E)	(R)	Ação (A)

Pode ser interessante também conjecturar como esta dinâmica se desenvolverá no amanhã, se as condições da sociedade, mas sobretudo se ações educativas são conseguirem criar os estímulos para ajudar os jovens a refletir melhor antes de agir e a considerar o percurso que devem fazer antes de passar das informações emotivas às ações previstas para satisfazê-las.

Utilizando um esquema ‘provocador’ se poderia partir da hipótese que as excitações não estejam em condições de se transformarem em emoções e que, uma vez ativadas, queiram prepotentemente e tiranicamente exprimir-se rapidamente em ações gratificantes.

	AMANHÃ ...	
Emoção Excitação	(R)	Ação (A)

Das análises acima os resultados possíveis seriam:

1. O refugiar-se no virtual: jovens que entram na categoria das pseudoalucinações. É como se dissessem: “Me exalto e mantenho a vontade de refugiar-me”
2. Refugiar-se em si: são jovens que escolhem o caminho do alcoolismo, tabagismo, drogas e comportamentos alimentares anormais. É como se dissesse: “Deixei-me ir”
3. A passagem ao ato. São os jovens que escolhem o caminho da antissociabilidade, ou comportamentos violentos / extremos (esportes radicais, sexo desenfreado, o excesso de velocidade ...). É como se dissesse: “Eu desabafo através da ação”

Neste quadro podemos identificar multi-fatores de risco. Poucos comportamentos acontecem singularmente; a maioria são relacionados a outros. Os adolescentes tendem a adotar comportamentos de risco de diversos tipos; na maior parte dos casos não agem de modo regular e exclusivo.

Alguns autores (VALLARO et al., 2005) observaram as mudanças das transgressões ao longo do tempo:

1995 – Passagem ao ato: as dificuldades evolutivas eram enfrentadas no plano das ações (uso de bebidas alcoólicas, motos, não pagar a passagem do ônibus). As energias pareciam mal direcionadas.

2000 - Refugio em si: Comportamentos de fechamento (fumar cigarros, baseado...);

2005 – Comportamentos de refúgio no Virtual: são comportamentos que demonstram tendência à fuga da realidade. Dimensão sempre mais solitárias e quase irreais.

As macro categorias de dependência são variadas e os espaços que ocupam na vida, em particular na idade evolutiva, podem se estender. As dependências mais preferidas entre os adolescentes/jovens e que estão na origem das transgressões e de estilos de comportamentos ‘difíceis’ dizem respeito:

1. Jogos de azar, pelas duas dimensões que o caracterizam: por um lado, aquela da livre atividade que permite ao sujeito de sair transitoriamente da vida ordinária e real, fugindo de uma realidade muitas vezes estressante e sobretudo frustrante, e, por outro lado, aquela relativa ao risco intrínseco de uma atividade de caráter recreativo que, por sua própria natureza, pode levar a comportamentos compulsivos, ou ao vício dos jogos, inclusive os virtuais.
2. A dependência de tecnologias virtuais: cuja propriedade de indução e reforço conduzem quase naturalmente à dependência, sobretudo na adolescência.
3. A dependência relacional: que diz respeito às relações “perturbadas” dentro das quais podemos individuar, quase sempre, dois polos: um que domina a relação e o outro que se submete ao outro, dentro de uma dependência relacional.
4. A co-dependência: que consiste no comportamento de cuidado dos outros e na tendência a descuidar as próprias necessidades com a finalidade de permanecer conectados com os outros (VALLARO et al., 2005, p. 87). A co-dependência fundamenta-se numa baixa autoestima e, na adolescência, pode se tornar um fator que

predispõe a uma série de comportamentos de risco (beber, fumar, usar substâncias psicoativas...).

5. As dependências alimentares: que surgem, em geral, na puberdade, e que podem ser interpretadas como uma forma de dependência (entre as motivações estão históricos familiares típicos, o perfil de personalidade, a impulsividade e utilização de alimentos para confrontar o estresse e as dificuldades).
6. A dependência de exercícios físicos: que pode se distinguir entre primária e secundária, e consiste em uma tendência compulsiva a desenvolver atividades físicas e cuja ocorrência no período da adolescência é, sem dúvida, ligada às importantes mudanças de imagem do corpo, característica dessa fase evolutiva.
7. A dependência do “shopping”: que indica o impulso a comprar de tudo. Tal tendência tem uma conexão com a tentativa, por parte do adolescente, de conquistar um status social que sustente uma identidade em processo de formação.

Os mesmos autores evidenciam também a estreita relação de semelhança fenomenológica entre a toxicodependência e os comportamentos compulsivos que são reconhecidos como dependências comportamentais ou novas dependências.

Eis então as características que tornam semelhantes as ‘toxicodependências’ e os comportamentos dependentes:

- sensações de impossibilidade de resistir ao impulso de colocar em ação determinado comportamento (compulsão);
- sensação crescente de tensão que precede imediatamente o início do comportamento (*craving*, ou o vício);
- o prazer ou alívio durante a liberação do comportamento;
- a percepção de perda de controle;
- a persistência do comportamento, não obstante a sua associação com consequências negativas.

Das observações acima podemos concluir que uma possível característica de hoje é a impulsividade com a qual os jovens administram as situações da vida. O risco mais evidente permanece o de exclusão da dimensão racional com a qual, habitualmente, o sujeito busca aprender com as experiências quotidianas sem ter que entrar em um círculo de repetitividade e de dependência de estilos de vida: o processo corre direto entre emoção e ação, eliminando a razão.

Os adolescentes que sofrem desse processo habitualmente:

- carregam dentro de si experiências passadas ou atuais de rejeição explícita ou, muitas vezes, implícita provocada por uma mensagem de duplo senso e ambígua dos pais, que impedem de experimentar um sensação de si como valor;
- têm experiências escolares negativas, experiências de marginalização e de exclusão que geram um forte senso de inferioridade e de diversidade;
- aos fatores acima se associam, às vezes, uma debilidade do Eu, que lhe predispõe a uma fragilidade emotiva, a uma forte insegurança que aumenta o senso de inadequação e de incapacidade;
- em geral esses adolescentes vivem em ambientes relacionais problemáticos, de desagregação da família, sem oferta de valores e ideais, que não oferecem modelos positivos de comunicação e de realização de vida com os quais identificar-se, provocando a identificação com modelos que reflitam uma gratificação imediata;
- Muitas vezes não sabem aceitar-se na própria realidade de sofrimento, e se defendem mascarando essa realidade atrás de comportamentos transgressivos, violentos, hostís consigo e com os outros. Às vezes são comportamentos de oposição ou de indiferença.

FATORES QUE PODEM ESTAR NA ORIGEM DAS DINÂMICAS QUE DESENCADEIAM A DEPENDÊNCIA

Os autores (VALLARI et al., 2005) identificam algumas dinâmica psicossociais que tendem a dar sustentação para os processos de dependência. Essas reflexões baseiam-se mais sobre atitudes e comportamentos, que segundo estudos na área psicossocial, poderiam ser identificados como sintomas de um processo que leva à dependência, entre eles:

DEFICIÊNCIAS E CARÊNCIAS:

- déficits mais ou menos relevantes no comportamento e hiperatividade;
- inibição dos impulsos, no âmbito do “possuir” (querer ter, querer reter, querer dar), dos valores e do reconhecimento, do amor e da sexualidade;

- carências em nível dos impulsos na percepção e na imaginação, na área dos sentimentos e na das ações motoras (Schultz – Hencke);
- formas de gratificação dependentes de estímulos, resistentes à sublimação e que enfraquecem o Eu.

RELAÇÕES DIFÍCEIS

- formas improdutivas das relações, pautadas pela dominância, submissão, egocentrismo, narcisismo, destrutividade (FROMM);
- propostas e expectativas de relações com o objetivo de prender, dominar o outro (faça algo por mim, diga-me que tenho razão...) (HARSCH);
- modelos de comunicação voltados a reagir a situações tensas, que colocam em crise uma fraca autoestima (sobretudo culpar e acusar) (SATIR);
- perturbações da percepção, de interpretações e de estruturações na área da comunicação, como: descarregar a responsabilidade nos outros; comunicar de modo contraditório, incompleto; sustentar hipóteses contraditórias na origem de um comportamento (WATZLAWICK); colocar em ação armadilhas de comunicação e relação; não levar em consideração o conteúdo, as necessidades e o contexto de uma comunicação, desvalorizando e não dando a mínima para o outro.

IMATURIDADE E NARCISISMO:

- Exagerado e continua referência a si mesmos, ligados com a tendência a se distinguir continuamente dos outros, com um modo provocatório de aparecer (modo de vestir-se ou de maquiar-se);
- Atitudes demonstrativas de protesto;
- Transgressões e negação das normas sociais;
- Resignação e fuga na pura instintividade, teimosia até a decepção;
- egocentrismo ou tendência a colocar-se ao centro de tudo, a atrair a atenção sobre si mesmo.

ATITUDE CONFLITUOSA EM RELAÇÃO AOS OUTROS:

- atitude conflituosa em relação aos outros, entendido como atenção compulsiva em relação aos outros, caracterizada por uma

necessidade exagerada de amor, da tendência a juntar-se ao grupo, e uma exagerada humildade; caracterizado também por uma atitude exagerada contra os outros, que se pode caracterizar em sentimentos de hostilidade, de rivalidade, de necessidade compulsiva de poder e de perfeccionismo, ou também por uma exagerada distância das pessoas.

DEBILIDADE SOCIAL:

- ou síndrome de antissociabilidade. Inclui uma ligação frágil com o trabalho, o absentismo à escola e ao trabalho, o consumo de álcool e drogas, comportamentos infantis, continua necessidade de atenção, exigências exageradas, tendência à manifestar sensibilidade quando não consegue relacionar-se com os outros; agressividade sem motivo com os colegas; atitudes infantil superáveis somente após recebimento de atenção especial.

DESCONTENTAMENTO HABITUAL:

- se manifesta com a ausência de alegria, indiferença, isolamento, falta de confiança, tensões crônicas; variação entre tendência à dominância, comportamentos compulsivos, forte tendência ao descontentamento, infelicidade.

DEBILIDADE DO EU:

- falta de controle do medo e dos impulsos; dificuldades para sublimar sofrimentos, negações da realidade, desprezo e desvalorização e desprezo dos outros em formas de sentimentos de triunfo e onipotência; necessidades narcisistas extremas e insatisfeitas, de atenção de ser admirado, entendido e alvo de compaixão.

BORDERLINE:

- síndrome de “*Borderline*” ou de comportamento patológico no limite entre neurose e psicose, ou “estabilidade vs. Instabilidade” (SCHMIEDEBERG), um conjunto composto por hipocondria; tendência a assumir sentimentos de vítima: “todos têm alguma coisa contra mim”.

DEPENDÊNCIA:

- toxicomania, fuga em um mundo irreal, falta de relações verdadeiras, isolamento, incapacidade de aceitar a realidade como efeito conjunto de droga-indivíduo-ambiente (teoria dos três fatores), ou tentativa de traduzir o consistente sentimento de impotência em um sentimento de onipotência.

VAZIO EXISTENCIAL:

- como vazio interno, falta de significado da vida (FRANKL), falta de percepção dos limites, sentimento de estar em um beco sem saída (PERLS).

FUNÇÃO E SIGNIFICADO DAS DEPENDÊNCIAS ADOLESCENCIAIS

Então, qual o verdadeiro significado da dependência, e porque a adolescência é uma fase na qual mais facilmente se entra nessa dinâmica?

Na área psicológica, quando se fala de dependência faz-se referência a específicas problemáticas de tipo clínico, como, por exemplo, a toxicodependência ou perturbações de uma personalidade dependente. Em geral na vida, as pessoas não podem não depender dos outros. A vida, no seu cotidiano requer a dependência.

Como afirma LINGIARDI (2005, p. 3).

“De fato, a vida de cada um de nós parece continuamente cheia de relações de dependência mais ou menos orientadas para objetos, pessoas, comportamentos ou atividades nossas e dos outros, e outros componentes ou aspectos da realidade (física e psíquica) que nos pertencem; basta pensarmos à nossa necessidade de alimentar-nos ou de repousarmos, ou à necessidade que a maioria de nós temos de desenvolver uma atividade no trabalho, de ter relações pessoais e íntimas, de ter um meio de transporte, de receber cuidados em caso de doença, de utilizar um computador para escrever um livro. Todas essas relações de dependência tendem a não ser vividas negativamente, mas, ao contrário, como um meio para satisfazer necessidades, desejos e objetivos os mais variados. Sob um ponto de vista afetivo, em geral, tais relações constituem modos para conseguir ou manter estados de bem-estar (ou mesmo a própria sobrevivência).

A vida de cada um de nós, portanto, é um caminho de busca do bem-estar conosco mesmos através da alternância, cada vez mais madura, das dimensões autonomia - dependência.

O momento mais delicado deste processo se realiza no período a adolescência, quando um adolescente torna-se consciente da sua identidade e deseja afirmá-la com modalidades mais pessoais. Os pais que até o presente momento eram vistos como a garantia do estado de bem-estar, começam a ser avaliados como um possível obstáculo para o livre trânsito em espaços simbólicos de autonomia e liberdade. Devemos tomar em consideração que a dependência torna-se patológica quando o adolescente mantém com os pais uma ligação persistente e irrenunciável; o extremo oposto pode ser encontrado em uma autonomia narcisista e onipotente.

O problema então está em entender quando o caráter de dependência da relação se torna problemático ou invasora para o indivíduo ou para a pessoa que lhe estão próximas e, conseqüentemente, de identificar os fatores que permitam promover uma dependência sã e segura.

A idade adolescencial é um período no qual acontece uma desestruturação da organização psíquica infantil em vista da construção de uma nova que resolva no todo ou em parte eventuais crises ou conflitos fisiológicos próprios do período evolutivo. É um período no qual acentuam-se os riscos relativos à maneira segundo a qual a dor psíquica pode ser controlada. E neste sentido, as dependências, quando patológicas (tecnológica, sexual, relacional, de shopping, de substâncias ou de jogos de azar) se configuram como defesas não adaptativas que permitem ao adolescente fugir da dura realidade através de sensações agradáveis alternativas. Tais sensações podem ser buscadas cada vez com maior frequência, às vezes de modo compulsivo, como solução (patológica) que lhe permite ao adolescente de não sentir e de não pensar. E, em certos casos, de não viver, na qual a realidade é substituída por outro mundo, mais primitivo, pre-simbólico.

Nesta dimensão, na qual o vínculo e a separação do objeto não se constitui, o adolescente não assume o dever de administrar o doloroso e difícil conflito entre os investimentos em si mesmo, palco de grandes mudanças, e investimentos nos objetos, relacionados às suas relações com o grupo de pares e com os adultos.

Zerbetto (2002) considera o percurso evolutivo de cada indivíduo para poder estabelecer 'quando' se manifestam os sintomas da dependência. Segundo o autor existiria uma curva da dependência que muda no tempo: a dependência é alta na primeira infância e tende depois a diluir-se com a idade adulta. O autor reconhece a existência de uma condição de total dependência da criança em relação à figura à qual se vincula (por ex. a mãe), e sucessivamente uma relação pai-filho em uma paridade relacional.

A dependência poderia derivar de uma falta de segurança, devida a uma relação mãe-criança perturbada, e uma falta de motivação exploratória e competitiva que o pai, ou outro adulto significativo, deveria transmitir à própria criança.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

COUYOUMDJIAN, A.; BAIOTTO, R.; DEL MIGLIO, C. **Adolescenti e nuove dipendenze**. Le basi teoriche, i fattori di rischio, la prevenzione. Bari: Laterza, 2006.

FROMM, E. **O medo à liberdade**. Tradução de Octávio Alves Velho. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983.

LINGIARDI, V. Personalità dipendente e dipendenza razionale. In: CERETTI, V.; LA BARBERA, D. (Org.). **Le dipendenze patologiche**: Clinica e psicopatologia. Milano: Cortina, 2005.

SATIR, V.. **In famiglia... Come và?**. Acqui Terme: Impressioni Grafiche, 2000.

STEINBERG, L. **Risk taking in adolescence**: What changes, and why? In: **Annals of the New Academy of Science**. 1021, pp. 51-58.

VALLARO, L.; GIORGI, R.; MARTORELLI, M.; COZZI, E. **Il rito del rischio nell'adolescenza**, Roma: Magi, 2005, p. 52s

VALLEUR, M.; MATYSIAK, J. **Sesso, passione e videogiochi**: le nuove forme di dipendenza. Torino: Boringhieri, 2004.

WATZLAWICK P.; BEAVIN J.H.; JACKSON D.D. **Pragmatic of Human Communication**. New York: Norton, 1967.

ZERBETTO, R. Gioco d'azzardo e dipendenza: cenni sull'evoluzione di un rapporto. In CAPITANUCCI D.; MARINO V. (Org.). **La vita in gioco?** Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema. Milano: Franco Angeli.



O MUNDO DAS DROGAS E AS DROGAS NO MUNDO

AS DROGAS E O CENÁRIO DOS PROBLEMAS SOCIAIS

Encontramo-nos diante de uma efetiva escalada da oferta mundial de drogas. Ao mesmo tempo a continua evolução no modo de apresentar-se de camuflar-se torna sempre mais difícil a sua interceptação por parte das forças policiais.

O Departamento para as políticas Antidrogas da Itália afirma que, a partir de 2009 foram identificadas 237 novas substâncias; a atividade de monitoramento da Internet individuou mais de 400 sites que comercializavam substancias ilegais.¹

A droga consegue conjugar-se dentro de um contexto amplo da vida social: econômico, político e cultural pois demanda uma estreita conexão com outros aspectos como a corrupção e o terrorismo. O trafico de substâncias é o mais rentável do mundo, determina uma rede de difusão em nível planetário e a contaminação de circuitos financeiros internacionais, com consequentes reflexos negativos nos processos de desenvolvimento seja local que global.

¹ http://www.dronet.org/comunicazioni/res_news.php?id=2869, 26.07.2013

De fato se o narcotráfico tem em seus vértices as grandes organizações criminosas, ao lado dessas prospera um serviço terceirizado de fornecimento de serviços, baseado no clientelismo e na corrupção, aumentando seu alcance para muito além da própria droga.

A remuneração do contrabando oferece um ganho tão elevado de modo a provocar o envenenamento das economias legais através da alteração do equilíbrio dos mercados financeiros e, não menos, o financiamento de movimentos terroristas no âmbito dos conflitos armados regionais. Conseqüentemente as substâncias psicoativas se tornaram um fator econômico de primeira ordem, que não paga impostos e gera lucros enormes, desde a produção até a venda e reinvestimento dos resultados que dela derivam.

O caráter transnacional do tráfico, vai desde a participação dos diferentes atores ligados à produção, ao transporte, à armazenagem e à venda e com o envolvimento de grupos pertencentes a diferentes nações, configurados nas maneiras mais criativas.

Analisando a um nível macrogeográfico, o fluxo que diz respeito à cocaína tem sua origem na América do Sul; o fluxo da heroína provem principalmente do Afeganistão, a rota do haxixe tem suas referências no Marrocos e a maconha na Albânia. Mas, além dessas indicações genéricas, é difícil conseguir a interceptação do tráfico de drogas, seja porque se camufla continuamente, seja pelo alto nível de corrupção que gera tanta disponibilidade de capital. Resistir à atração exercitada pelo ganho fácil e pela pressão exercitada pelos vários atores que intervêm nos processos produtivos e de distribuição não é fácil.

Torna-se evidente como toda a economia mundial está, em certo sentido, 'drogada', mesmo que isso não seja admitido abertamente: bancos, nações, institutos internacionais, ilustres personalidades e grandes empresas estão de qualquer modo, direta ou indiretamente, envolvidas no mundo das drogas. Mesmo se não somos experts em economia, não é difícil entender que querer sanar a economia do poder das drogas levaria à falência diversas empresas.

Não é à toa que a "*Global Commission on Drug Policy*"² (que reúne em seu conselho algumas das maiores personalidades envolvidas em nível mundial na luta contra as drogas, como Kofi Annan, Fernando Henrique Cardoso, George Schultz, George Papandreu, Paul Volcker, Mario Vargas Llosa, Richard Banson, etc.), na sessão de 1 de junho de 2011 chegou à conclusão que é inútil prosseguir com a guerra às drogas. Lê-se no comunicado à imprensa divulgado pela *Global Commission*: "Cinquenta anos depois da assinatura da Convenção da ONU sobre as drogas e 40 anos depois da guerra lançada pelo presidente americano Richard Nixon, torna-se urgente reformar as políticas nacionais e internacionais sobre o controle sobre drogas. É hora de

² <http://www.globalcommissionondrugs.org/> (26.07.2013).

começar a tratar a toxicodependência como uma questão de saúde, reduzindo o consumo através de iniciativas de educação e legalizando a cannabis, ao invés de continuar a criminalizá-la”³

Em síntese, a Comissão sugere:

- Acabar com a criminalização, a marginalização e a estigmatização de pessoas que consomem droga mas que não prejudicam os outros;
- Encorajar os governos a experimentar modelos de regulamentação das drogas (de modo particular a cannabis) para enfraquecer o poder do crime organizado e salvaguardar a saúde e a segurança dos cidadãos;
- Assegurar a disponibilidade de modalidades de tratamento diferenciados para os consumidores, que inclua não somente a metadona e a buprenorfina, mas também outros tipos de tratamento já experimentados com sucesso na Europa e no Canadá;
- Menos criminalização também em relação aos cultivadores, produtores e distribuidores no nível mais baixo do mercado ilegal.

E prossegue indicando alguns predecessores que tiveram bons resultados: “Alguns programas incrementados na Europa, no Canadá e na Austrália demonstraram como uma aproximação humana e social para o tratamento dos dependentes levaram a maiores benefícios que a criminalização e o proibicionismo”, afirma a Comissão, que convida todos os países para “difundir estas políticas em todo o mundo”. Resumindo: “menos tabu e mais suporte aos toxicodependentes”. Esta é, segundo a Comissão, a estratégia melhor para combater a droga.⁴

O que tanto preocupa nesses novos estilos de consumo são as consequências⁵. Várias drogas, como a cocaína, a anfetamina, a heroína e o álcool modificam a ação de diferentes neurotransmissores: alteram as normais condições nas quais devem realizar-se os chamados processos neurobiológicos. É previsível que a assunção destas substâncias, mesmo que seja em doses menores, mas em tempos prolongados pode comprometer o desenvolvimento neurobiológico do cérebro de um adolescente e, de consequência, seus correlativos funcionais: cognitivos, emotivos e comportamentais.

Entre os problemas comportamentais podemos sublinhar aqueles que têm um consequências sociais particularmente graves: furtos, roubos, vandalismos, rixas, incapacidade de equilíbrio e de autocontrole, de dirigir um automóvel, de manter-se em um emprego estável, de assumir responsabilidades, etc.

3 http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=4285 (03.06.2011).

4 http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=4285.

5 <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/war-drugs-report-global-commission-drug-policy>.

Consequência destes estados alterados de consciência são em primeira linha os acidentes automobilísticos que constituem causa de morte para tantos jovens. Mas a primeira causa de acidentes é devida ao consumo de álcool, sobretudo por parte de jovens. Além dos acidentes automobilísticos, outras causas de morte dos adolescentes se devem aos homicídios, ao suicídio, violência e outros tipos de incidentes: todos eles em sua maioria tem a ver com o abuso de álcool e, em alguns casos, em associação com drogas. É importante também levar em consideração as doenças correlacionadas como a overdose, hepatites B e C, cirrose hepática, Aids, síndrome da HIV, epilepsia, tumores do fígado, dos pulmões, da laringe, varizes do esôfago. Tais problemas de saúde podem se tornar causa de morte numa idade mais avançada, mas na origem, são geralmente associados ao consumo de substâncias em idade mais jovem.

Nos últimos anos, se alastra o consumo das assim chamadas bebidas energéticas. Não obstante sejam não-alcoólicas, estas bebidas contêm substâncias estimulantes que muitas vezes estão associadas ao uso de álcool. Os consumidores desse tipo de bebida tendem a se embriagar mais que o dobro respeito a quem não os consome. Associa-se também à assunção de psicofármacos, sem prescrição ou controle médico. Os mais difundidos são os fármacos para dormir e para dietas. Além disso, se difunde sempre mais as dependências ligadas aos jogos de azar também entre a população estudantil.

Associado ao problema da droga existe um outro: a superlotação das prisões, ao ponto em que se recomenda a criação de modelos alternativos ao cárcere, ou o estudo de novos modelos alternativos que evitem o encarceramento.

Pesquisa do LENAD sobre “Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012” (LARANJEIRA et al., 2012) revela que o consumo de álcool no Brasil revelou um aumento de 20% entre os anos de 2006 e 2012. O maior aumento se revela entre os consumidores femininos, 34,5%, contra 14,2% entre os masculinos. Abaixo as informações em gráfico acessíveis no site⁶ do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (IMPAD).

6 LENAD. Consumo de álcool no Brasil: tendências entre 2006/2012. Disponível em <http://inpad.org.br/lenad/alcool/resultados-preliminares/>. Acesso em 19/02/2014.

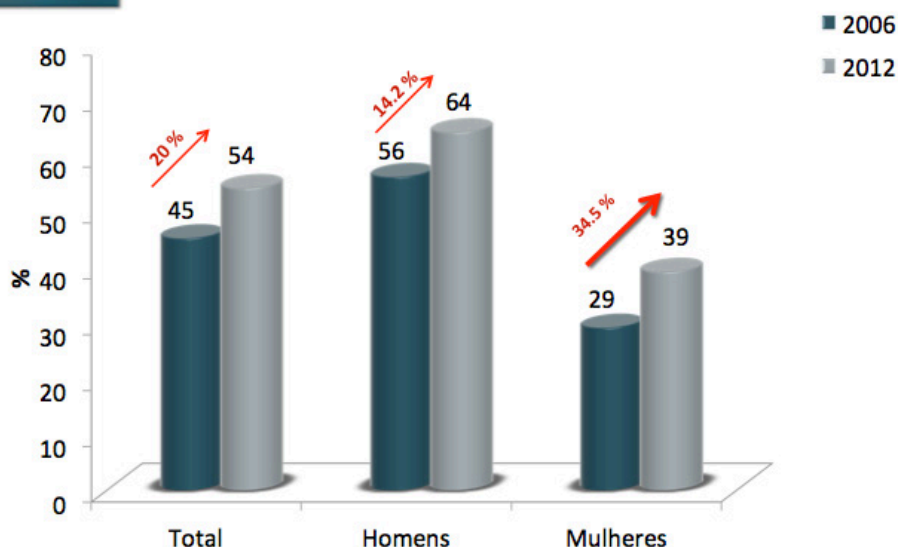


Beber Regularmente



(1x/semana ou mais)

Adultos



AS DROGAS E OS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define “droga” como toda substância química, natural ou artificial, que modifica a os processos psicológicos ou a atividade mental dos seres humanos⁷

Os consumidores de droga são distintos em três tipos:

- O consumidor ocasional, ou seja, aquele que faz uso de fato de drogas e com ocasionalidade;
- O consumidor habitual, ou seja, aquele que já desenvolveu uma dependência psíquica, mas consegue ainda a integrar-se na sociedade e a se manter seus compromissos;
- Os toxicodependentes propriamente ditos, ou seja, que vive em função da droga e que emprega a maior parte do seu tempo procurando e consumindo.

Ainda a OMS⁸ define a toxicodependência como um “estado de intoxicação periódico e crônico, gerado pelo consumo repetido de uma droga”. As suas características são substancialmente:

7 <http://www.dronet.org/monografia.php?monografie=106>, (26.07.2013).

8 Organização Mundial da Saúde (OMS). <http://www.paho.org/>.

- O desejo invencível e a necessidade de continuar a consumir a droga (dependência);
- A tendência a aumentar as doses (vício);
- A dependência de tipo psíquico e, em geral, também físico, dos efeitos da droga;
- Os efeitos nocivos para o indivíduo e para a sociedade.

A dependência de uma droga possui uma base química e uma psicológica. A base química depende da capacidade da substância de agir de modo direto ou indireto sobre os centros cerebrais ligados ao sistema de gratificações, ou seja, as endorfinas.

As endorfinas são disponibilizadas 'naturalmente' pelo organismo, acionadas por mecanismos automáticos de regulação do nosso corpo em casos de forte estresse. As endorfinas entram em ação com os efeitos inibidores e depressivos sobre o Sistema Nervoso Central: é como se o nosso corpo dissesse à dor para que não interfira em outras funções mais importantes do organismo.

Algumas substâncias, particularmente aquelas derivadas do ópio, desenvolvem 'artificialmente' a função das endorfinas. Quando o fenômeno é natural, ele é regulado e modulado perfeitamente pelo nosso corpo; mas se o problema vem induzido artificialmente, os efeitos são mais potentes e ao longo do tempo conduzem ao vício e à dependência.

Para desenvolver uma dependência, porém, não basta somente a substância psicoativa. Entram em jogo também os elementos psicobiológicos da pessoa, motivo pelo qual nem todos aqueles que experimentam certas drogas se tornam automaticamente dependentes.

Além do mecanismo da dependência, entra em ação também o do vício, ou seja, a necessidade de aumentar progressivamente a dose ingerida para conseguir o efeito gratificante já experimentado anteriormente quando se provou a droga. Isso acontece porque o nosso organismo trabalha por mecanismos de 'adaptação', ou seja, depois de certo período de utilização de uma determinada substância, eleva-se o nível de tolerância com relação à mesma, com a redução dos efeitos consequentes. No entanto tal procedimento é o contrário do que procura o dependente, que deverá aumentar a dose para alcançar as sensações esperadas.

A dependência psicoemocional mostra-se comum a todas as drogas, mas somente algumas produzem a dependência física, que é aquela que dá origem à síndrome de abstinência quando a pessoa suspende improvisamente o consumo: excitabilidade, insônia, tremores, espasmos, convulsões.

AS DROGAS EM NÚMEROS, TIPOLOGIAS E EFEITOS⁹

No ano de 2011 estimava-se que, em nível mundial, cerca de 167 e 315 milhões de pessoas, entre os 15 e 64 anos, haviam usado drogas ilícitas no ano anterior, o que corresponde a cerca de 3,6 a 6,9% da população adulta (UNODC. World Drug Report 2013, p. 1). Neste mesmo ano, e ainda considerando a população mundial, o número de mortes por drogas foi estimado em 211 mil. A maioria dessas mortes aconteceu entre a população jovem de usuários. Os derivados do ópio resultaram nos mais incidentes entre as substâncias envolvidas nessas mortes¹⁰.

Não é encorajador o quadro que emerge da pesquisa do *National Drug and Alcohol Research Centre* da Universidade do *New South Wales* de Sydney, recentemente publicada pela revista *Lancet*: cerca de 200 milhões de pessoas no mundo, entre um mínimo de 149 milhões e um máximo de 271 milhões usam drogas. Isso significa que essas drogas são consumidas por 1 pessoa sobre 20 na faixa de idade entre 15 e 64 anos, sem esquecer que poderia tratar-se de um dado subestimado, uma vez que o comércio de drogas corre na ilegalidade. As drogas consideradas na pesquisa são os derivados do ópio, as anfetaminas e a cocaína, sem considerar o álcool e o fumo.

Os autores do estudo observam o limitado conhecimento sobre o uso e a natureza dos danos relacionados a certas drogas e que nunca foram avaliados verdadeiramente os efeitos negativos de substâncias como o MDMA (ecstasy), drogas alucinógenas, substâncias inalantes ou a utilização não-medicinal de benzodiazepínicos (como o valium) ou dos esteroides anabolizantes.

Da pesquisa emerge que 125 a 203 milhões de pessoas no mundo usam a maconha, 16-17 milhões as anfetaminas, 14-21 milhões a cocaína e 12-21 milhões os derivados do ópio. A maconha é consumida principalmente na Austrália e na Nova Zelândia, enquanto os derivados do ópio, incluída a heroína, é mais presente no Oriente Médio. A cocaína é consumida sobretudo na América do Norte.

Sedativos, derivados do ópio e antidepressivos são responsáveis por um maior número de mortes por overdose de cocaína, heroína, metanfetaminas e anfetaminas. Nos Estados Unidos, a maior parte das mortes acontecem nos bairros de população afro-americana e nas regiões centrais da cidade; mas esses dados tendem a ser superados pelos dados das comunidades brancas rurais. A mesma tendência tende a ser observada nas entradas nos hospitais por abuso de substâncias e dos tratamentos de emergência por overdose. Dos 1,4 milhões de atendimentos de emergência devido às drogas em 2005,

9 <http://it.drugfreeworld.org/drugfacts/prescription/abuse-international-statistics.html>.

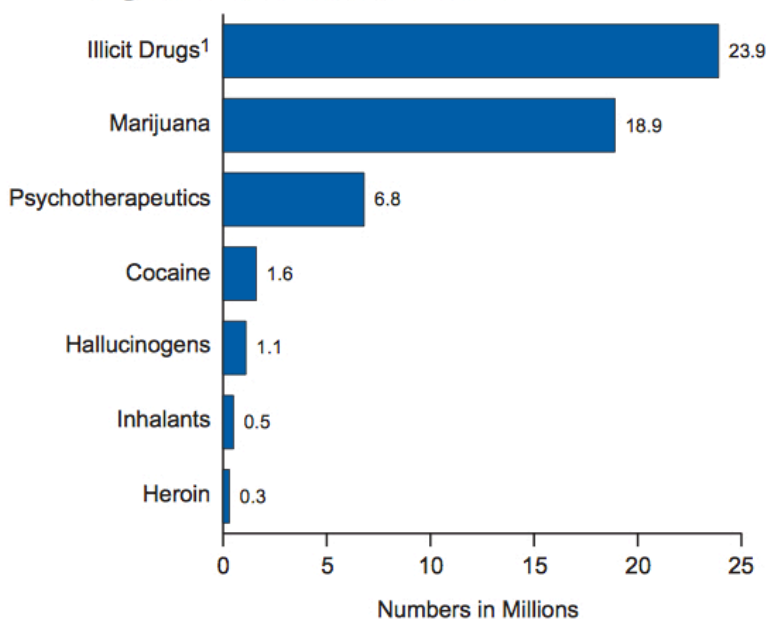
10 NODC. World Drug Report 2013, p. IX.

598.542 estão associados ao abuso de fármacos consumidos ou sozinhos ou com outras drogas.

A *National Survey on Drug Use and Health* em 2012, estimou em 23,9 milhões os Americanos acima dos 12 anos usuários (último mês) de drogas ilícitas. Isso significa que usaram drogas ilícitas durante o mês anterior à pesquisa. Esta estimativa representa 9,2% da população acima dos 12 anos¹¹.

Reportamos a figura abaixo mostra o número de pessoas, em milhões, que haviam consumido drogas “no último mês” nos Estados Unidos no ano de 2012:

Figure 2.1 Past Month Illicit Drug Use among Persons Aged 12 or Older: 2012



¹ Illicit Drugs include marijuana/hashish, cocaine (including crack), heroin, hallucinogens, inhalants, or prescription-type psychotherapeutics used nonmedically.

FONTE: *NATIONAL SURVEY ON DRUG USE AND HEALTH, 2013, p. 14.*

Em base às informações do Centro Nacional sobre Dependência e Abuso de Substâncias da Universidade de Columbia¹², os adolescentes acreditam que consumir medicamentos prescritos seja muito mais seguro que consumir drogas ilegais: o armário onde guardam seus remédios é a fonte da qual se alimentam das drogas. Em comparação com os adolescentes que não abusam de medicamentos prescritos, os adolescentes que abusam de medicamentos têm duas vezes mais probabilidade de fazer uso de alcoólicos, cinco vezes mais

11 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Results from the 2012. National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. Rockville, MD, 2013.

12 Ver em <http://www.casacolumbia.org/>

probabilidade de usar maconha, e doze a vinte vezes mais probabilidade de utilizar drogas ilegais como a heroína, o ecstasy e a cocaína.

Em 2007, a “*Drug Enforcement Administration*” (DEA, 2010) descobriu que o abuso do analgésico Fentanyl teria levado a morte mais de mil pessoas nos Estados Unidos, somente naquele ano. O medicamento é dezenas de vezes mais potente que a heroína¹³.

Os riscos maiores associados ao consumo são substancialmente quatro: o risco de overdose, ou seja a toxicidade imediata logo após o uso, os acidentes relacionados à reação imediata da substância, a dependência, os efeitos do uso prolongado sobre a saúde. É extremamente alto o número de mortes por droga: a cada ano, no mundo, dizíamos, 250 mil pessoas perdem a vida por causa do consumo de drogas ilícitas, contra 2,25 milhões de vítimas do álcool e 5,1 milhões de mortes por tabaco.

É uma quantidade enorme em termos de vidas humanas e mostra como é necessário trabalhar os programas de prevenção e recuperação. Além do mais não existe um método standard para estimar a verdadeira dimensão dos consumidores de drogas ilícitas; e nenhum método se mostra apropriado para todas as substâncias toxicodependentes ou para todos os países simultaneamente.

As drogas se distinguem entre as que deprimem o sistema psíquico (drogas psicodpressoras) e as substâncias que excitam (psicoativas).

Pertencem ao grupo das drogas psicodpressoras os derivados do ópio, a heroína, a morfina, os barbitúricos. Os efeitos procurados são principalmente a redução das percepções externas, o sono profundo e agradável e a anestesia emocional. Os efeitos negativos consistem em uma sedação excessiva.

As drogas que excitam o sistema psíquico são principalmente a cocaína, as anfetaminas (incluído o *ecstasy*), os alucinógenos (LSD, mescalina), a maconha. Os efeitos procurados pelos consumidores são a resistência psicofísica, sensações de reforço da vontade, elevação do humor, melhora das performances sexuais, sensações de onipotência, imortalidade, bem-estar, euforia, aumento da agilidade e da força física. Os efeitos negativos consistem em um comportamento agressivo e violento.

13 DEA. Microgram Bulletin, Vol. 43, N.7, July 2010, p. 48.

DROGAS PSICODEPRESSORAS

4.1. DERIVADAS DO ÓPIO

Os derivados do ópio são as drogas que agem sobre o sistema nervoso central e aliviam a dor. O uso contínuo ou o abuso podem levar a uma dependência física e sintomas de abstinência. São encontrados na forma de pílulas, cápsulas ou líquidos. Os efeitos imediatos do ópio e derivados da morfina incluem: sonolência, diminuição da respiração, constipação, estados de inconsciência, náusea, estado de coma.

Efeitos do uso prolongado. O uso contínuo ou o abuso de derivados do ópio leva a uma dependência física. O corpo se adapta à presença da droga e se esta é reduzida abruptamente se apresentam os sintomas da abstinência. Tais sintomas incluem inquietação, dor muscular e ósseo, insônia, diarreia, vômito e calafrios. Pode-se também chegar a um estado de tolerância, o que significa que quem faz uso de ópio por longo tempo deve paulatinamente aumentar a dose para obter o mesmo efeito.

CANNABIS SATIVA

A cannabis sativa é uma planta originária da Ásia Central encontrada também nas regiões tropicais e temperadas. Da cannabis são obtidas a maconha, o haxixe, substâncias com ligeira ação alucinógena e euforizante.

A maconha é processada misturando-se as folhas, flores e caule da cannabis, enquanto o haxixe deriva da pasta obtida da resina extraída do pólen das flores com gordura animal ou mel. Diz-se que o uso da cannabis era já difundido na China 1.500 anos antes de Cristo.

O mundo islâmico pensava que os efeitos da cannabis representassem a união com a divindade. No século XVIII, após a conquista das províncias do Império Otomano por parte das tropas napoleônicas, a cannabis indiana se difundiu também pela Europa.

Seja o haxixe que a maconha podem ser fumados ou ingeridos. Os efeitos dependem da dose e da personalidade, da idade e do metabolismo do sujeito que a consome. Os efeitos mais comuns são: a irritação da conjuntiva, taquicardia, dor de cabeça, fraqueza, falta de equilíbrio e de coordenação, diminuição da concentração, redução do tempo de reação, déficit da memória, senso de pânico, euforia/inibição.

O uso prolongado dos derivados da cannabis leva a alterações do metabolismo das células, reduz a mobilidade dos espermatozoides, altera o sistema vascular, provocando hipertensão arterial e depressão do sistema imunológico. Além do mais, produz efeitos como danos ao aparelho respiratório, geralmente provocado também pelo tabaco (respiração alterada, bronquite crônica, rinite e sinusite) visto que um cigarro de maconha equivale a quatro cigarros de tabaco.

MACONHA

A maconha é uma substância que, em geral, se fuma, mas pode ser também ingerida seja em dobradinha com certos alimentos seja na forma de infusão (chá). Os efeitos esperados pelo consumidor é o aumento das percepções sensoriais, a dilatação do tempo transcorrido que varia segundo a maneira que é consumida, chegando ao ápice no arco de uma hora.

A maconha provoca uma intensificação da percepção das relações com os outros: maior solidariedade em um grupo de pessoas que se sentem bem juntas; ou paranoia, se se trata com gente que não se gosta. Há também um efeito contrastante em relação às relações formais e hierárquicas. Contrário

Os efeitos sobre o aparelho respiratório são comparáveis àqueles causados pelo tabaco; o sistema imunitário torna-se depressivo e, com doses elevadas, verificam-se efeitos indesejáveis como manias de perseguição ou pequenas paranoias. O consumidor pode ter taquicardia, dor de cabeça ou sensação de peso. Essas substâncias, mesmo pertencendo às drogas denominadas “leves”, requerem especial atenção. Doses elevadas aumentam o risco de efeitos negativos como a síndrome do “colapso”: quando alguém se torna pálido, tem suores frios e náusea.

O Relatório das Nações Unidas para Drogas e Crimes (Word Drug Report, 2013) constata como no Brasil, o número de casos de apreensão de maconha foi praticamente o mesmo em 2010 e 2011, mas a quantidade total passou de 155 toneladas para 174 toneladas de 2010 para 2011 respectivamente.

HAXIXE

É uma substância psicotrópica derivada do florescimento da planta de cannabis e cujos efeitos são devidos especialmente ao delta-9-tetrahydrocannabinol (um dos maiores e mais conhecidos princípios ativos da cannabis), componente presente em quantidade maior em relação à maconha. Os efeitos induzidos pelo uso de tal substância, que é geralmente fumada junto

com o tabaco, mas pode ser também ingerida, são variados. Tem diferentes intensidades segundo o sujeito que a consome, das circunstâncias psicofísicas e do nível de vício do fumante.

Além dos efeitos psicotrópicos devidos à eventual presença de tabaco, os principais efeitos são: relaxamento, atenuação da reação física, desordem na percepção sensorial e das experiências estáticas, abaixamento da pressão sanguínea, melhoramento das percepções sensoriais (vista noturna e audição), foco cognitivo acompanhado de distorção da realidade, abaixamento temporário da memória recente, redução da salivação, sonolência.

Se consumido em grande quantidade pode produzir: desorientação, náusea, sensação de confusão, fortes ataques de taquicardia, sensação de estar com a cabeça rodando.

Os efeitos induzidos podem ser condicionados também por outros fatores psicológicos como: o estado de ânimo de quem consome e a companhia com quem a pessoa partilha a experiência.

ESTATÍSTICAS DA MACONHA

Segundo dados das Nações Unidas (UNODC, 2013, p. 26)¹⁴,

Desde 2002, as apreensões no México e os Estados Unidos têm seguido uma tendência ascendente, com um total combinado de 3.033 toneladas apreendidas em 2002 e 3944 toneladas apreendidas em 2011 (o total dos montantes apreendidos atingiram o seu nível mais alto - 4.655 toneladas - em 2010). Em 2009, a quantidade apreendida nos Estados Unidos ultrapassou a quantidade apreendida pelas autoridades mexicanas pela primeira vez.

Em base às estimativas do Relatório acima, Na América do Norte, 10,7% haviam utilizado no ano, a cannabis. Na América do Sul esse percentual cai para 5,7% de usuários.

O país com maior produção da maconha é, de longe, o Marrocos, com estimativas de 38 mil toneladas em 2011. Em segundo lugar o México, com 7.915 toneladas.

Após o álcool, a maconha é a segunda substância mais frequentemente encontrada no corpo dos motoristas nos acidentes automobilísticos fatais. Tal constatação é feita também no Brasil, onde de um estudo transversal de 3.398 motoristas descobriu-se que 4,6% deles tiveram resultado positivo para alguma substância ilícita. E destes, 39% tiveram o resultado positivo para cocaína,

¹⁴ UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report, 2013. Vienna: 2013.

32% para a maconha, 16% para anfetaminas e 14% para benzodiazepinas¹⁵ (UNODC, 2013).

Segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)¹⁶

No Brasil 7% da população adulta já experimentou maconha na vida, representando 8 milhões de pessoas. Para avaliar uso frequente consideramos o uso no último ano, e neste quesito se enquadram 3% da população adulta, que equivale a mais de 3 milhões de pessoas. Quanto ao uso na adolescência, o estudo mostra que quase 600 mil adolescentes (4% da população) já usou maconha pelo menos uma vez na vida, enquanto a taxa de uso no último ano foi idêntica a dos adultos (3% equivalente a mais de 470 mil adolescentes).

HEROÍNA

A heroína é um derivado semissintético do ópio que se apresenta sob a forma de pó granuloso, branco ou marrão. Foi utilizada como anti-dolorífico, anestésico e sedativo. A heroína é um dos mais potentes derivados do ópio e é consumido de formas diversas: fumando, cheirando ou injetando nas veias.

Estima-se de 13,5 milhões de pessoas no mundo utilizem derivados do ópio, incluídos os 9,2 milhões de pessoas que usam heroína.

Em 2007, 93% da produção mundial de ópio (matéria prima para a produção de heroína) provinha do Afeganistão. O valor total da exportação era de cerca de 4 bilhões de dólares, dos quais quase três quartos acabavam nas mãos dos traficantes e um quarto no bolso dos cultivadores afegãos de ópio.

A pesquisa “*National Survey on Drug Use and Health*” (2013, p. 78) afirma que o número de pessoas dependentes de heroína nos Estados Unidos no ano de 2012 correspondia a 467 mil. No entanto, observam que a dependência de heroína em 2012 era duas vezes maior que a observada dez anos antes, em 2002 (214 mil dependentes).

Segundo um relatório de 2008, do Observatório Europeu sobre Droga e Toxicod dependência os derivados do ópio, sobretudo da heroína, são a causa de 80% das mortes por drogas na Europa. Estima-se que a produção mundial de ópio tenha aumentado de 4 700 toneladas em 2010 para 7 000 toneladas em 2011 (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 79).

Nos Estados Unidos, os derivados do ópio, particularmente da heroína, são responsáveis por 18% das pessoas que se inscrevem nos programas de recuperação da droga e álcool.

15 UNODC. World Drug Report 2013, p. 12.

16 LENAD. Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: estudos preliminares. Disponível em <http://inpad.org.br/lenad/cocaina-e-crack/resultados-preliminares/>. Acesso em: 19 fev. 2014.

Atualmente a heroína é consumida principalmente por via endovenosa. Se estima que uma dose para um consumidor não acostumado, seja de 3-5 mg. Acima dos 50 mg a dose pode ser mortal. O efeito dura de 3-6 horas, no final das quais a pessoa sente a necessidade de repetir a dose.

Na primeira vez que a pessoa consome sente uma sensação de calma, de relaxamento profundo, e simultaneamente de euforia. A heroína deixa o consumidor atordoado e com um calor envolvente. A tensão do prazer parece se alongar infinitamente em uma absoluta satisfação sem nenhum obstáculo; é como mover-se sem esforço em uma profundidade líquida, com um senso de absoluto equilíbrio íntimo e de paz existencial. Cria a sensação de uma engrenagem que move a vida funcione perfeitamente, sem que nada possa perturbar a 'beatitude' e a paz interior.

As vezes seguintes o usuário, que procura sempre as sensações da primeira vez mesmo quando o vício torna essa busca ilusória, pois usa somente para não sentir-se mal. Quando ao prazer do início, esse se perde definitivamente. A heroína se torna uma perseguição: é necessário absolutamente consumi-la, não mais para sentir-se bem, mas somente para não sentir-se mal. A jornada é gasta com o objetivo de procurar a droga, o dinheiro, os traficantes. A mente do toxicômano de heroína se ocupa continuamente com o pensamento da droga; seu estado de ânimo oscila entre o medo angustiado da carência e o alívio momentâneo do uso: tudo se resume a esse movimento pendular.

Os danos imediatos da heroína compreendem uma onda de sensações, um "flash", acompanhado muitas vezes de sensações de calor e secura na boca. Às vezes a reação inicial pode incluir vômito e coceira. Depois que os efeitos iniciais se atenuam prova-se sonolência por várias horas. As funções básicas do corpo, como a respiração e o batimento cardíaco diminuem. Horas depois os efeitos da droga diminuem, o organismo inicia a pedir mais. Se não recebe uma outra dose, começará a fase de abstinência. A abstinência inclui os mais extremos sintomas físicos e mentais. Os sintomas de abstinência incluem inquietude, dores nos ossos, diarreia, vômito e um forte mal-estar.

Efeitos imediatos são: 'flash', diminuição da respiração, funções mentais confusas, náusea e vômito, sonolência, hipotermia (temperatura do corpo mais baixa que o normal), coma ou morte (devidas a overdose),

A abstinência da heroína é uma experiência terrificante que começa a torturar o corpo poucas horas depois da última dose. Os efeitos derivados do uso continuado desta droga são devastadores para o organismo. As injeções frequentes podem causar colapsos vasculares e levar a infecções dos vasos sanguíneos e das válvulas cardíacas. Pode provocar a tuberculose, como resultado de más condições físicas do organismo. A artrite é um outro efeito de longo prazo da dependência de heroína.

O estilo de vida de um consumidor de heroína, que partilha a seringa com outros toxicod dependentes, torna-se um risco para o contágio da AIDS e outras infecções. Calcula-se que dos 35 mil novos casos de infecções da hepatite C (doença do fígado) que se verifica anualmente nos Estados Unidos, mais de 70% é causado por dependentes que partilham as seringas.

Os efeitos de longo prazo incluem: problemas nos dentes, gengivas inflamadas, prisão de ventre, suores frios, coceira, enfraquecimento do sistema imunológico, coma, doenças respiratórias, enfraquecimento muscular, redução da potencia sexual e impotência crônica dos homens, perturbações menstruais para as mulheres, incapacidade de obter o orgasmo, perda da memória e da capacidade intelectual, introversão, depressão, pústulas na face, perda de apetite, insônia.

Libertar-se da heroína é muito difícil. Ela cria dependência física e psicológica, provoca tolerância e vício. Os sintomas ligados à crise de abstinência são muito fortes: cólicas, palpitações, dores abdominais, náusea, vômito, diarreia. Só um dependente fortemente motivado e ajudado pode sair dessa situação.

Uma das metodologias farmacológicas para evitar os efeitos da crise de abstinência é o uso de metadona. Trata-se sempre de um derivado do ópio, cuja aplicação deve ser progressivamente diminuída até modificar as condições da dependência física.

FENCICLIDINA (PCP – O “PÓ DOS ANJOS”)

É uma substância alucinógena produzida em laboratório. Vendida no mercado ilegal em forma de pó branco que se desfaz facilmente na água e no álcool, mas se encontra também em pílulas ou capsulas de várias cores. Pode ser ingerida, fumada ou inalada. Se injetada na veia é extremamente perigosa. Tende a acumular-se no sangue e a sua eliminação do organismo é muito lenta no tempo.

Provoca alterações das percepções sensoriais, perda da coordenação motora, abaixamento da sensibilidade à dor, provoca comportamentos agressivos e violentos. Nas intoxicações mais graves causa incapacidade de falar, paralisia muscular, ataques cardíacos, ruptura dos vasos sanguíneos do cérebro, paranoia, convulsões até o estado de coma. É uma substância absolutamente deleterea principalmente para quem sofre de problemas psíquicos, tendo pesadas recaídas especialmente sobre o funcionamento do cérebro.

AS BENZODIAZEPINAS

As benzodiazepinas (BDZ) têm um índice terapêutico muito elevado e desenvolvem uma série de funções: ansiolítico-sedativa, relaxante, hipnótica e anticonvulsiva; em geral, agem como hipnóticos a doses elevadas, como ansiolítico em doses moderadas e como sedativos a baixas doses. O consumo em doses elevadas provoca uma forte sedação, pode comprometer a lucidez mental, a vigilância e a coordenação motora.

Os efeitos colaterais das BDZ são devidos à ação do fármaco no sistema nervoso central e representam uma exasperação dos efeitos clínicos procurados (ex. sonolência, diminuição dos reflexos, sedação). Os problemas ligados ao uso de BDZ são individuados na tolerância (que é quase sempre relacionada aos efeitos sedativos e não aos ansiolíticos), na dependência física e psíquica (que se instauram após tratamentos prolongados e dosagens elevadas) e nas síndromes de ricochete e de abstinência que podem comparecer com a brusca suspensão do tratamento. A overdose de BDZ geralmente não provoca a morte se o fármaco é consumido solitariamente; o resultado pode ser, ao invés, fatal, se consumido em combinação com álcool e com outras substâncias que deprimem a atividade do sistema nervoso central. A cessação improvisa após o consumo prolongado do BDZ pode provocar uma série de sintomas de abstinência: distúrbios do sono, problemas gastrointestinais, sensações de mal-estar, perda de apetite, ansia, distúrbios perceptivos como alteração da percepção de intensidade da luz, de sons e dos odores; em casos raros verificam-se psicoses e convulsões. O abuso de BDZ é frequente entre os jovens que consomem drogas.

DROGAS PSICOATIVAS

COCAÍNA

É um extrato da folha de coca, uma planta originária dos Andes. As civilizações andinas deram grande importância à coca e, de fato, era a protagonista de muitos mitos. Para os Incas, o consumo de coca tinha um caráter sagrado e a população podia fazer uso somente nas ocasiões de particulares ritos religiosos. Com a chegada dos espanhóis, em torno do ano 1532, a situação mudou, e a coca passou a se tornar um produto de largo consumo entre os indígenas.

Os primeiros estudos de toxicologia, na Europa, levaram, na segunda metade do século XVIII, à publicação de uma importante obra de Paulo

Mantegazza (*Sobre as virtudes higiênicas e medicinais da coca e dos alimentos nervosos em geral*). A cocaína, o alcaloide principal extraído das folhas da coca foi isolado por Albert Nieman em 1860, e a partir de então aumentaram as utilizações racionais desse potente estimulante. Na França era aconselhada aos operários para aumentar a produção nas fábricas, enquanto que nos Estados Unidos era utilizada para a desintoxicação dos alcoolistas e dos viciados em morfina. Na Alemanha foi aplicada escondidamente aos soldados, para que melhorassem o moral, a eficiência e a resistência das tropas à fadiga e à fome. Sigmund Freud, em torno de 1880, experimentava positivamente os efeitos da cocaína sobre si mesmo para combater os frequentes estados depressivos. A cocaína continuou a ser considerada uma substância com efeitos ‘positivos’ até o momento em que o patologista Ernst Fleischl, que tinha já desenvolvido uma forte dependência, começou a ter espantosos efeitos paranoicos, alucinantes e delirantes nos quais lutava contra mordidas de insetos. Isso fez com que se apagasse o entusiasmo em torno da cocaína, mas a esse ponto a sua incrível difusão se tornara um grande negócio. O aumento das despesas sanitárias em consequência da dependência e da intoxicação fez com que, em 1914, a cocaína fosse banida e utilizada somente para aplicações médicas e para a pesquisa. Nos anos 50 era chamada de “neve” pois era - e ainda é, vendida na forma de pó para aspirar. Hoje se transformou também em cristal que é fumado na forma do ‘crack’.

A cocaína pode ser cheirada, fumada ou injetada. Os prazos de alta e baixa dos efeitos dependem da modalidade de consumo. A cocaína é quase sempre ‘cortada’ e misturada com outras substâncias (aditivos, solventes ou restos de produção) e isso pode potencializar o risco das interações entre as substâncias, algumas das quais não se conhece a composição. É a segunda droga ilegal mais difundida no mundo.

Estatísticas recentes (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 68) indicam que o confisco de cocaína, aos níveis internacionais, está em constante aumento e chega a um total de 694 toneladas. A maior parte interceptada na América do Sul.

Segundo o “Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência”¹⁷ (UNIÃO EUROPEIA, 2012, p. 69), a cocaína é também a segunda droga ilegal mais comumente usada na Europa. Prevalência ao longo da vida: cerca de 15,5 milhões de pessoas (4,6% dos adultos europeus). Consumo no último ano: cerca de 4 milhões de adultos europeus (1,2%) ou um quarto dos consumidores ao longo da vida. Consumo no último mês: cerca de 1,5 milhões de pessoas (0,5%).

17 UNIÃO EUROPEIA. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2012. Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190854_PT_TDAC12001PTC_.pdf
Acesso em: 18 fev. 2014.

Entre os jovens (dos 15-34 anos) se calcula que 8 milhões de consumidores a utilizaram ao menos uma vez na vida, 3 milhões no último ano, e 1 milhão no último mês.

Em 2005, nos Estados Unidos, foram 448.481 as visitas ao pronto socorro que envolviam casos com cocaína. Ainda nos Estados Unidos, em 2006, relatórios do *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) mostram que entre 35,3 milhões de americanos dos 12 aos 25 anos, a taxa de utilização era em torno de 6,9%. Entre os estudantes das escolas superiores, em 2006, 8,5% dos alunos tinham usado cocaína ao menos uma vez na vida, segundo o Instituto Nacional para o Abuso de Drogas. Nos Estados Unidos, a cocaína continua a ser a droga ilícita mais frequentemente usada.

O *World Drug Report*, das Nações Unidas (2013) constata que o uso de cocaína tem aumentado significativamente no Brasil, Costa Rica e, em menor grau no Peru. Um estudo conduzido entre estudantes universitários nas 27 capitais brasileiras¹⁸ (BRASIL, 2010), constata que a prevalência anual do uso de cocaína entre estudantes universitários era de 3%, enquanto que entre a população em geral era de 1,75%.

Segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), no Brasil¹⁹

A cocaína usada pela via intranasal é a mais comum, já tendo sido experimentada por 4% dos adultos, pouco mais de 5 milhões de pessoas, enquanto 2% a usou desta forma no último ano, representando 2.3 milhões de pessoas. Já entre adolescentes o uso é menor, sendo de menos de 2% tanto no uso na vida quanto nos últimos 12 meses representando 316 e 226 mil jovens respectivamente.

Quais seriam os efeitos da cocaína, a curto prazo: se atravessa uma fase breve e intensa na qual quem a consome se sente 'prá cima', imediatamente seguida de uma profunda depressão, nervosismo e um forte desejo de uma maior quantidade da droga. As pessoas que a usam com frequência tende a ter problemas de apetite ou não dormem de modo adequado. Podem experimentar um forte aumento das pulsações cardíacas, espasmos musculares e convulsões. A substância pode provocar nas pessoas sensações de paranoia, raiva, hostilidade e ansia, mesmo quando não a utilizam.

18 BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP; organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. Brasília: SENAD, 2010. 284 p.

19 LENAD. Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: estudos preliminares. Disponível em <http://inpad.org.br/lenad/cocaina-e-crack/resultados-preliminares/>. Acesso em: 19 fev. 2014.

Independentemente da quantidade ou da frequência do uso, a cocaína aumenta os riscos, para quem a consome, de ataque cardíaco, ictus, crise, colapso respiratório, e morte imprevista.

O termo “drogado” foi uma rotulação criada muitos anos atrás para descrever os efeitos colaterais negativos do constante consumo da cocaína. A partir do momento que a tolerância à droga aumenta, torna-se necessário assumir uma quantidade maior para obter o mesmo embalo. Um uso contínuo e diário causa perda do sono e apetite, que provocam mal nutrição. A pessoa pode se tornar psicótica e começar a ter alucinações.

Os efeitos de curto prazo: perda de apetite, aumento do ritmo cardíaco, da pressão sanguínea, da temperatura do corpo; compressão dos vasos sanguíneos; respiração difícil; pupilas dilatadas; perturbações do sono; náusea; hiperestimulação; comportamento extravagante, excêntrico e às vezes violento; alucinações, hiper-excitação, irritação; alucinações táteis que criam a ilusão de perceções movendo-se sobre a pele; intensa euforia; ansia e paranoia; depressão; forte desejo da droga; pânico e psicoses; danos permanentes aos vasos sanguíneos. Todos esses efeitos danosos ao organismo tendem a se aprofundar com o tempo de uso.

Mais especificamente, a cocaína age sobre algumas substâncias que, no nosso cérebro, influenciam a energia, a memória, a vigilância, o humor e o prazer. Quem a consome busca energia, potência e uma forte estimulação sexual; a cocaína aumenta a capacidade de concentração, torna o consumidor indiferente à dor e ao cansaço. O consumidor tende a supervalorizar a si mesmo, suas capacidades e a subvalorizar as consequências de seus atos, talvez arriscados: um verdadeiro perigo se ele está ao volante ou em situações nas quais devesse manter longe a agressividade. E, com o tempo e o aumento das doses, na fase depressiva se chega a não sentir prazer por nada. Quem exagera se sente estressado, com insônia, se alimenta mal e, no longo prazo, pode ter problemas com suas prestações sexuais. Estes sintomas se acentuam com o passar das horas o que leva o sujeito a buscar outras drogas.

A síndrome de abstinência apresenta três fases:

- *crash* (caída): apresenta-se após os 30 minutos da assunção; insônia, inapetência, cansaço e agitação;
- *craving* (intenso desejo): sucede à primeira fase e pode durar até 5 semanas: os sintomas são variação de humor, sonolência exagerada, falta de energia, ansia, sintomas depressivos acompanhadas de ideias suicidárias;
- extinção: a última fase na qual a sintomatologia acima descrita começa a desaparecer e o humor do sujeito se torna sempre mais normal.

O perigo de morte não provem somente de uma overdose: pode ser fatal, independentemente da quantidade consumida, pois pode provocar improvisamente infartos, ictus, paradas cardíacas, edemas pulmonares. Mas os danos ao organismo no curto ou longo prazos são muitos. A cocaína é uma droga extremamente danosa para a qual não existe, hoje, nenhuma fármaco ou terapia que permita de reduzir ou de eliminar eficazmente o consumo. Normalmente as pessoas procuram uma comunidade terapêutica que os ajude a suportar o longo processo de desintoxicação e reinserção social.

CRACK

Em 2006, nos Estados Unidos, o crack era uma droga principal utilizada por 178.475 admissões a tratamentos. Representava 71% de todas as inscrições para tratamento de cocaína naquele ano. Em 2007, 5.477 pessoas foram declaradas culpadas de crimes ligados ao crack. Mais de 95% destes transgressores estavam envolvidos com o tráfico de crack.

A Sondagem Nacional Americana (*National Survey on Drug Use and Health - SAMHSA*) sobre o uso de droga e saúde, de 2007, mostrava que em torno de 8,6 milhões de americanos maiores de 12 anos afirmavam que já haviam usado crack. Entre aqueles entre 18 a 25 anos, 6,9% entre os que participaram da pesquisa afirmaram ter usado crack no último ano; e 11,6% das pessoas presas haviam feito uso de crack naquela semana; 49,8% das pessoas presas naquele ano haviam feito uso de crack no passado. A sondagem para Monitorar o Futuro, feito pelo governo americano, sempre em 2007, afirmava que, entre os estudantes das escolas superiores, 3,2% dos alunos tinham usado crack em um certo momento de suas vidas.

Ainda o "*National Survey on Drug Use and Health*" (2013, p. 4) afirma que o número de iniciantes em crack no último ano, baixou de 1 milhão de pessoas em 2002 para 639 mil em 2012. O número de consumidores de crack por sua vez, no mesmo período de 2002-2012 caiu de 337 mil usuários para 84 mil.

A situação na Europa se mostra diferente (UNIÃO EUROPÉIA, 2012, p. 69). O Centro de Monitoramento Europeu sobre Drogas e Dependência de Drogas reconhece que o abuso de crack é mais restrito às comunidades de minoria, em grandes cidades com altas taxas de desocupação e baixas condições de vida. Só existem estimativas regionais sobre o consumo de cocaína-crack em relação à Inglaterra, onde se estimava existirem 184.000 consumidores problemáticos dessa substância em 2009/2010, um número que corresponde a 5,4 casos por 1 000 habitantes com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

No Brasil estudos sobre os usuários de crack que procuram tratamento em Porto Alegre (GUIMARÃES et al., 2008)²⁰ revelavam como o perfil dos usuários de crack estava ligado a uma população de adultos jovens, cor e raça branca, em situação de subemprego ou desemprego. Quase a metade deles (40%) tinham antecedentes criminais.

Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008)²¹ ao investigar o perfil do usuário de cocaína e crack no Brasil afirma, com relação ao perfil específico do usuário de crack que

... entre as drogas ilícitas, o crack é, talvez, a substância cuja demanda por tratamento aumentou mais nos últimos anos. O perfil do usuário de crack (jovem, desempregado, desescolarizado, pobre, de famílias desestruturadas e com uma história de drogas injetáveis e comportamentos sexuais de risco) torna difícil para esses indivíduos aderir ao tratamento, exigindo aproximações mais intensivas e apropriadas para cada fase do tratamento.

Uma pesquisa do SENAD-FIOCRUZ (2013)²² entrevistou 7.381 usuários de crack, e parece ser a que melhor caracteriza, até o presente momento, a situação do uso de crack no Brasil. Vale a pena um confronto com o texto do relatório, que reporta muitos gráficos esclarecedores. 50% dos entrevistados tinham até 30 anos; 78% eram do sexo masculino; 80% se declaram não-brancos; 60% são solteiros; 55% estudou até o ensino fundamental (4a a 8a séries); 40% se encontravam em situação de rua; 65% consegue autofinanciar-se pois trabalha 'por conta própria'; a grande maioria revela um *mix* com outras drogas (tabaco, álcool, maconha e cocaína). O número médio de pedras consumidas, por quem mora nas capitais, por dia, gira em torno de 16 !

Segundo o Levantamento Nacional de Álcool e Drogas²³

Aproximadamente 2 milhões de brasileiros já usou cocaína fumada (crack/merla e oxi) pelo menos uma vez na vida – 1.4% dos adultos e 1% dos jovens. Um em cada cem adultos usou crack no último ano, representando 1 milhão de pessoas. O uso de cocaína fumada na adolescência foi mais baixo, 1% para o uso na vida (150 mil jovens) e 0.2% de uso no último ano, cerca de 18 mil pessoas.

20 GUIMARÃES, C.F.; SANTOS, D.V.V. dos; FREITAS, R.C. de; ARAUJO, R.B. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). Revista de Psiquiatria, 30(2), 2008, p. 101-108.

21 DUAİLİBİ, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008, vol. 24, Suplemento 4, p. S545-S557.

22 SENAD-FIOCRUZ. Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Relatório de Pesquisa. Brasília: SENAD, [2013], p. 27.

23 LENAD. Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: estudos preliminares. Disponível em <http://inpad.org.br/lenad/cocaina-e-crack/resultados-preliminares/> Acesso em: 19 fev. 2014.

No momento em que o crack interfere com os processos químicos do cérebro, uma pessoa sente necessidade de consumir quantidades sempre maiores mesmo para readquirir uma “normalidade”. Os que se tornam dependentes do crack (como para a maioria das outras drogas) perdem o interesse para os outros setores da vida. Torna-se tão grave a situação dessas pessoas que elas fazem tudo o que puderem para encontrar a droga, ao ponto de cometer até homicídios. E, se não conseguem obtê-la, a depressão pode tornar-se tão intensa de modo a levar o toxicodependente ao suicídio.

Efeitos de curto prazo do uso de crack podem ser identificados em: perda de apetite, aumento do ritmo cardíaco, da pressão sanguínea, da temperatura do corpo; compressão dos vasos sanguíneos; respiração difícil; pupilas dilatadas; perturbações do sono; náusea; alto nível de estimulação; comportamento extravagante, excêntrico e às vezes violento; alucinações, irritabilidade; alucinações; euforia intensa; ansia e paranoia, depressão; forte desejo da droga; pânico e psicoses; convulsões; morte por overdose.

O MDMA OU ECSTASY

A mescalina é uma substância que é extraída de uma planta semelhante ao cactus, denominada Peyote. A mastigação da polpa do Peyote provocava, nos indígenas, alucinações de todo tipo. No final da década de 1960 a pesquisa química e farmacológica focalizou sua atenção sobre a utilização terapêutica dos alucinógenos extraídos dos fungos e do Peyote.

Nasciam assim as primeiras drogas sintéticas, chamadas metossiamfetaminas, de forte poder alucinógeno. Com o tempo, porém, o mercado ilegal de tais substâncias fez com que a indústria química desenvolvesse drogas capazes de aumentar a vigilância e a consciência de si, sem produzir graves efeitos psicóticos.

A sua forma original era chamada ‘MDMA’. Foi usada em 1953 pelo exército americano nos testes de guerra psicológica e emergiu nos anos 60 como medicina psicoterapêutica para reduzir as inibições. Somente na década de 70 que o MDMA começou a ser usado como droga ‘recreativa’.

No início dos anos ‘80 essa droga era promovida como “a maior novidade da contínua pesquisa da felicidade através da química” e “a droga da moda” por turbinar as festas nos finais de semana. Era ainda legal em 1984, fabricada com o nome comercial de ‘ecstasy’. A partir de 1985 foi proibida por razões de segurança da saúde.

O MDMA é uma molécula sintética derivada da anfetamina e produzida em laboratório que age sobre a serotonina, uma substância do nosso cérebro

que regula o humor, o sono e o apetite. Essa substância é definida como empática, isto é, que leva a pessoa a sentir-se em harmonia com as outras pessoas, consigo mesmas e com o mundo circunstante. É encontrada em forma de pastilhas, capsulas e pó. O ecstasy, atualmente, uma etiqueta atrás da qual se escondem outras substâncias. As pílulas no mercado mudam frequentemente e o nome e a cor não dizem nada do conteúdo: em sua composição pode-se encontrar de tudo.

O ecstasy se tornou um termo de marketing genérico que, na realidade, pode conter pouquíssimo MDMA e até nenhum. Mesmo que o MDMA produza efeitos danosos, o que hoje é traficado sob o rótulo de ecstasy pode conter uma grande mistura de substância: o LSD, cocaína, heroína, anfetaminas e metanfetaminas, veneno para ratos, cafeína, substâncias para eliminar parasitas intestinais dos cães, etc. Não obstante o rótulo 'atraente' que os traficantes colocam sobre as pílulas, essas misturas é que tornam o ecstasy realmente perigoso: quem a usa não sabe o que está consumindo. Os riscos aumentam quando se usa uma dose maior na busca de efeitos obtidos precedentemente, não sabendo que se consome uma combinação de substâncias totalmente diversas.

Em geral o ecstasy pode ser encontrado mais frequentemente na forma de pílulas, mas pode também ser injetado ou consumida de outras maneiras. O ecstasy líquido é, na realidade, GHB, um sedativo que age sobre o sistema nervoso, uma substância que se pode encontrar também nos produtos para limpeza de canais de drenagem, detergentes para pavimentos, solventes desengordurantes.

Quem a usa está geralmente em busca de soluções velozes para emoções fortes, aumento da lucidez e da concentração, melhoramento da confiança em si mesmo, palavras fluentes e relações fáceis com todos, de modo particular com o outro sexo. O consumo dá uma sensação de empatia, contato, relaxamento muscular, ausência de medo; sensação de poder gozar ao tocar objetos e apalpar objetos ríspidos sem a sensação de aspereza. O movimento mostra-se fluído, livre de obstáculos, de modo a sentir fluir dentro de si uma energia pacífica: dançar, abraçar-se perceber também à distancia que se está praticamente próximos. Os efeitos agradáveis desta droga podem, pois ser reduzidos substancialmente a dois: alívio da tensão muscular e sensação de dissolução do medo e das inibições. Especialmente em contextos de grupo aumenta a sensação de *feeling* com os outros e a facilidade de contato corpóreo. Na realidade esta experiência prazerosa é bastante rara e reservada a situações muito particulares e protegidas visto que são tantas as incógnitas que tornam arriscado o consumo desta substância.

No entanto, o consumidor encontra também consequências indesejáveis: aumento da pressão sanguínea e do batimento cardíaco, o

aumento da tensão muscular e da desidratação. Consumida durante uma noite de balada desenfreada e em locais fechados contribui para o aumento da temperatura do corpo, o coração bate mais rapidamente e arrisca ceder; e a pressão aumenta. Quando o efeito termina o usuário se sente deprimido e irritado. Com o tempo pode manifestar crises de ansiedade, de pânico ou de paranoia, que podem repetir-se mesmo depois do consumo. Com o tempo pode-se entrar em depressão e ter problemas para dormir e comer. Quem se sente inseguro, melancólico ou até deprimido encontra-se em maior risco pois a insegurança pode se transformar em paranoia e a melancolia potencializar-se com sentimentos de falta de emoções, distância e infelicidade.

Os efeitos do ecstasy variam de pessoa a pessoa. Muitos aumentam a quantidade das pastilhas para aumentar os efeitos, mas deste modo é muito fácil chegar a uma reação potencializada, um embalo nervoso que provoca ansiedade, ataques de pânico, sensações de estar para morrer. Alguns consumidores contam que tiveram fortes depressões após o uso, com episódios de impulsos agressivos dirigidos aos outros e a si mesmos, até a chegar, em certos casos, ao suicídio. O MDMA pode ressuscitar distúrbios do comportamento que não se suspeitava que o indivíduo tivesse: daí a explicação para o fato de que, uma única pílula possa ser perigosa. O problema mais grave que pode enfrentar um consumidor de ecstasy é o da intoxicação aguda, que poderia acontecer até com a assunção de uma só pílula. Nestes casos os sintomas são: convulsões, vômito, diarreia, insuficiência renal, coma. Nas horas ou mesmo nos dias sucessivos à ação da substância pode-se verificar algumas reações subjetivas como manias de perseguição, ataques de pânico, aumento da agressividade e da impulsividade, disfunções do ritmo do sono, perda de apetite e tendências suicidárias.

Os consumidores de ecstasy são consumidores 'periódicos', habituados a ingeri-lo também junto com outras substâncias (ex. álcool, LSD), mas evitam a via endovenosa. É este o motivo pelo qual não se consideram toxicômanos e classificam o ecstasy entre as drogas menores, em condições de causa poucos danos à saúde.

Em base à Pesquisa Nacional sobre o uso de Drogas e sobre a Saúde (2007), cerca de 12,4 milhões de americanos acima dos 12 anos já provou o ecstasy pelo menos uma vez na vida, o que corresponde a 5% da população americana naquela faixa de idade.

Resultados da pesquisa de 2007 revela que 2,3% dos alunos do terceiro ano da escola média, 5,2% dos alunos do segundo ano da escola superior e 6,5% dos alunos do quarto ano da escola superior tinham experimentado o ecstasy ao menos uma vez.

92% dos que começam a usar o ecstasy passam sucessivamente a usar outras drogas como a maconha, anfetaminas, cocaína e heroína.

Um estudo feito pelo Centro de Pesquisa sobre o Trabalho Social da Universidade do Texas²⁴ revelou que os efeitos de longo prazo do ecstasy incluem a depressão e uma redução da habilidade de concentração. Os pesquisadores descobriram também que o uso repetido do ecstasy se associa a perturbações do sono e do humor, estados de ansiedade, tremores e dificuldades de memória. O ecstasy desliga os sinais de alarme naturais que o corpo emite. Consequentemente, após usa-lo, o consumidor arrisca ultrapassar os limites e a resistência do próprio corpo.

Pesquisa brasileira²⁵ de 2008 revela os efeitos do Ecstasy.

ANFETAMINAS & METAMFETAMINAS (SPEED, BILLY, ICE, CRYSTAL, CRANCK)

São substâncias de origem sintética com ação estimulante do Sistema Nervoso Central (agem sobre a regulação do sono, do humor e do apetite), e são conhecidas por seu uso na dieta alimentar. Apresenta-se na forma de comprimidos, de várias dimensões e cores, pó, gel ou cristais (ice). Consumido seja por via oral que endovenosa.

As anfetaminas tornam os consumidores vigilantes e enérgicos, seguros de si, com menos cansaço e com menos sono (pois não deixa sentir a fadiga); pode facilitar a liberdade de comunicação e tornar os consumidores sensíveis aos estímulos externos. De qualquer modo, a receptividade da droga varia de indivíduo para indivíduo; inibe a sensação de fome e aumenta o batimento cardíaco, a respiração, a pressão arterial e também a temperatura do corpo. Os efeitos indesejados após o sono são o cansaço, a depressão, o nervosismo, a agressividade.

Os riscos de curto prazo incluem: o perigo principal que se enfrenta é o de consumir pouca água, em situações de baladas desenfreadas, ambientes cheios, produzindo o “golpe de calor”, um aumento veloz da temperatura do corpo (até acima de 42 graus) e da pressão sanguínea. Além do golpe de calor, a morte pode ser debitada ao infarto e a casos de overdose. Riscos a médio e longo prazos: o uso frequente e prolongado de anfetaminas pode induzir a tolerância e dependência psicológica e física.

A estrutura química da metanfetamina é semelhante à da anfetamina, mas tem efeitos mais pronunciados sobre o sistema nervoso central. De modo análogo à anfetamina, a metanfetamina gera um aumento da atividade, uma redução do apetite e um sentimento geral de bem-estar. Os efeitos da metanfetamina podem durar de 6 a 8 horas. Depois do pique inicial, em geral

24 Center for Social Work Research (CSWR). Disponível em: <http://www.utexas.edu/ssw/cswr/>

25 XAVIER, Caroline Addison Carvalho et al. Êxtase (MDMA): efeitos farmacológicos e tóxicos, mecanismo de ação e abordagem clínica. Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2008, vol.35, n.3, pp. 96-103.

se verifica um estado de agitação muito elevado que, em alguns indivíduos, pode levar a comportamentos violentos. As metanfetaminas se apresentam em formas diversas e podem ser fumadas, cheiradas, ingeridas ou injetadas. A droga altera o humor de diferentes maneiras, dependendo da forma que é consumida.

Logo após haver fumado a droga ou tê-la injetada por via endovenosa, a pessoa prova um intenso 'flash' que dura só alguns poucos minutos e é descrito como muito prazeroso. Se a droga é cheirada ou usada por ingestão, produz euforia, uma sensação muito forte mas não com o mesmo nível do 'flash' provocado pela via endovenosa. Ambas são substâncias estimulantes e excitantes que levam as pessoas a sentirem-se muito fortes e muito decididas, a falar com desenvoltura, com uma sensação de que as palavras a possam transportar onde querem. Os movimentos são velozes, não se sente mais nem fome nem cansaço. Após o pique, no entanto, o consumidor se sente muito cansado e depressivo, irritado, com sensação desagradável de ter nas costas uma segunda pele, cinzenta e fria, da qual gostaria de se libertar; e aí requer uma outra dose, para sentir-se de novo forte e desenvolvido. A bola de neve leva a produzir ulteriores efeitos: sensação de estar obsessivos pela falta de sono, tornar-se suspeitosos, vagar pelas estradas movendo-se bruscamente, de modo alucinado e paranoico. O uso repetitivo, por semanas, leva a um estado de confusão mental, onde a depressão e a agressividade induzem o indivíduo ao isolamento ou também a ter comportamentos nocivos para si e para os outros.

LSD

Conhecido como "ácido", o Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD) é o alucinógeno químico mais difundido no mundo. É traficada até em selos coloridos ou pílulas nas quais, como no caso do ecstasy, não se sabe bem o que se encontra na sua composição. O LSD é a droga alucinógena que altera a mente, e provem de fungos alucinógenos. A 'viagem' pode durar até doze horas.

Um estudo conduzido em janeiro de 2008 descobriu que 3,1 milhões de pessoas nos Estados Unidos, com idade entre 12 e 25 anos, afirmava ter feito uso do LSD. Já a partir de 1975 pesquisadores americanos, financiados pelo *National Institute on Drug Abuse* (NIDA)²⁶ fizeram pesquisas anuais sobre cerca de 17 mil estudantes da escola superior, em nível nacional, para determinar o andamento do uso de drogas e para esclarecer atitudes e crenças dos estudantes a respeito do uso de drogas. Entre 1975 e 1997, o período com menor consumo do LSD foi o ano de 1986, com uma taxa de 7,2% de estudantes

²⁶ Dados disponíveis em <http://www.nida.nih.gov/index.html>

do último ano da escola superior que declaravam fazer uso de LSD ao menos uma vez na vida. O percentual de estudantes do último ano que fizeram uso do LSD ao menos uma vez durante o ano precedente quase dobrou, de 4,4% em 1985 a 8,4% em 1997. Neste último ano 13,6% dos estudantes do último ano tinha feito experiência com o LSD ao menos uma vez na vida.

Na Europa, pelo menos 4,2% dos adolescentes e jovens entre 15-24 anos consumiram LSD pelo menos uma vez. O percentual de pessoas nesta faixa de idade que consumiram LSD no último ano supera 1,1% em sete países (Bulgária, República Checa, Estônia, Itália, Letônia, Hungria, Polônia).

O LSD modifica a percepção da realidade (alucinações), faz ver coisas que não existem e cria fadiga em distinguir o que é real e o que é imaginário. Todas as percepções sensoriais são distorcidas e pode-se perder o sentido do tempo e não entender onde se está e o que se está fazendo. Emoções intensas e também contrastantes se sobrepõem uma sobre a outra e mudam em continuidade. A capacidade de julgamento modifica-se completamente. Nessa situação torna-se arriscado fazer até coisas banais como atravessar uma rua. O LSD pode aumentar a temperatura do corpo, a pressão do sangue, provocar taquicardias e criar um senso de vertigem e náusea. Os efeitos mudam, e muito, dependendo de onde a pessoa se encontra e do estado emocional e físico daquele particular momento. Pode acontecer facilmente que, mesmo uma súbita inquietude mude a direção da ‘viagem’, provocando ansia aguda, reações de pânico, alucinações pavorosas que se intercalam e se auto alimentam e crescem até a perda do controle e estados de paranoia e delírios de perseguição (*bad trip*). O consumo mesmo que seja de um só “selo” muito carregado de LSD pode provocar depressão, paranoia, psicose; mesmo à distância de muito tempo, a “viagem” retorna improvisamente e inesperadamente. Mesmo que se consume pouco, sujeitos mais vulneráveis podem permanecer por longo tempo desequilibrados, com danos permanentes. A mistura com álcool e outras drogas aumenta os riscos e os efeitos não esperados.

CRYSTAL METH

O *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)*²⁷ estimou que a produção de estimulantes do tipo anfetamínico, entre os quais se destaca a metanfetamina, chegou a 500 toneladas por ano e que cerca de 25 milhões de pessoas a consomem.

Em 2008 o Governo dos Estados Unidos declarou que cerca de 13 milhões de pessoas com idade superior aos 12 anos consumiram metanfetamina e 529 mil deles a consumiam regularmente. Em 2007, 4,5% dos estudantes

²⁷ Informações disponíveis no site do “United Nations Office on Drugs and Crime”: <https://www.unodc.org/>

americanos do último ano e 4,1% dos que cursavam o primeiros anos das escolas superiores tinham utilizado metanfetamina pelo menos uma vez na vida. O percentual de pessoas admitidas ao tratamento de desintoxicação devido ao abuso de metanfetamina e anfetamina triplicou, passando de 3% em 1996 para 9% em 2006. Alguns Estados demonstram percentuais muito mais elevados, como o Havaí, onde 48,2% das pessoas que buscam ajuda por abuso de drogas ou de álcool em 2007, consumiam metanfetamina.

Trata-se de uma droga muito utilizada na República Tcheca, onde é chamada Pervitin e é produzida em pequenos laboratórios ilegais. O consumo é prevalentemente interno, mas o Pervitin é também exportado em outras partes da Europa e Canadá. República Tcheca, Suécia, Finlândia, Eslováquia e Letônia documentam que as anfetaminas e metanfetaminas representam entre 20% e 60% das drogas usadas por aqueles que buscam tratamento por abuso de drogas.

No sudeste asiático a forma mais comum de metanfetamina é uma pequena pílula chamada Yaba, na Tailândia, e Shabu, nas Filipinas.

Os ingredientes tóxicos contidos no Meth levam à grave deterioração dos dentes, chamada “boca de meth”. Os dentes ficam negros, manchados e cariados, às vezes até o ponto de terem que ser extraídos. Os dentes e as gengivas são destruídos internamente e as raízes ficam cariadas.

SUBSTÂNCIAS INALANTES

As substâncias inalantes podem ser distintas em quatro tipos:

- *líquidos*, que evaporam à temperatura ambiente: são encontradas facilmente em produtos caseiros ou industriais, incluindo-se os solventes para tintas, a gasolina, colas, fluidos corretores e canetas evidenciadoras;
- *spray*, como pintura spray, desodorantes e spray para cabelos, spray ao óleo vegetal para cozinhar e spray para a proteção de estofados;
- *gasosos*, que incluem os anestésicos utilizados na área médica (éteres, clorofórmio, óxido nítrico), gás de isqueiro, botijões de gás propano...
- *nitritos* (um composto químico que se encontra em conservantes alimentares, produtos para o coro, desodorantes para ambientes, etc.): são consideradas classes especiais de substância inalantes, que agem diretamente sobre o sistema nervoso central, o cérebro e a espinha dorsal. São usados principalmente como estimulantes sexuais e são comumente conhecidos como “popper” ou “snapper”.

Em Karachi, no Paquistão, entre 80 a 90% dos meninos de rua cheira cola ou solventes.

Nos Estados Unidos a *National Survey on Drug Use and Health* (SAMHSA), que recolheu dados de 2002 a 2006, descobriu que uma média anual de 593 mil adolescentes com idade entre 12 e 17 anos haviam utilizado substâncias inalantes anos antes da pesquisa.

Mais de 22,9 milhões de americanos usaram substâncias inalantes em algum momento da própria vida. Em 2007 eram das substâncias inalantes que os adolescentes de 12 a 13 anos faziam uso mais frequente; antes mesmo de chegar ao final da escola média 20% dos estudantes dos Estados Unidos haviam usado substâncias inalantes.

Em base às estatísticas publicadas em 2008, ainda nos Estados Unidos, mais de 3.800 visitas ao pronto socorro e 450 tratamentos por ano por envenenamento por substâncias inalantes. Cerca de 22% das pessoas que morreram por Síndrome de Morte Improvisa por utilização de substâncias inalantes as usavam pela primeira vez.

Alguns efeitos de curto prazo: a maior parte das substâncias inalantes agem diretamente sobre o sistema nervoso produzindo efeitos que alteram a mente. Quem as utiliza experimenta, em questão de segundos, uma intoxicação e outros efeitos similares àqueles que se tem com o álcool. Existe uma certa variedade de efeitos que se pode experimentar após o uso, que inclui: gagueira (dificuldade para falar); aparência de estar bêbado, confuso; incapacidade de coordenar os movimentos; alucinações e ilusões; hostilidade, apatia; deterioração da capacidade de julgamento; inconsciência; forte dor de cabeça, inflamações no nariz e na boca. Os efeitos se aprofundam com o uso a longo prazo, incluindo debilidade muscular, desorientação, falta de coordenação motora, irritabilidade, depressão danos sérios e às vezes irreversíveis ao coração, fígado, rins, pulmões e cérebro; Deterioração da memória e diminuição da inteligência; perda da audição; danos à medula óssea e morte devido a colapsos cardíacos e sufocamento (pela falta de oxigenação).

Os PSICOFÁRMACOS

Os psicofármacos são uma categoria de substâncias muito diversificadas entre elas. Como as outras substâncias psicoativas, alteram o humor, os processos de pensamento e o comportamento, mas se diferenciam daquelas porque podem ser prescritas por profissionais da saúde, para o tratamento de distúrbios psíquicos.

Neste contexto são considerados somente os denominados ‘psicofarmacos de abuso’ ou aqueles cujo consumo acontece fora do contexto terapêutico, e como pertencente às substâncias utilizadas com fins ‘recreativos’.

O abuso de fármacos prescritos é um fato muito comum nos Estados Unidos e também é um problema em muitas partes do mundo, inclusive na Europa e, como não podia deixar de ser, no Brasil. Somente nos Estados Unidos, mais de 15 milhões de pessoas abusam de fármacos prescritos; mais que os consumidores de cocaína, alucinógenos, substâncias inalantes e heroína juntos.

No ano de 2005, 4,4 milhões de adolescentes entre 12 e 17 anos, nos Estados Unidos admitiam tomar analgésicos prescritos, e 2,3 milhões já haviam consumido estimulantes prescritos, como, por exemplo, a Ritalina. Cerca de 2,2 milhões abusaram de fármacos sem prescrição médica, como os Xaropes para a tosse. A idade média de primeira utilização era entre 13 e 14 anos.

Em 2006 nos Estados Unidos, 2,6 milhões de pessoas teriam utilizado fármacos prescritos pela primeira vez. Uma sondagem feita em 2007, ainda nos Estados Unidos, revelava que 3,3% dos jovens entre 12 e 17 anos, e 6% entre 17 e 25 anos havia abusado de fármacos prescritos no mês precedente. Diariamente, 2.500 jovens (entre 12-17 anos) abusam pela primeira vez de analgésicos prescritos. O abuso de fármacos causou a mais alta percentagem de mortes por overdose. Dos 22.400 mortos por overdose nos Estados Unidos, em 2005, os analgésicos derivados do ópio foram a causa mais comum de morte, mais precisamente 38,2% dos casos.

OS NEUROLÉPTICOS

O termo neuroléptico significa “fármaco com forte ação sedativa sobre o sistema nervoso”. Estes fármacos deprimem o sistema nervoso vegetativo (involuntário) e o sistema muscular causando uma diminuição da tensão psicofísica e da angustia.

Os neurolépticos, como instrumentos de contenção comportamental foram utilizados em todos os manicômios, tomando o lugar das camisas de força e das velhas terapias, como o uso de barbitúricos, choque de insulina, eletrochoque. Quase todos os neurolépticos podem aumentar os sintomas como alucinações ou delírios.

A resposta a esses fármacos é altamente subjetiva, como também a todas as substâncias psicoativas em geral. Antes que se instaure o efeito procurado, é necessário um longo tempo de consumo constante, quotidiano, geralmente por semanas.

Os neurolépticos são potentes relaxantes da musculatura e criam um estado de indiferença psicofísica aos estímulos, provocando um efeito

calmante que leva a uma diminuição da angústia, da agitação e da mobilidade física espontânea: essa sedação constante leva também a uma redução das alucinações. A nível físico, provocam o bloqueio do vomito, o ofuscamento da visão, boca seca, confusão e inibição da musculatura gastrointestinal e urinária, abaixamento da pressão e hipotermia.

Os efeitos colaterais dos neurolépticos são: torcicolo doloroso, movimentos involuntários dos olhos em direção do alto, tiques da pálpebra, contrações dolorosas da coluna com dificuldade para caminhar, e às vezes também contrações da musculatura da laringe, causando dificuldade de fala, voz rouca, afonia, respiração difícil e sufocamento; incapacidade de estar parado, contínuos movimentos e balanços, batidas dos pés ou dedos; rigidez, tremores e movimentos lentos, excesso de salivação, perturbação da linguagem e da escrita; movimentos involuntários da musculatura da boca, dos lábios e da língua e, muitas vezes, também do tronco; movimentos repetidos e ritmados, como beijar, assobiar ou mastigar, tiques faciais que tendem a atenuar-se durante o sono, mas que aumentam em condições de tensão emotiva.

Os ANSIOLÍTICOS

São fármacos utilizados no tratamento dos distúrbios da ansiedade, combatendo e aliviando seus sintomas. Os ansiolíticos se diferenciam entre eles pelo princípio ativo, a dosagem, a velocidade e potencia da ação, e pela duração do efeito sobre o organismo. Estas substâncias, mesmo se classificadas como fármacos, estão se transformando sempre mais em substâncias de abuso, do tipo 'recreativo', utilizadas pelos seus efeitos quando misturadas com alcoólicos.

Os ansiolíticos, mesmo com modalidades diferentes, agem sobre os distúrbios da ansiedade com um efeito relaxante das tensões musculares. Os efeitos psicoativos variam de indivíduo a indivíduo; portanto, além da dose e ao ambiente, é importante considerar a personalidade de quem o consome. O consumo desse fármaco acontece por via oral, na forma de comprimidos ou líquidos, produzindo efeitos geralmente após uma hora que foram tomados.

Em doses baixas, os ansiolíticos podem dar uma sensação de tranquilidade e bem-estar, mas basta um aumento na dosagem para gerar uma diminuição da atividade mental, causando dificuldades de concentração e sonolência.

Do ponto de vista físico, o uso de ansiolíticos provoca uma diminuição da pressão sanguínea e da frequência cardíaca, com um relaxamento muscular geral que induz ao cansaço, peso nos membros, dificuldades na coordenação dos movimentos e no falar.

Os efeitos colaterais dos ansiolíticos podem ser: uma excessiva sedação, que modifica o nível normal de atenção e a capacidade de perceber os perigos e ativar as defesas; alterações do sono; podem se verificar também problemas de memória, interferências nos processos de aprendizagem e dificuldades nos estudos.

OS ANTIDEPRESSIVOS

Uma outra categoria de fármacos prescritos que são frequentemente usados abusivamente são os antidepressivos. Eles incluem, entre outros, o Prozac, Paxil, Celexa, Zoloft, Effexor, Remeron etc. São distribuídos em cápsulas e comprimidos de cores variadas.

São medicamentos utilizados no tratamento da depressão, além de outras patologias psíquicas. A depressão é uma queda do tom do humor, prolongada e constante, uma forte diminuição da motivação pela vida (com perda de interesse e de prazer pelas atividades quotidianas, diminuição da energia e do impulso sexual, desaceleração mental), senso de culpa, de impotência ou incapacidade.

Os antidepressivos aumentam a quantidade de neurotransmissores disponíveis em nível cerebral, retornando o humor a um estado normal, sem produzir um efeito euforizante ou estimulante. Estes medicamentos exigem um tempo longo de tratamento e constante, antes que se instaure o efeito esperado; geralmente de 2 a 4 semanas. Os antidepressivos não causam dependência física. Os efeitos colaterais mais comuns são: dor de cabeça, problemas na memória e na concentração, confusão mental, vertigens, tremores, taquicardias e arritmias, boca seca, aumento de peso.

O uso prolongado destes antidepressivos levou a documentar casos de agressividade e violência. Os sintomas de abstinência incluem pensamentos suicidas, agressividade, ansiedade, depressão crise de choro, insônia, vertigens, vômito, tremores e sensação de choques elétricos no cérebro.

OS SEDATIVOS

Estes medicamentos são distribuídos em forma de pastilhas ou capsulas multicores ou em forma líquida. Alguns deles, como por exemplo, o Zyprexa, o Seroquel e o Haldol, são conhecidos como os maiores tranquilizantes, enquanto deveriam reduzir os sintomas ligados a doenças mentais. Os sedativos como o Xanax, Klonopin, Halcion e Librium são chamados também “benzo” (abreviação de benzodiazepina). Outros sedativos, como o Amytal, o Numbutal e o Seconal,

são classificados como medicamentos-barbitúricos, que podem ser utilizados como sedativos ou soníferos.

Efeitos a curto prazo são: Diminuição das funções cerebrais; diminuição do batimento cardíaco e da respiração; abaixamento da pressão sanguínea; baixa concentração; confusão; vertigens; dificuldades para falar; febre; preguiça; problemas na visão; prostração; dilatação das pupilas, desorientação, depressão, dificuldades para urinar e dependência.

Doses mais altas podem causar a deterioração da memória, do juízo e da coordenação, irritabilidade, paranoia e pensamentos suicidários. Algumas pessoas experimentam o oposto do efeito que promete o medicamento, como por exemplo, estados de agitação ou agressividade.

A utilização dos sedativos junto com outras substâncias como o álcool, pode diminuir a respiração e os batimentos cardíacos, inclusive causando a morte do consumidor.

Os sintomas de abstinência incluem insônia, fraqueza e náusea. Para as pessoas que usam continuamente e em altas doses, podem demonstrar agitação, aumento da temperatura do corpo, delírio, alucinações e convulsões. Diferentemente da abstinência de outras drogas, a abstinência de sedativos pode ser uma ameaça para a vida de uma pessoa.

Os ANALGÉSICOS

As substâncias mais conhecidas por quem já tenha utilizado drogas ilícitas pela primeira vez na vida, são a maconha e os analgésicos, ambos usados pelo mesmo número de americanos, dos 12 anos acima.

Em 2007, um dos dez entre os estudantes do último ano da escola Média nos Estados Unidos admitia ter abusado de analgésicos prescritos. O uso não médico de analgésicos aumentou de 12% e representa três quartos do problema total do abuso de medicamentos prescritos. O analgésico hydrocodone é o produto farmacêutico controlado mais usado por quem usa indevidamente esses produtos.

Descobriu-se que a metadona, utilizado um tempo nos centros de tratamento da dependência química e agora usado pelos médicos como analgésico, foi a causa de 785 mortes em um único Estado, da Flórida, em 2007.

O abuso de medicamentos prescritos está em aumento também entre a terceira idade americana e compreende particularmente os ansiolíticos como o Xanax e os analgésicos como o OxyContin.

No Reino Unido calcula-se que dezenas de milhares de pessoas sejam dependentes de analgésicos como o Solpadeine e o Neurofen Plus. Médicos e

terapeutas da reabilitação afirmam que o abuso de analgésicos prescritos é uma das dependências mais difíceis de tratar.

Os analgésicos mais comumente prescritos (OxyContin, Vicodin, Methadone, Darvocet, Lortab, Lorcet, e Percocet), ao mesmo tempo que oferecem alívio para a dor, podem também criar no corpo verdadeira necessidade de medicamentos para que o indivíduo simplesmente se sinta num estado de normalidade.

Abaixo assinalamos dez sinais da dependência destes medicamentos:

- *Aumento do uso*: aumento, ao longo do tempo, da dose, devido a uma maior tolerância ao medicamento e à necessidade de maiores doses para a obtenção do mesmo efeito;
- *Mudança de personalidade*: mudanças bruscas de energia, humor e concentração, devido ao fato de o indivíduo deixar em segundo plano suas responsabilidades quotidianas diante da necessidade do medicamento;
- *Diminuição das interações sociais*: familiares e dos amigos;
- *Uso prolongado*: continuação do uso de analgésicos também depois que o problema físico melhorou;
- *Muito tempo gasto com a obtenção do medicamento*: dedicar muito tempo à procura do medicamento, girando farmácias ou fazendo várias consultas médicas para obter a receita.
- *Mudança nos hábitos diários e no trato pessoal*: descuido com a higiene pessoal, mudança de hábitos alimentares e do sono, tosse constante, olhos vermelhos.
- *Descuido com as responsabilidades pessoais*: resistência aos trabalhos e deveres; declarar-se com frequência como doente para ausentar-se do trabalho ou da escola;
- *Aumento da sensibilidade*: visões, sons e emoções passam a ter um efeito excessivo sobre a pessoa;
- *Amnésia temporária e falta de memória*: esquecimento dos fatos recentes;
- *Ficar na defensiva*: e atacar quando responde a simples questões na tentativa de esconder sua dependência a partir do momento que percebe que sua dependência esteja sendo descoberta.

INFORMAÇÕES DESTE CAPÍTULO FORAM OBTIDAS NOS SITES:

Center on Addiction and Substance Abuse (CASACOLUMBIA). Disponível em: <http://www.casacolumbia.org/>

DRONET. Network Nazionale sulle Dipendenze. Disponível em: http://www.dronet.org/comunicazioni/res_news.php?id=2869.

Fundação para um Mundo sem Drogas. Disponível em: <http://br.drugfreeworld.org/#/interactive>

Global Commission on Drug Policy. Disponível em: <http://www.globalcommissionondrugs.org/>

LENAD. Consumo de álcool no Brasil: tendências entre 2006/2012. Disponível em <http://inpad.org.br/lenad/alcool/resultados-preliminares/>

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Disponível em: <http://www.nida.nih.gov/index.html>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. National Survey on Drug Use and Health (SAMHSA). <http://www.samhsa.gov/>

OpenSocietyFoundations. Disponível em: <http://www.opensocietyfoundations.org/reports/war-drugs-report-global-commission-drug-policy>

Quotidiano Sanità. Disponível em: http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=4285

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Disponível em: <https://www.unodc.org/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP; organizadores Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. Brasília: SENAD, 2010. 284 p.

DEA. **Microgram Bulletin**, Vol. 43, N.7, July 2010, p. 48.

DUAILIBI, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008, vol. 24, Suplemento 4, p. S545-S557.

GUIMARÃES, C.F.; SANTOS, D.V.V. dos; FREITAS, R.C. de; ARAUJO, R.B. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista de Psiquiatria**, 30(2), 2008, p. 101-108.

SENAD-FIOCRUZ. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Relatório de Pesquisa. Brasília: SENAD, [2013], p. 27.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings**. Rockville, MD, 2013.

UNIÃO EUROPÉIA. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2012. Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_190854_PT_TDAC12001PTC_.pdf Acesso em: 18 fev. 2014.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report, 2013**. Vienna: 2013.

XAVIER, Caroline Addison Carvalho et al. **Êxtase (MDMA): efeitos farmacológicos e tóxicos, mecanismo de ação e abordagem clínica**. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2008, vol.35, n.3, pp. 96-103.

ADOLESCÊNCIA: UM PERÍODO A RISCO?

INDICAÇÕES DA PSICOLOGIA SOCIAL: IDENTIDADE E AUTOESTIMA.

A dependência tem a ver com duas características dos sujeitos envolvidos: identidade e autoestima. São dois componentes do autoconceito, a maneira através da qual as pessoas avaliam a si mesmas e que motivam as suas decisões de assumir ou menos a identidade que lhes são atribuídas por parte do controle social (HEITZEG 1966, 302-304).

IDENTIDADE

A formação da identidade de um 'drogado' é o resultado da interação entre uso de drogas, a auto percepção e a percepção dos outros com relação a ele. É um conceito estreitamente ligado ao de conformidade, visto que o desejo de se conformar com as normas de um grupo social pode levar as pessoas ao uso; mas também o contrário pode ser verdadeiro: o desejo de usar a droga pode levar o sujeito a se conformar às regras de um determinado grupo que a usa.

A relação entre conformismo e consumo move-se nos dois sentidos: como causa e como consequência da dependência. A busca de conformidade com um grupo pode motivar ao uso de droga e, nesse caso, o conformismo representa sua causa; o uso de droga, por sua vez, pode provocar o conformismo e, pois representa a sua consequência. Vejamos, pois detalhadamente a natureza dessa relação nos dois sentidos.

No caso em que o desejo de conformismo leva ao consumo, é o desejo de conformismo a causa do uso. Tem seu exemplo emblemático nas influências do grupo de pares e dos pais: o consumo de álcool ou de substâncias psicotrópicas gera um desejo de adquirir um sentido de pertença. Assim, a pressão para a conformidade, dentro do grupo de pertença, pode tornar-se uma causa inicial do uso de drogas. Nesse caso – pressão familiar ou do grupo – é menos provável que se desenvolva uma identidade de drogado, a menos que o sujeito seja descoberto e rotulado por pessoas de fora do grupo de pertença.

No caso em que o uso de droga provoca a conformidade, essa se torna uma consequência do consumo: a conformidade com um grupo de consumidores se torna como uma consequência do desejo de consumir a droga. Um exemplo é o caso do jovem que busca voluntariamente a droga e, para encontrá-la e consumi-la, deve se conformar com as normas de um grupo de consumidores.

O uso de substâncias psicoativas não é necessariamente associado a uma identidade como 'drogado'. O sujeito deve primeiro se perceber como tal para decidir-se em aprofundar essa identidade contextualizada no mundo da droga. Merton afirmava que um estado de anomia (falta de normas, normas contraditórias) pode contribuir para aumentar a transgressividade. Mas também a partilha de uma subcultura transgressiva e delinquencial, a presença no bairro de certas culturas da droga, abaixa o nível do controle social, facilita o encontro da droga mas também das pessoas que a utilizam. Esses territórios são facilmente identificados nas *cracolândias*, ou em certas festas *rave*.

A relação entre o uso de substâncias e a formação da identidade acontece nos dois sentidos: o consumo pode contribuir para a formação de uma identidade de 'drogado', e então funciona como uma causa; como também pode se tornar uma consequência: uma vez rotulado como usuário, eu assumo essa identidade para melhor interagir no contexto de pertença.

A AUTOESTIMA

Como observado nos parágrafos anteriores, um baixo nível de autoestima representa um fator de risco e um alto nível representa um fator de proteção para o desenvolvimento da identidade de uma pessoa. Também no caso da toxicodependência, existem provas segundo as quais um baixo nível

de autoestima pode contribuir para o aumento do consumo de substâncias. O consumo exercita a função de liberação do estresse, de diminuição da dor, de fuga das frustrações e do mal-estar. Em outras circunstâncias pode ser expressão do desejo de morte e alimentar uma tendência suicidária.

Tendem a ter um baixo nível de autoestima as pessoas que sofreram traumas mais profundos na infância. Como os adolescentes que, quando crianças, foram vítimas de maus tratos e de abusos sexuais, e aqueles que sofreram grandes desilusões na vida profissional, política ou econômica. O uso de substância pode ser interpretado como uma forma de recuperar o equilíbrio perdido.

Em artigo anterior, de 2011, os autores Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (MADRUGA et al., 2011, P. 251) confirmam que

O abuso de substâncias tem sido a maior fonte de problemas sociais e de saúde nos países em desenvolvimento, como também em outros países. Existem evidências crescentes nos países desenvolvidos ligando exposição à violência na infância com o abuso de substâncias na vida adulta. Este estudo se baseia em uma amostra nacional e parte da hipótese de uma associação entre exposição à violência na infância, alcoolismo e uso de substâncias ilegais na vida adulta e o papel da depressão em tal associação.

O baixo nível de autoestima pode ser também resultado do uso de substâncias. A dependência, neste caso, seria a causa da perda de autoestima: os heroínômanos, por exemplo, tendem a descuidar a própria aparência e higiene; outros perdem o trabalho, a honra e a dignidade; os alcoolistas descuidam da higiene, gastam o dinheiro que têm, são constantemente reprovados pelos familiares, caem nas ruas, são debochados pelas pessoas: todos eventos que contribuem para a diminuição da imagem que a pessoa tem de si mesma. O processo ocorre circularmente: a baixa autoestima provoca a fuga na droga e essa contribui para abaixar ainda mais o nível de autoestima.

Em alguns casos o uso de substâncias tende a contribuir –ao menos inicialmente- com o aumento da autoestima. Um exemplo clássico é o do adolescente que bebe para sentir-se mais sociável com os amigos; do homem de negócios que usa a cocaína para sentir-se mais potente nas relações de trabalho; do intelectual que busca na substância uma maior abertura de mente. De qualquer modo estes comportamentos de alto risco encerram uma alta probabilidade de levar à dependência, e quando essa chega, provoca o efeito contrário: o abaixamento da autoestima.

O GRUPO DE COETÂNEOS, OU AS TRIBOS

No momento em que entramos no argumento sobre a prevenção, nos parece importante delimitar o campo de estudo deste capítulo.

Podemos fazer uma primeira distinção (LANDRY, 1994) entre abuso de droga e dependência de droga. São conceitos que indicam categorias diferentes. Enquanto o abuso diz respeito ao uso de substâncias que alteram o humor mas que não causam ainda disfunções na vida das pessoas, a dependência (*addiction*), pode variar em severidade, diz respeito ao processo do uso compulsivo de drogas, perda de controle sobre a mesma e sobre os próprios comportamentos. Em outras palavras, enquanto durante o período do abuso a pessoa controla a droga, no período da dependência a droga controla a pessoa.

O raciocínio acima nos indica a direção da intervenção preventiva orientada a duas etapas distintas: uma voltada para os sujeitos vítimas de abuso e outra àqueles que são vítimas da dependência. A primeira etapa tem como alvo os sujeitos em situação de risco e pode ser entendida como prevenção primária ou secundária. Entre adolescentes ela se dá no grupo de pares. A segunda etapa focaliza as intervenções de redução do dano e, visto o avançado estado de dependência dos sujeitos, tem uma orientação preventiva de tipo terciário.

Os modelos de prevenção são múltiplos e variam segundo o método, segundo as necessidades da população em situação de risco e segundo a perspectiva em que é projetada a prevenção, entre uma perspectiva micro e macro social.

Quanto ao método, alguns programas de recuperação se restringem à informação. Outros focalizam a educação de sujeitos e de grupos em situação de risco nas comunidades. Outros ainda, acentuam as intervenções culturais sobre a comunidade, através da ocupação do tempo livre.

Quais são as necessidades na base do trabalho preventivo? Alguns centram sobre a prevenção em sentido amplo, alargada à grande população. São programas que focalizam especificamente os grupos de risco, como a rapaziada da esquina que já experimentou e continua a experimentar a droga; programas voltados à população toxicodependente em alta situação de risco que desenvolvem programas voltados à “redução do dano”, na esperança de que um dia os sujeitos em situação de risco se decidam por uma recuperação completa dentro de uma comunidade; por último, existem programas orientados não tanto à prevenção, mas ao tratamento e à recuperação. Enquanto os primeiros são objeto do nosso presente capítulo, o último modelo de programa será aprofundado mais adiante.

Qual perspectiva? Alguns programas estão organizados numa perspectiva macrossocial. A prevenção é orientada às populações locais em situação de grupo, aos pequenos grupos e aos sujeitos singularmente. Algumas intervenções são organizadas num nível macrossocial e, através de políticas sociais vigentes, conseguem obter certos resultados. Estes últimos conseguem resultados porem a longo termo pois são orientados à promoção da qualidade de vida e à redução da pobreza. Por outro lado, ainda na perspectiva macrossocial, podemos tomar medidas de carácter repressivo contra o tráfico e a difusão de substâncias que causam dependência.

A dependência não acontece de um dia para o outro. Ela parece ser mais a consequência de um conjunto de fatores que condicionam uma opção pessoal direcionada à busca de substâncias que possam interferir nos estados de ânimo. As motivações são variadas, como vimos em capítulos anteriores. São diversificadas e em geral se referem à busca de meios substitutivos que o sujeito acredita que possam ajudá-lo a satisfazer certas necessidades como de sociabilidade (álcool, fumo), de superação do estresse, de potenciação da performance individual, etc.

Por diversas razões a prevenção primária parece ser a mais adaptada a responder à atual necessidade dos educadores de informar, formar e promover a qualidade de vida entre os jovens. O primeiro motivo diz respeito ao objetivo da prevenção primária que seria o de, por um lado, diminuir entre os jovens, o risco da necessidade de mudar o estado de ânimo para enfrentar os revezes da vida quotidiana e, do outro, incrementar os fatores protetores. Um segundo motivo diz respeito ao fato de que a maior parte dos educadores sociais trabalham com jovens em situação de risco para os quais a toxicodependência representa um entre tantos riscos. E, por fim, vale ainda a sabedoria popular segundo a qual é melhor prevenir que remediar, ou seja, que é melhor fazer atenção à primeira juventude, e modo a fornecer aos adolescentes a capacidade de administrar os próprios conflitos (“*coping*”).

Essa é a razão pela qual olhamos com especial atenção para a faixa etária juvenil, em especial àquela adolescencial. É um período no qual os jovens abandonam a segurança da primeira socialização em direção à grande sociedade. O itinerário prevê uma relevante passagem pelas relações de grupo, período em que se vive a necessária socialização secundária dentro do grupo de pares. A adolescência é um período no qual o alargamento da rede social torna-se necessária para que os sujeitos possam desenvolver as competências sociais adaptadas à participação no mundo dos adultos. Portanto, será o grupo de pares o foco do nosso estudo neste capítulo. Para realizar tal intento consideramos sinteticamente duas teorias que, no âmbito da psicossociologia explicam os processos que advém no período da socialização secundária: a

teoria do vínculo afetivo e da identidade social (HIRSCHI, 1969)²⁸. A razão pela qual as consideramos aqui é o fato de que elas conseguem esclarecer processos de influência do grupo sobre seus membros, particularmente a pressão à conformidade.

Muitos dos comportamentos transgressivos que acontecem dentro do grupo de pares, e de consequência aqueles ligados ao uso de substâncias psicoativas, podem ser explicados à luz da influência e das pressões exercitadas pelos membros sobre os indivíduos singulares. Portanto focalizamos também alguns aspectos teóricos sobre processos de influência e pressão de grupo. A pesquisa de Kendel et al.(1978) nos oferece a possibilidade de confrontar os problemas da transgressividade no âmbito da toxicod dependência com influência de grupo.

UMA TIPOLOGIA DOS GRUPOS DE PARES

Uma característica própria dos adolescentes é o período de tempo que eles passam juntos nos lugares públicos, nos grupos de pares. A relação que se estabelece baseia-se na interação face-a-face, na associação voluntária e na cooperação mútua. Estes grupos variam de acordo com a estrutura, entre pequenos (*cliques*), até àqueles compostos por diferentes grupos (*crowds*), e os caracterizados como gangues (*gangs*).

a) O grupo de pares (“cliques”)

O grupo mais comum parece ser aquele do tipo pequeno, formado por amigos da mesma idade e em geral do mesmo sexo. Denominado, em inglês, clique, ele representa a base dos diferentes tipos de grupo de pares, a âncora para as atividades sociais e para a constituição de novas amizades. É sintomática a referência dos adolescentes ao “meu grupo”, aos “meus amigos”, à “galera”. A comunicação entre eles é simples e direta e o tempo que passam juntos é dedicado a falar e gozar da presença da companhia dos outros. A idade mais comum entre os jovens que formam as cliques é aquela entre 10-14 anos. Podem ser identificados pelo modo semelhante com o qual se vestem, pelas suas preferências e pelo modo em que se encontram pelas ruas. Durante o dia um mesmo adolescente pode pertencer a diferentes grupos, contendo amigos diferentes.

b) O grupo composto (“crowd”)

28 A teoria do vínculo afetivo, concebida por Bowlby no âmbito da psicologia do desenvolvimento (BOWLBY J. Attachment and loss: Vol. 1. Attachment. Harmondsworth: Penguin, 1969) foi aplicada na área da sociologia por T. Hirschi para interpretar a tendência à delinquência.

O conjunto de diferentes cliques é denominado como grupo composto (crowd). A distinção entre as cliques e o grupo composto não é facilmente observável. Uma das características do grupo composto é o fato que: eles são mais numerosos e mais estendidos, tendo em média uma quinzena de sujeitos, em geral do mesmo sexo. Para distingui-los é necessário observa-los no tempo, no mesmo território e tempo.

c) A gangue (“gang”)

As gangues em geral não são consideradas na categoria do grupo de pares. Porém isso pode acontecer na medida em que a gangue é um grupo de pares importante para alguns adolescentes. É um tipo de grupo que chama a atenção da mídia. É um núcleo em base ao qual se desenvolvem diversas relações sociais no território.

Identificar um grupo como gangue significa reconhecer que: o grupo pode ser facilmente reconhecido pela comunidade e pelas agências de controle social; que os adolescentes pertencentes a esse tipo de grupo se identificam conscientemente com ele, através de um modo de vestir-se; tipos de comportamento e o atribuição de um nome à gangue.

Existem muitos estereótipos que acompanham o conceito de gangue:

“O mais comum é aquele segundo o qual as gangues são compostas por adolescentes mais maduros, violentos, que usam droga e álcool, são sexualmente hiperativos, imprevisíveis, delinquentes e traficantes. Este aspecto do estereótipo focaliza o comportamento criminal e esquece o fato de que as gangues têm uma relação mais convencional com outros grupos juvenis e com a comunidade” (MOORE, 1993, p. 28).

A idade em que os adolescentes entram para as gangues é a dos 11-12 anos, e tende a diminuir à medida em que o jovem se aproxima dos 20 anos. A saída é geralmente motivada pela assunção de responsabilidades da vida adulta.

As funções do grupo de pares são diversas: como grupo precário contribui à formação da personalidade; constituem uma estrutura de sustentação emotiva no momento em que o indivíduo tem necessidade de confrontar-se com personalidades distintas; fornece uma forma de vínculo afetivo; providencia um senso de pertença e de solidariedade (COTTERELL, 1996).

O GRUPO DE PARES: UMA PREVENÇÃO SEGUNDO UM MODELO PSICOSSOCIAL

A perspectiva teórica organiza-se dentro de um ponto de vista relacional. As teorias que seguem são estudadas de modo mais aprofundado na psicologia social e na psicologia do desenvolvimento. Portanto, nos limitamos aqui a repassar tais teorias em função da interpretação dos fenômenos ligados à toxicod dependência, em modo especial àqueles ligados à prevenção do consumo nos grupos de pares, no “lugar social” onde acontece em geral a iniciação à dependência.

Shaw e Tremble (1971), por exemplo, se utiliza de um modelo baseado na teoria do grupo de pares para explicar o comportamento transgressivo. Parte do princípio segundo o qual as atitudes e os comportamentos transgressivos são conceitos que se desenvolvem no âmbito psicossocial, mas são fruto de uma interação entre características psicológicas, sociais e culturais. O seu modelo interpretativo postula que:

1. A adolescência é um período crítico para a evolução do comportamento antissocial e que a prevenção deveria focalizar mais esse período juvenil;
2. As atitudes e os comportamentos desviantes são o resultado da socialização, ou seja, da aprendizagem das normas mediada pela interação social;
3. As primeiras agências de socialização são a família, a escola, o grupo de pares;
4. A influência da socialização secundária, que inclui a comunidade, a religião, a família extensa, os meios de comunicação e o grupo de pares, é mediada por relações (conexões) que ocorrem nas agências da socialização primária;
5. Qualquer link de socialização pode transmitir normas divergentes daquelas compartilhadas pelo consenso social e desaprovadas por ele, mas a família e a escola, enquanto atuam positivamente, conseguem transmitir normas não transgressivas;
6. O grupo de pares pode transmitir sejam normas desviantes que não desviantes, mesmo que no caso em que a maior fonte das normas desviantes provenha do grupo de pares;
7. A falta ou a debilidade de um vínculo afetivo do adolescente com a família tende a provocar o aumento da probabilidade que ele se torne membro de um grupo desviante;
8. Os programas preventivos voltados para a redução dos comportamentos anti-sociais deveriam reduzir os fatores de risco e aumentar o fator “resiliência” para promover o crescimento do

vínculo afetivo entre o adolescente, a família, a escola e o grupo de pares, assegurando também que estas agências não comuniquem normas desviantes.

Kaplan (1995) utiliza fundamentações teóricas orientadas sobre a teoria do controle social (do vínculo afetivo com a família e relacional – Elliott, Hirschi, Jessor), sobre a teoria da anomia (“strain theory” de Cloward e Merton) e sobre as teorias da aprendizagem (Akers et al., 1979; Bandura 1977). Foram medidas dez variáveis: conformidade social, comportamento criminal, comportamento transgressivo no grupo de pares (*peer deviance*), segurança sócio-emocional, uso de drogas, vínculo social, motivação para o estudo, desestruturação familiar, conformidade social na vida adulta e criminalidade na vida adulta. Dos resultados resulta que a conformidade social está negativamente correlacionada com o uso de drogas (-0.78) com comportamentos no âmbito delinquencial (-0.73) e com a “*peer deviance*” (-0.79) e positivamente correlacionada com o vínculo social (0.56), com a segurança sócio emocional (0.40) e com a orientação acadêmica (0.42). O uso de drogas, por sua vez, correlaciona-se positivamente com o comportamento no âmbito criminal (0.57) e com a “*peer deviance*” (0.73) e negativamente com a conformidade social (-0.78), com a orientação acadêmica (-0.36) e com o vínculo social (-0.26). A variável desestruturação familiar revela-se pouco correlacionada com as outras nove variáveis.

PRESSIONAMENTO DE GRUPO E COMPORTAMENTOS DE RISCO

O grupo de pares é considerado um contexto muito particular, em condições de influenciar seja a iniciação ao uso de drogas que a manutenção de um padrão de consumo. A influencia interpessoal que pode ocorrer dentro dos grupos foi estudada por Kandel (1978)²⁹, que a distinguiu entre influencia direta, indireta e condicional.

- a. a influencia direta: ocorre quando uma pessoa influencia o comportamento de uma outra através do exemplo e do reforço ou da qualidade da relação. Os amigos podem fornecer a droga e ensinar como reconhecer e gozar dos seus efeitos. As formas diretas de persuasão ocorrem em associação com os outros; a socialização é indireta e normativa: o adolescente é motivado a comportar-se de acordo com a percepção do modo de comportar-se dos outros e das expectativas dos outros em seu confronto.

²⁹ A pesquisa de Kandel et al., mesmo que tenha sido efetuada nos anos 70 mantém o seu valor antes de mais nada pela quantidade de adolescentes pesquisados (8.206 e 5.574 pais); em segundo lugar porque estuda a iniciação ao uso de drogas; e, por último, porque considera de modo particular a influencia do grupo de pares na iniciação ao uso.

- b. A influência indireta: ocorre quando um indivíduo influencia na percepção dos valores, das atitudes e dos comportamentos de uma outra.
- c. A influência condicional: ocorre quando uma fonte de influência predispõe uma pessoa na direção à influência de uma outra.

A pressão de grupo distingue-se do conceito mais amplo de influência de grupo. A pressão de grupo ocorre muito mais na forma direta: sujeitos pertencentes à mesma idade encorajam ou constringem um outro a fazer algo prescindindo da vontade deste outro.

Quando um sujeito se encontra na incerteza sobre a maneira de se comportar, tende a confiar nos outros, através de um processo de comparações: ele confronta, e em certos casos regula e conforma o próprio comportamento com o dos outros. Ponto central do conceito de influência relacional encontramos na teoria do vínculo afetivo e está relacionado à confiança: uma pessoa é disposta a conformar-se quando a fonte é considerada por ele como confiável. Um companheiro de grupo confiável em geral constitui um “outro significativo” para ele. A confiabilidade, por sua vez, tende a ser alimentada pelo nível de vínculo afetivo.

A teoria da identidade social acredita que o veículo da influência social não é provocada primeiramente pela pressão de grupo ou pela comparação social. Aquilo que conta mais é a eleição, por parte do sujeito, de uma categoria social como referencial: o sujeito se identifica socialmente com uma categoria social particular e aceita pertencer a ela. Ele, por exemplo, afirma ser um “*naziskin*”, um torcedor da “máfia azul”, etc.

Em outras palavras, um adolescente não aceita fumar maconha somente porque sob pressão de outros membros do grupo. Pode ser que esses outros não signifiquem muito para ele. Mas, se um adolescente se reconhece como membro de um grupo (identidade social) dentro do qual se encontram “outros significativos” para ele, reconhece como significativas também as normas compartilhadas pelo grupo, é muito mais provável que passe a se comportar de acordo com as expectativas dos colegas e com as normas ditadas por eles.

TOXICODEPENDÊNCIA E ADOLESCÊNCIA

UM MODELO INTERPRETATIVO SISTÊMICO

Para entender a relação entre toxicodpendência e risco na adolescência é necessário o conhecimento de diversos pontos de vista:

sociológico, psicológico, psiquiátrico, etc. De fato, os modos e os motivos pelos quais uma pessoa se aproxima das substâncias e continua a utilizá-las até a instauração de uma relação de dependência requerem uma análise ampla, multifatorial, enquanto a toxicodependência é um problema sempre mais presente na sociedade, sintoma de um mal-estar social difuso cuja análise precisa considerar a complexidade da realidade humana e social do fenômeno.

Os problemas colocados pelos novos consumos de droga sugerem que o problema seja analisado segundo uma perspectiva multidisciplinar sistêmico-relacional. Tal perspectiva permite considerar o papel de todos os atores sociais envolvidos diretamente e indiretamente no fenômeno da toxicodependência, e analisa a questão não segundo uma causalidade linear mas interativa, processual, circular.

Tal processo prevê que o indivíduo, não somente sofra os efeitos maléficos de uma situação, mas possa também afrontá-los e eventualmente modificá-los de modo a mudar o negativo em positivo. Nessa perspectiva, que prevê um processo contínuo de significativas interações entre indivíduo e ambiente, a noção de fatores de risco precisa ser revista.

- a. Na medida em que o sujeito interage com os fatores de risco ele não é destinado a somente a sofrer esses fatores, mas pode também enfrentá-los e modificá-los. Diante de uma situação de estresse o sujeito pode desanimar aumentando a própria vulnerabilidade, mas pode também reagir, reforçando as próprias defesas. Obviamente o processo interativo assume uma dessas duas direções em base às características do contexto, ao temperamento do sujeito, ao significado que ele atribui à situação de risco.
- b. No espaço de vida do sujeito não estão presente somente fatores de risco, mas também outros eventos de sinal positivo que podem interagir com os fatores de risco, atenuando ou inibindo seus potenciais negativos.
- c. O fator de risco, a partir do que dissemos nos itens a) e b), pode perder sua carga negativa e transformar-se em uma ocasião de crescimento psicológico para o sujeito, ou seja, a partir do momento em que ele pode ser administrado pelo sujeito ele passa a ser um “fator protetor” em relação a outros riscos.

De fato, a toxicodependência não é uma substância, um objeto, um defeito de tipo cromossômico, neurobiológico, psíquico, social ou ético. Não é algo que alguém tem como uma doença, um hábito, um vício. Não é nem uma característica da natureza da pessoa. Dependência é a condição existencial de um sujeito que organizou no tempo uma estrutura de ações significativas, que tem a função de restabelecer a relação entre si mesmo e o objeto. Dessa relação com o objeto ele consegue estados mentais que assumem para ele um

valor excepcional. A dependência é criadora de significado e de sentido para os sujeitos que em torno dela construíram sua existência. Torna-se necessário não desconsiderar nenhum dos dois polos, o objeto e a pessoa, considerando que um determina o outro. É necessário considerar os dois e ter sempre presente que a dependência, como uma relação dinâmica na qual o sujeito tem sempre alguma capacidade de decisão.

Feitas as observações acima, quando avaliamos a vulnerabilidade de um sujeito diante da droga, alguns elementos devem ser considerados, como o fazem alguns estudiosos da área (DIONIGI; PAVARIN, 2010):

- a. *o indivíduo*, com suas características únicas, congênicas e conquistadas que o tornam mais ou menos vulneráveis;
- b. *o ambiente*: com as suas características protetivas, de sustentação, estressantes, destrutivas, ou mesmo com suas potencialidades construtivas; as características familiares; as condições socioeconômicas que tornam o sujeito mais ou menos vulneráveis;
- c. *as características farmacocinéticas*: intrínsecas às diferentes substâncias, nas suas combinações com as características específicas de cada consumidor, fator que determina perfis mais ou menos vulneráveis.

Deste visão interacionista do desenvolvimento do sujeito resulta uma concepção de nexos causal entre fatores de risco e comportamentos problemáticos, que se caracteriza do seguinte modo:

- os fatores de risco são correlacionados aos seus efeitos problemáticos segundo o cálculo das probabilidades; ex. O uso de um baseado não determina necessariamente a passagem do sujeito à toxicodependência; no entanto esta, a partir do momento que se desenvolve, tem no seu passado episódios de uso de drogas ligeiras.
- Os fatores de risco interagem entre eles em um processo contínuo de modificações recíprocas;
- A noção de fatores de risco é dinamizada a tal ponto que assume sinais contraditórios, entre vulnerabilidade e proteção.

Aplicando estas considerações ao uso de substâncias, psicoativas ou não, é possível delinear um esquema em termos de uma sequência possível, não predefinida e até reversível.

1. Fatores predisponentes: entendidos como uma 'massa crítica' de fatores antecedentes ao consumo, que podem agilizar a experiência. Esses fatores podem ser biológicos e genéticos, traços psíquicos, elementos do contexto socioambiental; são tidos como fatores em condições de aumentar o risco de evolução de um sujeito em direção do uso, abuso e dependência.

2. Fatores eziológicos: entendidos como fatores causais que provocam o uso de substâncias. Trata-se de fatores pessoais, ambientais, ligados a uma relação de causa-efeito na construção de uma situação de dependência.
3. Efeitos produzidos: correspondem ao conjunto dos efeitos de tipo psíquico, físico, biológico, ambiental que se produzem a partir do momento que o sujeito passa a consumir drogas (legais ou ilegais).
4. Fatores de manutenção: são aqueles que concorrem para manter a condição de usuário, dependente. Incidem os aspectos psicofísicos tais como a tolerância em relação a uma substância, a abstinência percebida na ausência da droga, as modificações agradáveis ou menos, vantagens ou desvantagens das consequências da droga na vida do sujeito.
5. Resultado final: a avaliação de todo o processo de envolvimento do sujeito em sua experiência de dependência

Podemos distinguir vários fatores de risco, que podem conduzir à toxicodependência, desde fatores individuais a fatores ambientais (familiares, sociais, culturais, econômicos, etc.). Os fatores de risco são eventos ou condições associadas a um aumento da probabilidade de manifestações antissociais ou delinquentiais que influenciam a frequência, a prevalência, a persistência e a duração. A importância dos fatores de risco está na sua potencialidade de agir como um indicador que assinala um aumento da probabilidade que um determinado comportamento se manifeste.

Em última análise, pois, pode-se afirmar que a toxicodependência possa ser considerada uma situação resultante de uma complexidade de variáveis e causas, nenhuma das quais sozinha estaria em condição de produzir a dependência; mas é bem provável que a vários fatores concorrendo juntos, simultaneamente, leva a provocar maiores riscos de sedução pela droga, tornando os indivíduos sempre mais frágeis e vulneráveis.

No caso da adolescência, o conceito de risco precisa levar em consideração as necessidades evolutivas específicas desse período da vida. A força dos fatores de risco é tanto maior quanto: a) maior o número dos fatores de risco; b) mais sensível é o indivíduo que sofre esses fatores; c) mais precoce, constante e prolongada é a influência desses fatores sobre o indivíduo.

A TOXICODPENDÊNCIA: UM FENÔMENO SEMPRE MAIS LIGADO AOS PROBLEMAS DA ADOLESCÊNCIA

Em geral, das pesquisas que se fazem ultimamente, resulta que a adolescência é uma idade típica na qual acontece a iniciação ao uso de substâncias. Diante de uma idade “de passagem”, difícil, na qual acontecem muitas mudanças que comportam um certo nível de mal-estar, o uso de drogas pode ser um modo para que o sujeito se sinta incluído, parte de um grupo, para sentir-se forte e seguro de si diante dos outros. Uma maneira para colocar-se à prova e provar sempre novas emoções, experimentar até onde consegue chegar, ou uma maneira para superar o mal-estar pessoal e preencher certo vazio existencial. Nessas condições poderia ser visto como normal buscar algo que permita aliviar os sofrimentos dessa passagem e resolver os problemas mais rapidamente. No entanto, os problemas não se resolvem com uma varinha mágica. São experiências que requerem esforço pessoal em direção a um itinerário que leva à maturidade.

Em geral os adolescentes conseguem: depois de um período de turbulências, entram em uma fase mais tranquila na qual conseguem enxergar uma solução positiva para seus problemas. Mas existe também aqueles que, não conseguindo enfrentar tais dificuldades e construir-se uma adequada identidade pessoal, recorrem às drogas para se “sentirem bem” e terem a sensação de estarem no caminho correto de emancipação. Esses indivíduos têm dificuldade para superar o próprio itinerário de desenvolvimento, geralmente são débeis, problemáticos, têm figuras paternas fracas ou experimentam situações de abandono. Ou são sujeitos com maiores problemas de personalidade (ex. *Borderline*, psicóticos, bipolares etc...) e o uso de drogas, que aparentemente parecem resolver esses problemas, na realidade contribuem para agrava-los ainda mais.

É preciso considerar também que a própria facilidade de acesso às substâncias torna o abuso mais frequente na adolescência. O grupo de pares, a tribo, são contextos que facilitam e apressam essas experiências.

MOTIVAÇÕES SUBJACENTES À DEPENDÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

Por mais que queiramos ser atualizados, é difícil construir um quadro exato das motivações que estariam por trás da dependência química, especialmente na adolescência. Antes de tudo porque muitos comportamentos acontecem ao redor da tribo, do grupo de pares. Por isso mesmo fogem a qualquer tentativa de controle por parte dos adultos. Mas também porque estes fenômenos, além de acontecerem no escondido, são como o camaleão,

mudam em continuidade e são difíceis de perceber por parte de quem cuida dos jovens, sejam eles componentes da família, da escola, da polícia... Afinal existem representações sociais do fenômeno droga que tendem a distorcê-lo. E também o fato que as drogas são múltiplas, de diferentes tipos, com efeitos muito diferentes entre elas. As modalidades e os estilos de consumo definem diferentes tipos de toxicodependências. Por isso é um fenômeno de difícil estimativa.

Nos itens que seguem enumeramos algumas motivações mais estreitamente ligadas ao itinerário de desenvolvimento durante o período adolescência, e que julgamos significativos para a compreensão do porque alguns adolescentes se aproximam da droga.

a) Busca de autonomia e de pertença a um grupo

A busca de independência, e a conseqüente necessidade de tomar distância da família, é uma necessidade típica de todos os adolescentes. Neste contexto adquire sempre maior importância o grupo de pares, de amigos, e a exigência do adolescente de “ser reconhecido” pelos outros. Esse momento é muito delicado porque, distanciando-se da família, o adolescente pode sentir-se só e inseguro, motivo pelo qual busca no grupo de amigos o apoio que não encontra em casa. A droga, neste caso, pode servir ao adolescente como instrumento seja de rebelião e contraposição à família, seja como um meio para sentir-se aceito pelo grupo.

b) Busca de segurança e construção da própria identidade

As pessoas, na busca de atrair a estima dos outros se esforça por obter opiniões positivas sobre si mesmas. Pelo que diz respeito particularmente à construção da identidade na adolescência, as opiniões dos outros são determinantes para uma boa autoestima. Mas nem sempre isso acontece da melhor maneira. O adolescente muitas vezes vive situações de profunda insegurança, não somente em relação ao futuro, à sua vida, suas escolhas, mas também na relação com os outros, com o grupo de amigos. Dificuldades nas relações com o outro sexo podem ser ‘facilitadas’ com o uso de álcool e ou drogas, na busca de estados de ânimo favoráveis, da superação da timidez e inibição, de menos estresse nas interações. Em geral o uso de drogas e álcool, em determinadas circunstancias permite e favorece uma interação mais fácil, e oferece novas sensações – quem sabe partilhada com os membros do grupo – que não se prova no cotidiano e sem a ‘ajuda’ dessas substâncias.

c) O desejo de aliviar o mal-estar

O vazio emocional e o mal-estar adolescencial é claramente causa de profunda tristeza e melancolia para um adolescente. A droga nesses casos é

um recurso para “curar”, como uma espécie de terapia para aliviar a sensação de vazio e de sofrimento que eventualmente está sentindo. O mal-estar é causado pela dificuldade que o adolescente prova ao enfrentar as tarefas de seu desenvolvimento: insegurança nas relações com os outros, incertezas ao encontrar-se diante de situações novas, etc. Todas essas tensões interiores tendem a geral amedrontar, gerar insegurança.

Consequentemente a droga e o álcool tornam-se expedientes para a superação de tal insegurança, para sentirem-se mais ousados e desinibidos com os outros. A insegurança e certo mal-estar são normais dentro do período de amadurecimento adolescencial. Mas em certas condições e contextos o adolescente não consegue superar tais sentimentos e daí recorre a comportamentos que superam os limites da normalidade: de consumidor ocasional pode tornar-se habitual.

Esse mal-estar pode ser alimentado também pelos problemas que o adolescente vive dentro do contexto familiar, do papel que os pais exercem suas funções e do modo de os pais se relacionarem com ele.

d) Droga como “autoterapia”

Para alguns autores (CANCRINI; MAZZONI, 1991) o uso de droga por parte de um dependente pode ser considerado, do ponto de vista emocional, como uma tentativa errada de autoterapia. Os autores distinguem alguns tipos de dependência:

- Toxicomania traumática: a motivação para a droga provem de um evento traumático, como a morte ou o distanciamento de uma pessoa cara e importante, o fim de uma amizade ou de um amor, ou de uma situação sobre a qual o sujeito tinha investido muito, resultados negativos na escola, etc. Diante destas experiências a droga surgiria como uma tentativa de resolução do trauma.
- Toxicodependências substitutivas de neuroses atuais: a dependência como resultado de problemas de caráter nervoso, percebidas pelo sujeito como ego-distônicos. A busca da droga seria para ajudar na superação de tais problemas neurológicos.
- Toxicodependência de transição: a essa categoria pertencem os casos em que os sujeitos têm graves perturbações de personalidade (*borderline*, bipolares, etc.) e utilizam a droga para cobrir e compensar a patologia.
- Toxicodependência sociopática: pertencem a esse grupo os sujeitos com perturbações sociopáticas de personalidade, ligadas também a um contexto sociocultural degradado, falta de cuidados afetivos. A busca da droga seria uma forma de *acting-out*, de chutar o balde.

Ainda de acordo com Cancrini e Mazzoni (1991) a relação que corre entre adolescentes e uso de drogas pode ser analisada distinguindo diversas modalidades de consumo:

1. Consumo experimental: ou seja, quando o motivo pelo qual se começa está ligado à curiosidade ou a necessidade de realizar novas experiências. Nesta categoria se poderia compreender também o que às vezes vem considerado como consumo experiencial: trata-se da busca por experiências prazerosas ou de mudanças na percepção.
2. Consumo social: quando a substância é consumida no quadro das atividades sociais, por exemplo, as festas, os *raves*, etc. Neste caso poder-se-ia também falar de uso integrado.
3. Consumo finalizado para o uso pessoal. A substância tem uma função de resolver tensões psíquicas ou serve para encher um vazio. A um certo ponto o consumo passa a fluir como parte central na vida do consumidor: é uma fase crítica e vem acompanhado com uma construção gradual de uma identidade de drogado, com a pertença a subculturas de consumidores e mudanças na percepção dos valores.
4. A adição propriamente dita. O consumo da substância ou das substâncias provoca danos irreversíveis e o consumidor entra em um círculo vicioso do qual torna-se sempre mais difícil sair sem uma relação de ajuda.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

CANCINI, L.; MAZZONI, S. Família e droga: dall'autoterapia alla richiesta di aiuto. In: MALAGOLI TOGLIATTI M.; TELFENER, U. (Ed.). **Dall'individuo al sistema**. Torino: Boringhieri, p. 286-300.

COTTERELL, John. Social networks and social influences in adolescence. New York: Routledge, 1996, p. 44.

DIONIGI A., PAVARIN R. M. **Sballo**. Trento: Erikson, 2010, p. 68-69.

HIRSCHI, Travis. **Causes of delinquency**. Berkeley: University of California Press, 1969.

KANDEL Denise B. - Ronald C. KESSLER - Rebecca Z. MARGULIES. Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. **Journal of Youth and Adolescence**, 7 (1978) p. 13-40.

KAPLAN, Howard B. **Drugs, crime, and other deviant adaptations**. New York/London: Plenum Press, 1995.

LANDRY Mim J., *Understanding drugs of abuse*. The processes of addiction, treatment, and recovery, Washington, American Psychiatric Press, 1994, p. 257-258.

MADRUGA, Clarice S.; LARANJEIRA, Ronaldo; CAETANO, Raul; RIBEIRO, Wagner; ZALESKI, Marcos; PINSKY, Lhana; FERRI, Cleusa P. Early life exposure to violence and substance misuse in adulthood—The first Brazilian national survey. **Addictive Behaviors**, 36 (2011) 251–255.

MOORE Joan. “Gangs, drugs, and violence”. In CUMMINGS, Scott; MONTI, Daniel J. (Edd.). **Gangs**: The origins and impact of contemporary youth gangs in the United States. New York: State University of New York Press, 1993, p. 28.

SHAW, Marvin E; TREMBLE, Trueman R, Jr. Effects of Attribution of Responsibility for a Negative Event to a Group Member upon Group Process as a Function of the Structure of the Event. In: **Sociometry**, 34, 4, 1971, p.504-514

O CONTROLE SOCIAL SOBRE A TOXICODEPENDÊNCIA

Existem vários modelos explicativos de controle das drogas e do uso de drogas. Trad reporta os modelos de Castel e Coppel (apud TRAD, 2009, p. 99) entre “hetero-controles”, realizado por instituições que têm função de defesa social e da saúde dos cidadãos; “controles societários”, que seriam equivalentes aos controles informais exercitados pela escola, pelos familiares, nos ambientes de trabalho, pelos meios de comunicação; e o “autocontrole” a ser trabalhado pelos indivíduos para quem tenham uma boa relação com a sociedade.

No nosso caso utilizamos a distinção entre controles médico-sanitários, controles informais e controles formais das drogas e das dependências (CALIMAN, 2008).

O CONTROLE SOCIAL

As drogas não estiveram sempre sobre a mira do controle social. O controle se intensifica a partir do processo de industrialização, em três níveis: formal, informal e sob o ponto de vista da saúde (sanitário). O crescimento do mercado e a revolução da pós-modernidade, com a afirmação da subjetividade, influenciaram muito no crescimento do consumo.

De fato, foi o crescimento do mercado em geral que tornou possível o consumo de substâncias entorpecentes, também àquelas pessoas que anteriormente não podiam utiliza-las. Com a afirmação da subjetividade o uso de substâncias psicoativas tornou-se facilmente justificado como uma questão que gira em torno das decisões pessoais, como se não provocasse também sérias consequências sociais.

O controle social tem sido exercitado em suas distintas formas, informal, formal e sanitário. Essas três formas não são estanques, mas se confundem. Um mesmo sujeito pode ser sancionado seja pelo controle informal (pelas pessoas que o rodeiam), como também pelo controle formal (a polícia) e sanitário (os agentes de saúde). Portanto, também a sociologia da toxicodependência pode se dividir segundo essas três áreas de pesquisa.

O controle social formal se refere, no caso da drogadição, à sanção orientada a um comportamento que viola o código normativo criminal, civil ou administrativo. As normas de controle são escritas na lei; também as sanções são fixadas pela lei. Essas sanções estão mais na área delinquencial ou criminal.

O controle social informal se refere mais às normas e às respectivas sanções não codificadas nas leis. Pertence a um tipo de controle que, por suas rotulações, tendem a criar etiquetas e a estigmatizar as pessoas a partir de juízos que as pessoas fazem sobre os outros. O controle social informal não têm agentes específicos de controle nem punições fixadas por lei. Os agentes podem ser os amigos, os pais, os professores; as punições podem acontecer na interação interpessoal, como um olhar, um sinal de reprovação, uma negação de afeto, expulsão do grupo, ou mesmo uma rotulação do tipo: “maconheiro”, “drogado” etc.

O controle social sanitário, por sua vez, se situa no âmbito da saúde e dos serviços sanitários. O indivíduo tende a ser considerado um doente, que deve se comportar como doente. Ele não seria responsável pela sua ‘doença’ no momento que as causas estariam fora dele. Essa perspectiva muda a partir das críticas feitas pelas correntes interacionistas, as mesmas que nos anos cinquenta provocaram o esvaziamento e o fechamento dos manicômios.

O controle social na área de saúde cresceu à medida que foi se expandindo o prestígio das associações médias que o regulam. A dependência é definida de modo objetivo e absoluto: uma doença que tem suas causas de tipo físico e mental, uma desordem definida objetivamente a partir dos sintomas diagnosticados. Nessa definição o contexto social se torna irrelevante. A definição do uso de substâncias como um problema de saúde mental foi definido já a partir do sec. XVIII, por Benjamin Rush. O autor foi o primeiro a identificar o alcoolismo como uma doença; gradualmente o conceito de doença é aplicado também ao abuso de outras substâncias psicoativas. Essa definição médica dos comportamentos antissociais advindos da área da dependência

química se desenvolveu dentro dos organismos médicos americanos a “*American Medical Association*” (AMA) E A “*American Psychiatric Association*” (APA) que construíram uma tipologia do modelo médico de comportamentos ligados à dependência a partir do “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*” (DISMIV).

TOXICODPENDÊNCIA E CICLOS DE REAÇÃO DA SOCIEDADE

Como observamos anteriormente, existe um problema real de sobreposição dos vários tipos de controle sobre os indivíduos que usam substâncias químicas. Um mesmo indivíduo pode ser sancionado simultaneamente por agentes do controle formais, informais ou médicos. Tomemos como exemplo a sanção aos usuários de maconha: eles podem ser abordados e detidos por posse da substância (controle formal); podem ser sancionados pelos familiares, pelos amigos, pelos educadores, pela mídia (controle informal); e podem ser sancionados pelo sistema médico-sanitário como portadores de problemas comportamentais e enviados aos centros de tratamento (controle médico-sanitário).

O problema da sobreposição dos controles sociais (formal, informal e médico) suscita algumas questões: que modelo de controle poderia ser utilizado de modo a ser respeitoso dos direitos humanos? Qual o uso de substâncias poderia ser considerado uma doença e qual seria um crime? Infelizmente nem sempre a sanção é orientada por princípios médicos, legais mas muitas vezes é determinado por características dos indivíduos como status socioeconômico, raça, sexo e idade. Porque os pobres, negros, moradores de rua são mais visados pelas agências de controle social formal (policia)?

Ao longo da história, pelo menos a partir do momento em que a civilização humana evoluiu do estágio da caça e se orientou para a agricultura primitiva, milhares de anos atrás, o homem buscava maneiras de mudar o próprio humor, através do consumo de bebidas. Em muitas circunstâncias eram utilizadas dentro de rituais específicos. Nos últimos séculos, a droga se tornou um problema enquanto o seu uso saiu da sua função ritual e começou a ser uma busca de prazer em si. O desenvolvimento do sistema mercantilista, a partir do renascimento trouxe novidades nesse sentido: as viagens em direção ao Oriente e para as Américas coloniais permitiu a permuta de diversos tipos de substâncias psicoativas, entre as menos tóxicas e aquelas mais comprometedoras da dependência, como o chá, o café, o tabaco, o haxixe. Mas é principalmente a partir do advento da sociedade de consumo que a produção em massa de algumas espécies de droga evoluiu para uma demanda sempre maior.

Expomos brevemente como esse processo aconteceu, por exemplo, em um dos países coloniais que experimentou por primeiro o crescimento da industrialização e do consumo: os Estados Unidos. Mais precisamente mostramos como ao longo dos últimos cem anos se alternam períodos de reação ao consumo de certas drogas naquele país. Períodos de reação e de retroação, são identificados por Rainerman (1996) e Goode (1994) como períodos de pânico moral (*moral panic*), expressão que tende a exprimir um sentimento que cresce na opinião pública, causado por uma amplificação do fenômeno.

Um primeiro, mas significativo exemplo, pode ser ilustrado a partir da campanha em favor da temperança, a chamada “lei seca”, que se tornou uma verdadeira luta contra o álcool e os seus usuários, a partir da virada do século XIX e XX, terminando com a cessação da proibição do álcool em 1919. As cruzadas da temperança eram promovidas especialmente pelos WASP (*White Anglo Saxon Protestants*), nascidos na América, pertencentes à classe média que habitavam em regiões não urbanas, que se sentiam ameaçados pelo crescimento da classe trabalhadora, composta sobretudo por imigrantes católicos que chegavam às grandes cidades americanas durante o período de industrialização. Preocupados com o crescimento dos ‘problemas sociais’, tão estudados pela Escola sociológica de Chicago (1900-1930), essas cruzadas viam os bares como um ‘caldo de cultura’ a partir dos quais surgiam se difundiam toda sorte de imoralidade, além de serem considerados como um lugar onde, em termos políticos, se reuniam os unionistas, os esquerdistas e anarquistas.

A convergência de interesses e de insatisfações tornou o álcool um bode expiatório para todos os outros problemas que atingiam o país: a pobreza, o crime, a degeneração moral, a desagregação familiar, a desocupação, etc.

Nascida logo após a onda de luta contra o álcool, nasce aquela contra os opiáceos, com a primeira lei americana contra o uso de droga em São Francisco, Califórnia, em 1875. Desta vez o alvo do “pânico moral” eram os imigrantes chineses que chegaram na Califórnia para executar trabalhos informais na construção de ferrovias e represas. Não existem dúvidas sobre a associação entre a presença chinesa e o crescimento do consumo de ópio. Mas o que chama a atenção de um sociólogo é o fato de que foram os chineses os principais e quase os únicos alvos dessa campanha, mesmo sabendo que esse vício já estava presente entre a classe média californiana antes mesmo da chegada dos chineses. Uma segunda onda de pânico moral devida ao uso de ópio se desenvolveu no início do século. A droga era utilizada já há muitos anos, mas sua criminalização se deveu à perda de controle do uso pela classe média branca, pelas mulheres de meia idade, os jovens do sexo masculino e de modo particular os afro americanos.

Uma terceira onda de pânico moral se desenvolve em torno do uso da maconha (“*killer weed*”, ou erva má). Inicia-se durante o período da grande depressão na década de 1930. Era consumida principalmente pelos “*mexican-americans*” e criminalizada em 1937. A luta contra a maconha retorna mais tarde nos anos 60, quando os líderes políticos e morais redefinem a maconha como a peste que levava a juventude americana à rebelião e à ruína. A reação pública (pânico moral) foi sustentada por cientistas que, com resultados não confirmados, ativaram fortemente os meios de comunicação, a classe política, os profissionais da saúde amplificando o fenômeno. Uma vez mais o sociólogo não se pergunta sobre a “maldade” da droga mas sobre os interesses agregados ao problema em si, ou seja, sobre a tentativa de atribuir à maconha uma função causal (de rebelião) inadequada, acobertando os verdadeiros problemas sociais. Na década de 1970 como resultado desse processo os Estados Unidos passa a criminalizar outros tipos de droga e a submeter os consumidores a duras penas.

Nos finais dos anos 70 inicia-se uma outra onda de pânico moral, com o advento do crack, a cocaína a bom preço e grandes efeitos. O resultado são a promulgação de leis sempre mais repressivas, o crescimento do financiamento da guerra contra as drogas, sentenças mais longas, mais ações penais devidas ao consumo e ao tráfico e a pena de morte: “razão pela qual os Estados Unidos no momento há mais gente nas prisões que qualquer outro país industrializado no mundo; e cerca da metade deles devido ao abuso de droga. A maioria dos detentos pertence a minorias raciais” (RAINARMAN, 1996, 226). Subsequentes ondas de pânico moral, segundo os pesquisadores, não evidenciam a redução do consumo ou dos problemas correlacionados; ao contrario tendem a provocar a expansão da quantidade e da qualidade do controle social, que se dirige ideologicamente contra os grupos sociais percebidos como perigosos ou ameaçadores.

Segundo Rainerman (1996, 228-9) o pânico moral desenvolvido em torno da questão da droga tem os seguintes ingredientes:

- a. um miolo de verdade: que não se pode negar e diante do qual devem ser tomadas as devidas decisões;
- b. a amplificação dos meios de comunicação social, que provocam a dramatização do problema, uma oficialização da caricatura, enquanto orientam os casos mais típicos e piores para a construção de uma epidemia;
- c. uma empresa politico-moral: as elites políticas são, segundo o autor, as maiores responsáveis pelo pânico criado em torno da difusão da droga. Torna-se uma tarefa, um esforço comum construído por aqueles que criam regras contra o que denominam “mal social”. Os políticos em geral encontram na droga um mal funcional, enquanto ela permite tirar a atenção das pessoas de outros problemas sociais

mais comprometedores, esses sim, que deveriam ser o alvo de maior atenção das políticas sociais;

- d. interesses profissionais de grupos (empreendedores, igrejas, associações médicas e farmacológicas, agências do controle social, cientistas) que admitem e querem ter um domínio do problema, ou seja, a legitimidade e a autoridade para poder identificar aquilo que é verdadeiro ou não verdadeiro, de prescrever soluções e eventualmente utilizar-se dos recursos econômicos colocados à disposição do Estado para enfrentar o problema;
- e. Contexto histórico do conflito: os meios de comunicação e o interesse dos políticos e profissionais não bastam, por si só, para amplificar a verdade em torno do fenômeno da droga. Na verdade, no centro dos conflitos estão os fatores econômicos, políticos, culturais, de classe, raciais (pobreza, imigração, movimentos políticos anarquistas e de esquerda, manifestações) que provocam a demanda e constroem como alvo certas classes de consumidores, tidos como uma ameaça para a classe dirigente;
- f. A ligação de uma forma de consumo das drogas a uma “classe perigosa”. Não é a droga em si, mas o seu uso por parte de um determinado grupo que passa a ser percebido pelos grupos mais potentes como “perigosos”. A proibição do álcool no início do século XX nos Estados Unidos, não se deveu ao álcool em si – que existe há muito tempo – mas ao seu uso por parte de grupos rotulados como perigosos, de modo especial os imigrantes, os católicos (que chegavam em um ambiente predominantemente protestante) e os trabalhadores. Da mesma maneira em que foi o uso do ópio por parte dos chineses na Califórnia que elevou o nível de guarda do controle social. Em torno a cada episódio de pânico se constrói um “problema droga” por parte dos ‘empreendedores morais’ que rotulam e o associam a certos grupos como perigosos e ameaçadores.
- g. Bode expiatório para uma ampla gama de problemas sociais. Trata-se de um processo no qual se culpa a droga ou os efeitos da mesma como causadores dos males de certos grupos sociais excluídos e marginalizados.

Segundo Rainerman a promoção do pânico moral e uma série de campanhas contra a droga encontra um terreno fértil na sociedade americana. Por um lado traz para os grupos dirigentes alguns benefícios imediatos: as reclamações que as pessoas fazem a respeito do perigo representado pelas drogas justifica para as elites o aumento do controle de alguns grupos percebidos como ‘perigosos’; contribui para sinalizar quem manda em questão de promoção das leis; diminui a atenção das pessoas sobre outros problemas importantes como a corrupção e as fortunas fiscais; e arrebanham votos dos cidadãos.

DEFINIÇÃO E CONTROLE MÉDICO-SANITÁRIO DA TOXICODEPENDÊNCIA

O DSM-V reconhece uma dezena de substâncias que são utilizadas sem controle médico e são destinadas à alteração do humor. Algumas dessas substâncias são lícitas, como a cafeína, o álcool, a nicotina. As substâncias que podem causar dependência são:

1. Álcool: é um depressivo do sistema nervoso;
2. Anfetaminas: um estimulante do sistema nervoso;
3. Cafeína: um estimulante moderado encontrado no chá, no café, no chocolate;
4. Maconha: estimulante do sistema nervoso;
5. Cocaína: estimulante do sistema nervoso com efeitos eufóricos;
6. Alucinógenos: compostos sintéticos e orgânicos como LSD, ecstasy, MDA, psicocybin, que produzem estimulação do sistema nervoso e ilusões perceptivas;
7. Inalantes: depressivos do sistema nervoso, como os *thinners* e *sprays*;
8. Nicotina: um estimulante do sistema nervoso central encontrado no tabaco;
9. Opiáceos: derivados do ópio, como a morfina, heroína, codeína, metadona, com efeitos depressivos e analgésicos;
10. Phencyclidine: anestésicos com propriedades alucinógenas;
11. Sedativos e hipnóticos: depressivo do sistema nervoso, como os barbitúricos.

Cada uma dessas substâncias podem causar dependência como também diferentes problemas orgânicos, dependendo de suas propriedades (cf. Tab. 1).

Quanto à mortalidade relativa ao uso de drogas, segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas (2009, p. 346):

... no ano de 2007, 4,3 óbitos por 100.000 habitantes no Brasil são relacionados ao uso de drogas. As taxas de mortalidade associada ao uso de drogas mostram que o álcool é associado a cerca de 90% das mortes. Assim, o álcool seria responsável pela morte de 3,9 pessoas em cada 100.000 habitantes no Brasil.

Entre as ações desenvolvidas pela SENAD estão o realinhamento da Política Nacional Antidrogas, a criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas, em

parceria com o Instituto de Drogas e Toxicodependência – IDT de Portugal, e a criação do SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento, um curso à distância envolvendo 5.000 profissionais da saúde e da assistência social, no momento em sua quarta edição. Entre as ações desenvolvidas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas destaca-se a ampliação da rede CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras Drogas como dispositivos de cuidados para a população de usuários de drogas a partir de 2002, a qual, embora ainda muito aquém da necessidade, em dezembro de 2010 contava com 258 Centros desta natureza.

Na lista de tratamento psiquiátrico constam não somente os indivíduos que têm uma dependência de logo tempo, mas, por exemplo, também um fumante que fuma um maço de cigarros por dia, sente irritações, problemas de sono, ansiedade, tenta parar e não consegue... é considerado um dependente de substâncias psicoativas e necessitado de curas.

Uma das críticas que é endereçada a este modelo de controle médico-sanitário é o fato que ele evita questionar sobre o ‘porque’ as pessoas usam essas substâncias. O modelo médico sanitário interpreta, por exemplo, o alcoolismo como o resultado do uso progressivo, sem se perguntar o porquê o indivíduo procura o álcool. Essa pergunta certamente encontraria resposta na necessidade de uma estratégia de superação dos problemas da vida cotidiana. Entender a dependência como resultado de um uso progressivo leva a conceber a abstinência como o primeiro senão o único passo para um tratamento. De fato, a eficácia do tratamento baseado somente na abstinência tem sido criticado.

DEFINIÇÕES E CONTROLE INFORMAL DA TOXICODPENDÊNCIA

Até uma centena de anos atrás o controle das substancias psicoativas era inteiramente confiado ao âmbito informal do controle social. De fato, os opiáceos, cocaína, cannabis, álcool e outras substancias foram utilizadas na antiguidade em geral para fins precisos como a cura de determinadas doenças e para acompanhar determinados rituais sociais e religiosos. Com o passar dos anos se sobrepõem outras modalidades de controle social na área formal e medico-sanitário. Os agentes do controle formal focalizavam a aplicação da lei para punir consumidores, como por exemplo de produtos baseados no ópio e no álcool. É conhecida a famosa lei seca no início do século XX nos Estados Unidos. O controle médico-sanitário – como vimos nos parágrafos anteriores

– se estabeleceu como uma terceira sobreposição no controle social a partir do momento em que passa a ver o consumo como uma questão de doença mental e física. Praticamente ao controle social informal (proveniente dos círculos de amizade, da família, do bairro, da escola...) restou somente aquele tipo de sanção “residual”, em nível interpessoal e organizacional. No entanto esse tipo de controle se revela forte o bastante para estimular a reação de agentes da polícia e da saúde e provocar processos de criminalização e de medicalização dos indivíduos envolvidos com a droga.

Existem uma grande variedade de reações às drogas e aos usuários de droga por parte do controle social informal. A maioria das pessoas consome alguns tipos de droga lícita, como cafeína, nicotina e álcool, mas um outro grupo, mais reduzido, consome drogas ilícitas. As pessoas normalmente se dividem entre diversas posições em relação à aprovação ou desaprovação do consumo: alguns condenam o uso de qualquer substância ou tendem a condicionar o consumo à idade das pessoas; outros aprovam o uso das substâncias lícitas e condenam o uso das ilícitas.

O controle social informal orientado ao consumo de substâncias psicoativas e a sua definição como transgressão acontecem em geral em dois níveis: no nível das relações interpessoais e no nível das relações organizacionais. As reações de tipo interpessoais tende a construir estereótipos, estigmas construídos em torno da figura do consumidor da droga. E tais reações são projetadas e amplificadas principalmente pelos meios de comunicação social que, com frequência, associam a figura do alcoolista com o estereótipo do vagabundo, doente, sem força de vontade e moralmente débil; associam a figura dos consumidores de maconha são lentos, sem motivação e esquerdistas; os cocainômanos são imprevisíveis; os fumadores de crack são perdidos, ladrões; etc. E não somente as pessoas em si, mas também alguns grupos sociais são alvos da estigmatização em base à pertença a uma raça, ao grupo social, ao território onde moram.

E junto com essa associação entre pessoa e seu respectivo estigma, entre grupos sociais marginalizados e respectivas rotulações, cresce a ideia de que cada consumidor, mesmo de drogas mais leves como a maconha e o ecstasy, desencadearão a dependência e o crime; que cada consumidor leva necessariamente os outros ao consumo; que todo consumidor se associa ao furto, à criminalidade e à prostituição para financiar o vício. O controle informal – proveniente pelas pessoas comuns das ruas e das praças -, pode acrescentar outros estereótipos aos já desenhados pelo senso comum. O folclore ligado ao consumo de LSD passou a ideia de um tipo de consumidor como alguém que pula dos prédios e coloca gatos dentro do forno micro-ondas.

A principal fonte do controle social informal se alimenta da opinião de pessoas significativas como os pais, os irmãos, os grupos de coetâneos,

os membros da comunidade, os colegas de trabalho. A partir do momento em que estes identificam um usuário de drogas, por exemplo, de maconha, a tendência é de rotulá-lo imediatamente como “maconheiro”. O impacto do estigma é imediato e desencadeia mecanismos de controle: o ostracismo, o congelamento da relação, a demissão do trabalho, a denúncia para os agentes médico-sanitários ou para a polícia.

Não se nega que, entre consumo e “reação social” não exista um fundo de verdade: mas o que o sociólogo e a sociologia se pergunta é sobre o fato que o estigma passa a superar a percepção da razão e as pessoas são vistas não mais como pessoas que passam por dificuldades, que precisam de ajuda, mas como “drogados”. E carregam atrás de si toda a carga desse estigma. A sociologia deve estar atenta de modo a fazer um exame crítico do contexto e separar o que existe de fato na realidade e o que existe de construído sobre esse fato, o tamanho do estereótipo formado. E o faz através do estudo da dinâmica dos processos de rotulação e da função de cada um dos agentes desse processo.

Analisamos adiante como funciona o controle informal da dependência exercitado pelos habitantes do bairro, pelos familiares, pela escola e pelo ambiente de trabalho.

a) Controle informal exercitado no bairro

A comunidade onde as pessoas vivem, o bairro, exercita um tipo de controle ou sanção informal reativo de diferentes maneiras: na tentativa de livrar-se dos traficantes e dos consumidores; na expulsão dos consumidores do ambiente, controlando os aluguéis das casas ou apartamentos; pela instalação de organizações ligadas à defesa do meio ambiente; o controle e vigilância sobre os traficantes e consumidores; pela designação de “zonas livres” para o consumo (*drug-free zone*); a pressão orientada para as forças políticas e policiais para aumentar o controle sobre o território. Mas também tende a promover o controle proativo através da criação e difusão de grupos de autoajuda, como os Alcoólicos Anônimos, de comunidades de acolhida, de implementação dos primeiros socorros, de pressão política para a criação e implementação de serviços sociais, etc.

b) Controle informal por parte da família

A família tende a exercer sua parte no controle e sanção da dependência através da criação de organizações dos pais que tem filhos envolvidos com as drogas; com a promoção de seminários de estudo, de convênios, de conferências e palestras de informação e formação dos pais e dos jovens. Os pais são encorajados a sancionar qualquer tipo de abuso de substâncias através do controle informal, e se essa estratégia não funciona, a utilizar o controle médico-sanitário (enviar os filhos ao médico, às clínicas, às comunidades de

recuperação) ou também ao controle formal (chamar a polícia para resolver o problema do envolvimento dos traficantes com seus filhos).

c) Controle informal por parte da escola

Em rede com outras agências de socialização e de formação, ou isoladamente, o sistema escolar é considerado um potencial centro para a intervenção preventiva. O assunto droga chega a fazer parte dos conteúdos curriculares; as escolas criam novas regras como resposta à necessidade de prevenção: o uso e a posse de tabaco ou qualquer outro tipo de droga – mesmo que lícita, como o álcool – foram banidos dos ambientes escolares e monitorados nas redondezas das escolas. As escolas têm sido auxiliadas em muitas cidades pelos agentes policiais preparados para agir no entorno das escolas através da vigilância como também da informação e formação (palestras, seminários, treinamentos dos alunos).

d) Controle informal exercitado dentro dos ambientes de trabalho

As empresas desenvolveram ultimamente novos controles de consumo de droga dentro dos ambientes de trabalho. O controle acontece através, por exemplo no caso do tabaco, pela proibição de fumar no ambiente de trabalho, a criação de ambientes para os fumantes ou do “fumódromos”. Na prevenção de tipos ilícitos de drogas algumas empresas adotaram testes para verificar o consumo por parte de seus funcionários. Muitas empresas adotam o teste de drogas da mesma maneira que no ambientes esportivos se utilizam dos testes “*anti-doping*”. Trabalhadores que são identificados como usuários são orientados para tratamento, educação ou aconselhamento.

e) Controle informal exercitado pelos meios de comunicação

Os meios de comunicação também tendem a contribuir com o controle social informal do uso de entorpecentes através de mensagens subliminares, da seletividade do processo de rotulação, orientando-os para certos grupos julgados como perigosos.

Em alguns casos os meios de comunicação promovem a cooptação de certas substancias, como por exemplo, do álcool e do tabaco, enquanto descarta, rotula e censura outros tipos de droga. Atualmente as companhias produtoras de cigarros não mais fazem propaganda direta, mas têm potencialidade para financiar muitos projetos na área da comunicação. Os produtores de álcool, por sua vez, dispõem de liberdade para publicidade, e financiam, sobretudo programas ligados ao tempo livre, viabilizando mensagens positivas associadas ao consumo. Somente os excessos é que são notificados. Meios de comunicação, como os feito por instrumentos televisivos, transmitem propagandas

“inteligentes” que são associadas a pessoas às quais são atribuídas as mais positivas qualidades (*glamour*, sexualidade, beleza).

Os meios de comunicação tendem a selecionar as notícias ligadas ao consumo de substâncias atribuindo e difundindo estereótipos segundo os interesses dos grupos sociais que os financiam. O álcool – uma das substâncias que mais matam e entre as mais perigosas – é muitas vezes ignorado. E das outras drogas a imprensa tende a focalizar mais os problemas que resultam de seu consumo.

Ao atribuir os problemas resultantes do consumo, existe uma tendência em atribuir estereótipos a alguns grupos sociais que passam a ser focalizados e vigiados pelos agentes do controle social (especialmente a polícia). Reduzir o envolvimento com as drogas a um problema ligado a certas “minorias” é um modo de aumentar o nível de controle contra esses grupos e de fechar os olhos para os verdadeiros problemas sociais geradores de marginalidade e de exclusão social.

A discriminação pode ocorrer também através do modo que a mídia orienta as notícias: os indivíduos envolvidos com as drogas, pertencentes aos grupos sociais privilegiados seriam mais vítimas das drogas e da sociedade, e para eles se acentua o controle médico sanitário e a necessidade de tratamento. Para os grupos estigmatizados (indivíduos envolvidos com o crack) tender-se-ia mais à aplicação de um controle formal, ou seja, punitivo e restritivo, através da ação policial.

CONTROLE FORMAL DA DEPENDÊNCIA

As substâncias classificadas como causadoras de dependência são em geral controladas em todo o mundo em níveis diferentes de rigor pela legislação criminal, civil e administrativa. Nos Estados Unidos, por exemplo, o controle formal é efetuado por diferentes agências: por leis locais, dos Estados e Federais. Do FBI à DEA (*Drug Enforcement Administration*), nas alfândegas, pela guarda marítima, pela Polícia Federal (*Internal Revenue Service*), pelo controle da imigração (INS), pelo ATF (*Alcohol, Tobacco and Firearms*), pelo serviço postal e militar.

O Brasil também tem seus meios de controle centralizados principalmente nas polícias em nível Federal e Estadual. Segundo o texto de Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2011, p. 21), no seu item 4.1.6 define os sujeitos de controle:

As ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, do Departamento de Recuperação de Ativos e Cooperação Jurídica Internacional - DRCI/MJ, da Secretaria da Receita Federal - SRF, do Departamento de Polícia Federal - DPF, do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD, da Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP, da Polícia Rodoviária Federal - DPRF, das Polícias Cíveis e Militares e demais setores governamentais, com responsabilidade na redução da oferta, devem receber irrestrito apoio na execução de suas atividades.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS

TRAD, Sergio. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A.; MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; RÊGO, M. (Org.). **Toxicomanias**. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009.

CALIMAN, Geraldo. **Paradigmas da exclusão social**. Brasília: EduCB, 2008.

BRASIL, 2011. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. 106 p.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira; STEMPLIUK, Vladimir de Andrade Stempliuk; BARROSO, Lúcia Pereira (Orgs.). **Relatório Brasileiro sobre Drogas 2009**. Brasília: SENAD, 2009.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**. 4th edition. Washington: APA, 1994.

GOODE, Erick. (Org.). **Moral panics: the social construction of deviance**. Oxford: Blackwell, 1994.

RAINERMAN, Craig. The social construction of drug scares. In: GOODE, Erich (Org.). **Social deviance**. Boston: Allyn and Bacon, 1996, p. 224-243

MELHOR PREVENIR QUE REMEDIAR

Falar de Prevenção exige uma amplitude de perspectivas que partem da educação, passam por intervenções miradas a realidades específicas e termina na recuperação de estilos de vida, da qualidade de vida e de identidades. Sem dúvidas que a Educação, quando marcada pela qualidade é a mais rica e forte parceira para a prevenção. Nas linhas que se seguem partimos da “emergência educação”, enquanto prevenção primária. Focalizamos os modelos de prevenção secundária, orientada para grupos de risco ou já comprometidos com a dependência. E, por último, enfocamos a recuperação em sua diversidade de modelos. Os textos não têm a pretensão de trazer todas as novidades nesse campo da recuperação visto que as experiências, premidas pela necessidade de enfrentamento das dependências, ataçam a criatividade dos agentes para que deem respostas sempre mais renovadas aos desafios das dependências. O estudante é convidado a procurar, pesquisar novos métodos, sobretudo aqueles aplicados à realidade brasileira.

EMERGÊNCIA EDUCATIVA

Certos “sinais dos tempos” levam a interpretar a situação dos jovens numa ótica de uma emergência educativa:

- A fragmentação da identidade em um contexto de ceticismo, do provisório, do relativismo;

- A relação entre gerações, muitas vezes ausente (morte ou separação do pai), às vezes conflitiva, ou o oposto, intrigante (o pai “amigo”);
- A separação entre as dimensões constitutivas da pessoa, entre racionalidade e afetividade, entre corporeidade e espiritualidade;
- A globalização da indiferença;
- A regulamentação dos conflitos, com aumento das penalidades e punições;
- A ausência de investimento nos valores.

O CENÁRIO: CONCEITOS DO HOMEM EMERGENTE NA SOCIEDADE GLOBALIZADA

Podemos refletir sobre alguns desses “sinais dos tempos”, na tentativa de propor algumas linhas de intervenção educativa (CURRIE et al., 2012).

a) O homem considerado como nada mais que um conjunto de impulsos, necessidades, desejos.

É uma concepção que tem suas raízes ideológicas em lugares comuns como: na publicidade, nos filmes, nas histórias em quadrinhos, no modo de falar e agir. O homem não é mais que um desejo, uma concentração de desejos que devem ser satisfeitos com rapidez e progressivamente (a publicidade centrada na criação contínua da necessidade). Atrás dessa concepção estão correntes psicanalíticas e outras correntes recentes, como os novos filósofos franceses.

b) O homem como pura precariedade (concepção chamada também de ‘pensamento débil’)

O homem não tem história, não tem futuro, não tem ligações reais com a realidade: vive o quotidianamente a experiência da fragmentação, sem conseguir nunca recompor tais fragmentos. Até o próprio dia, em seu cotidiano, é fragmentário: não se consegue colocar de acordo em um significado único da vida a dimensão do estudo e do trabalho, da vida privada e da vida pública, do emotivo e do racional, do religioso e do ético.

c) O homem como uma máquina (concepção cibernética de homem)

Tentativa de fazer o contrário do que foi feito no momento em que se inventou o computador, em que o homem transferiu para a máquina alguns processos mentais. Agora a ideia é o contrário: o homem é um instrumento, uma máquina programável, por exemplo, o esporte como lugar onde se constrói um atleta, a imagem do sarado proposta como modelo necessário à aceitação na sociedade.

Especificamente por aquilo que diz respeito à situação dos adolescentes e jovens, é definida em base a:

- Uma cultura da provisoriedade, da fragmentação, que provoca no jovem uma grande dificuldade em construir-se uma identidade no percurso formativo;
- A cultura do usa-e-descarta, cujo modelo ideal se encontra em uma vida cheia de coisas, imersa nos objetos e baseada em imagens; situação que provoca o fechamento para valores como a gratuidade e a solidariedade;
- A cultura da dependência e da delegação: muito ligada ao homem dependente do consumo, sempre mais cliente de serviços com uma atitude de passividade assistencialista;
- A cultura da indiferença: incapacidade de distinguir o bem do mal, oscilante entre a ignorância e a falta de consciência, a falta de referenciais, a transgressividade.

ESPAÇOS SOCIOCULTURAIS E RELACIONAIS Desequilibrados

- a. Tendência a resolver tudo na violência. A violência como instrumento “normal” para a solução de problemas e dificuldades (no campo econômico, político como também nas relações de vizinhança, entre grupos, indivíduos...);
- b. O enfraquecimento ou a ausência de investimento em valores, que são percebidos como um obstáculo à liberdade individual;
- c. A difusão de modelos de representação de si como um “eu onipotente”, titular de direitos sem limites e de deveres sociais e relacionais limitados aos interesses pessoais;
- d. A percepção do outro como um instrumento, um meio para a obtenção de fins, mas nunca como titular de direitos e merecedor de respeito na sua diversidade (sexo, raça, cultura...);
- e. O futuro como ameaça: a passagem do futuro como uma promessa à percepção de futuro enquanto ameaça, provocando a desmotivação de iniciativas, das esperanças, implodindo as energias vitais.

DIANTE DE UMA CULTURA DA PROVISORIEDADE E DA FRAGMENTAÇÃO É PRECISO:

- Revitalizar os projetos educativos potenciando e envolvendo todos os atores sociais (pais, professores, educadores), de modo que os jovens consigam construir-se uma própria identidade;

- Levar o adolescente a ser protagonista do próprio crescimento potenciando seus contextos de vida, como os grupos de pares, as amizades, colaborações. Para isso servem os espaços alternativos de educação e socialização como as associações, centros juvenis, grupos estruturados;
- Oferecer aos jovens ocasiões para construírem um referencial de valores capaz de orienta-los no percurso formativo;
- Ajudar o adolescente a ter uma consciência crítica, a distinguir o que é bom e ruim;
- Formar educadores com uma profunda identidade pessoal em condições de moverem-se com abertura, disponibilidade para o diálogo, capaz de não desanimar diante da complexidade, entender as novas gerações.

DIANTE DE UMA CULTURA DO USA-E-DESCARTA, É NECESSÁRIO:

- Ajudar os jovens a restabelecerem a distancia entre si mesmo e as coisas;
- Favorecer a recuperação de comportamentos altruístas, através da valorização das relações interpessoais que o consumismo tende a anular;
- Redimensionar uma concepção de desenvolvimento sem limites em favor de um desenvolvimento como projeto, como bem comum, prevenindo injustiças e desigualdades sociais.

NO ENFRENTAMENTO DE UMA CULTURA DA INDIFERENÇA: O PAPEL DO EDUCADOR SERIA DE:

- Levar os jovens a tomar consciência dos problemas mundiais, que por mais distantes culturalmente ou geograficamente, são problemas ‘nossos’, de todos;
- Estimular nos jovens o desejo de fazer experiências de solidariedade e de voluntariado;
- Desenvolver o desejo típico desta idade de ‘admirar-se’, através de experiências projetadas conjuntamente: atividades de expressão, música, teatro...
- Convidar os adolescentes a contrabalançar as relações de modo equilibrado, entre o mundo virtual das redes sociais e as relações sociais face-a-face.

DIANTE DE UMA CULTURA DA DEPENDÊNCIA E TERCEIRIZAÇÃO DAS PRÓPRIAS RESPONSABILIDADES:

- Convidar os adolescentes a alimentar relações com adultos significativos, mestres de vida, dos quais aprender de maneira original e criativa;
- Ajudar os pais a empoderar-se de seu papel, superando a tentação de terceirizar suas funções a agências educativas.

Podemos entender o quanto possa ser arriscado marginalizar e rotular o ‘adolescente delinquente toxicodependente’. O adolescente, de fato, se deixado sozinho na definição de suas necessidades e dos modos de satisfazê-las, acaba por experimentar logo-logo uma sensação de mal-estar, ou a distância entre o desejo e as reais possibilidades de satisfazê-lo. “Neste sentido o mal-estar vivido é proporcional à distancia entre as expectativas sempre mais elevadas provenientes do sistema social e os meios utilizáveis para responder a tais expectativas, entre as necessidades (materiais e pós-materiais) advertidas pelo sujeito e as dificuldades em satisfaze-las na vida real” (CALIMAN; PIERONI, 2001, p. 14).

CONDIÇÕES INDISPENSÁVEIS PARA EDUCAR

Nesse item elencamos alguns requisitos em relação aos quais o educador deve se orientar para desenvolver o próprio trabalho de prevenção: antes de mais nada estar convencido que cada homem, mesmo diante de experiências difíceis, è recuperável e, como tal, a educação torna-se para ele um desafio para que use de toda sua criatividade; em segundo lugar são elencados alguns modelos e relativas estratégias a serem utilizadas pelos educadores para desenvolver sua atividade educativa; por último definimos espaços operacionais mais específicos onde realizar tais tarefas (escola, grupo de coetâneos...).

UMA CONVICÇÃO FIRME DE QUE TODO HOMEM É RECUPERÁVEL SEJA QUAL FOR SUA CONDIÇÃO

Em cada jovem, mesmo o mais ‘difícil’ existe sempre um ‘ponto sensível no coração’ que o educador deve descobrir para poder acorda-lo para o crescimento pessoal: não existe nenhum jovem que não possa ser capaz de sair da situação em que se encontra, por mais difícil que seja, visto que a

educação é questão de coração. A educação se torna assim um desafio para o educador, que deve buscar as intuições mais profundas para estar ao lado de quem se encontra em dificuldade, na tentativa de contribuir no seu percurso (re)educativo.

NÃO EXISTE, A PRIORI, UMA PATOLOGIA

A pessoa é sempre melhor que seu comportamento, por mais anômalo, patológico ou perverso que este último possa parecer. O 'adolescente difícil' tem uma história própria, uma vivência às vezes com traços de transgressividade; no entanto tem condições de confrontar-se com os outros para iniciar um novo percurso de vida, sobretudo se ajudado por pessoas significativas.

SABER TRABALHAR EM EQUIPE

A capacidade de trabalhar em equipe aumenta a autoestima no momento que a pessoa se coloca utilmente a serviço da comunidade; a tendência de trabalhar individualmente –confiando somente nas próprias capacidades- tende a desvalorizar esforços comuns e a oferecer ao adolescente um modelo egoísta e fracionado de vida.

Nenhum educador tem em si todas as qualidades que um adolescente precisa para empreender o próprio percurso formativo. Portanto, o educador que trabalha sozinho ilude o adolescente, cria uma ideia de um adulto “salvador da pátria”, impedindo o adolescente de crescer olhando para modelos variados e complementares de ajuda. O trabalho em equipe torna o educador mais confiável enquanto oferece experiências mais amplas de relações.

MODELOS EDUCATIVOS

Alguns autores (BOMMASSAR; SCOPEL, 1990) identificaram algumas características que os educadores deveriam ter para conseguir maior sucesso na socialização de pessoas em reeducação.

a) Atratividade social

O educador deve ser estimado pelos seus educandos. As características que contribuem para tal são as mesmas que tornam qualquer pessoa aceita e amada: caráter aberto, disponibilidade à amizade, maturidade emocional, sinceridade e outras qualidades que são índices de boa saúde mental e de equilíbrio pessoal.

b) Um “Eu” forte

Certas qualidades são essenciais quando se age em comunidade, com o papel da autoridade. O educador deve cultivar uma segurança de si fundamental, que o torna capaz de permanecer calmo nos momentos de dificuldades, de escutar de modo ativo, sem se tornar defensivo, de evitar conflitos e manter um comportamento ativo na resolução de problemas; sem recorrer a reprovações, histerias ou outras reações emotivas contraproducentes.

c) Percepção realista de si e dos educandos

É importante que o educador veja a si mesmo e os seus adolescentes por aquilo que são; ele não pode se permitir que suas percepções sejam obscurecidas pela hostilidade e pelos preconceitos.

d) Prazer de estar junto com os jovens

O educador deve encontrar prazer em dedicar seu tempo à interação com os jovens e em conhecê-los individualmente, mantendo porém uma devida distância, a clareza de sua identidade de adulto, de educador e de pessoa no exercício de uma autoridade (no verdadeiro sentido dessa palavra).

e) Aceitação da pessoa, mas não de todo o seu comportamento

Os adolescentes e jovens devem perceber que são aceitos como pessoas e que a sua presença é apreciada como membros da comunidade, mas ao mesmo tempo ter consciência de que certos comportamentos inapropriados não são permitidos.

f) Limites precisos, mas flexíveis

O educador deve definir de modo claro as suas expectativas e reforçá-las coerentemente. Mas onde possível, mantê-las flexíveis e negociáveis. As regras devem ser mantidas, mas apenas os adolescentes se tornem capazes de um autocontrole responsável os limites podem ser flexibilizados.

g) Uso de modelos

O educador deve praticar os valores que pretende veicular apresentando-se como modelo e ideal daquilo que prega.

h) Projetar expectativas positivas

O educador deve tratar os adolescentes como pessoas fundamentalmente positivas e boas, evitando estigmatizá-las como transgressivas ou sujeitos antissociais. Mesmo quando chama atenção deve tratar o indivíduo como pessoa responsável (ou ao menos alguém que no futuro se tornará cada vez mais responsável). Ao mesmo tempo é importante indicar claramente qual é o

comportamento correto que deve ter, antes mesmo de fazer críticas negativas, visto que muitas vezes os adolescentes agem impulsivamente – como aprenderam a fazer - e, por isso mesmo é que têm necessidade de adultos que os ajudem a aprender quais são as coisas certas a fazer.

Albert Bandura (1995) em sua teoria cognitivo-social do comportamento, finalizada a ajudar e a valorizar o trabalho dos educadores em colocar-se de modo sinérgico e propositivo, evidencia os seguintes aspectos:

1. Determinismo triádico recíproco: a ação educativa advém sempre em uma interação entre a pessoa, o ambiente, o comportamento;
2. “Agentividade” (*human agency*): uma propriedade da mente humana que a permite de agir ativamente no mundo. Para tanto a pessoa tem necessidade de:
 - a. Capacidade de simbolização (transformar experiências em símbolos);
 - b. Capacidade de aprendizagem por imitação (consegue aprender observando os outros);
 - c. Capacidade de autorreflexão;
 - d. Capacidade de autocontrole.
5. Auto eficácia (*perceived self efficacy*): a capacidade que o sujeito tem de estar em condições de terminar uma tarefa, de modo a realizar aquilo que havia proposto e projetado.

Trata-se de processos cognitivo-sociais que as pessoas podem utilizar, individualmente ou em grupo, seja antes, durante ou depois da ação que implica a assunção de uma responsabilidade.

Permanece como um dado de fato que, se crescer em uma sociedade eticamente ‘neutra’ o adolescente fica sem referenciais para as próprias opções. Crescer em uma sociedade que se mostra eticamente indiferente, sem referenciais de valores, torna as coisas mais difíceis para um jovem em seu percurso formativo, torna as suas opções muito arriscadas. O indivíduo precisa fincar seu pé em algum chão para saber para onde se mover, do contrário fica que nem um barco sem rumo à mercê dos ventos. A sociedade em que vivemos, segundo Bauman (2009), “liquida” em seus valores propõe que os jovens cresçam com a possibilidade de escolhas as mais amplas possíveis; de modo que suas opções tenham como referenciais valores líquidos, efêmeros, ao invés de valores últimos, inegociáveis.

Parece ser o contrário: quanto mais balizados em valores e princípios éticos mais facilmente podem fazer escolhas que facilitem o seu futuro. Onde existem pontos de referência que ajudam a orientar-se por escolhas segundo um código ético, o processo educativo torna-se mais possível. Os jovens sentem

maior confiança no futuro e demonstram uma projetualidade quando aderem, por exemplo, a uma fé religiosa, ou firmes princípios baseados em valores que lhes são passados pela família ou pelos sistemas educativos. A falta de um chão que os sustente, de princípios éticos que os orientem deixa os jovens à mercê de escolhas balizadas somente na própria individualidade, excluindo a responsabilidade social de suas decisões.

SPAZI DELL' "EDUCARE"

PREVENÇÃO DENTRO DE GRUPOS DE PARES

A vulnerabilidade para a iniciação ao tabaco, ao álcool e às drogas ilícitas está amplamente correlacionada à qualidade do vínculo dos adolescentes aos pais e aos pares: uma relação sã com os pais constitui-se como fator protetor para influências antissociais do grupo de pares.

Os programas de prevenção baseados sobre simples informação não parecem ter um resultado efetivo. O objetivo dos programas deveriam mudar sua estratégia, ou seja, prestar maior atenção às motivações dos adolescentes. A atenção deve ser orientada mais ao "o que os adolescentes querem fazer", muito mais que para "o que deveriam fazer". Quando os programas de prevenção são considerados em uma perspectiva motivacional e educativa mais que informativa, outros fatores passam a fazer parte do processo: valores e atitudes do grupo de pares, a necessidade individual de aceitação e reconhecimento, e o valor das experiências passadas.

Por outro lado, a prevenção focalizada sobre o risco das "pressões do grupo de pares" tem suas limitações. Essa estratégia chama a atenção dos adolescentes sobre a maneira em que eles são influenciados por outros, colegas seus; fato que pode sugerir que se está colocando em dúvida a confiança entre os membros do grupo: pois parte do princípio de que os adolescentes são fracos, facilmente conduzidos, que são vítimas da pressão da turma, que lhes falta competências sociais, força de vontade e razão. Um programa centrado sobre o risco do grupo de pares, colocando a culpa na fraqueza dos adolescentes, poderiam estar se esquecendo das contingências dos contextos frequentados por eles, ambientes em que corre o álcool e o fumo. Minimiza-se o significado dado ao fumar e beber. Se quisermos um resultado efetivo a prevenção deve levar em séria consideração a experiência do fumante: os jovens fumantes ou os usuários de álcool têm uma convicção de que o fumo & álcool são agradáveis e válidos para o acompanhamento de suas atividades sociais (COTTERELL, 1996). Assim, a prevenção deveria partir não dos pontos fracos e negativos, mas do significado que tem para os jovens, o uso das substâncias em questão.

Ao invés, então, de focalizar o aspecto hostil da companhia de amigos seria preferível reforçar o valor da relação entre os pares para um desenvolvimento são; reconhecer que a tentativa de separar os amigos de seus grupos é um contrassenso, uma confirmação da crença de que os jovens são socialmente ingênuos e sem caráter: o que não ajuda muito nas intervenções e ações preventivas.

Também o fato de “ensinar” aos jovens como resistir à pressão de grupo, de forma abstrata, ou com simples informações, pode não dar grandes resultados: não tem sentido para eles as hipóteses, mas a realidade vivida. Portanto, um programa de prevenção procura levar em consideração o contexto social, os significados dados às substâncias; promove uma aproximação encarnada na realidade vivida por eles; assume uma metodologia participativa onde o sujeito pode discutir com os outros, formar opinião, junto com aqueles que pertencem ao próprio grupo. Isto lhes permite aumentar o conhecimento não por meio de informações midiáticas, mas por discussões interativas. A partir disso a prevenção já saiu do campo simplesmente informativo e se colocou no campo educativo, na medida em que considera o contexto social (realidade) e a interação entre os indivíduos.

OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

O objetivo dos programas de informação é a comunicação cuidadosa e objetiva sobre as drogas e os seus efeitos sobre o organismo e o comportamento humano. A estratégia informativa utiliza-se das diferentes formas da mídia, pôsteres, seminários para pais, jovens e público em geral.

O modelo informativo, no entanto, não demonstra resultados automaticamente positivos. Em muitos casos tem demonstrado efeitos inócuos e até contrários aos objetivos. Basta olhar como um alguns profissionais da saúde, muito bem informados dos males do tabaco ou de outras substâncias, continuam a utiliza-las.

Não seria o modelo informativo que não funciona, mas a maneira através da qual ele é viabilizado. Se a informação provém de fora, ou seja, de um discurso abstrato, não consegue motivar a mudança de opiniões, de valores, de atitudes e comportamentos. Se à informação se associam processos interativos em contextos de discussão de grupo, grupo de pares, com opinião de membros do grupo, permite aprender e administrar a influencia e a pressão do grupo; e facilita a mudança de atitudes, crenças e comportamentos.

OS SISTEMAS EDUCATIVOS

A educação, especialmente na escola, sempre tem sido o melhor espaço para motivar e encorajar os estudantes ao desenvolvimento de valores, habilidades para tomar decisões, resolver problemas, comunicar e resistir à pressão do grupo de pares. Mais uma vez, mesmo em ambiente escolar, o que mais tem capacidade de mudar opiniões e atitudes em relação às drogas não são as informações que os alunos recebem, mas sim os valores que a escola consegue viabilizar através de suas práticas pedagógicas e educativas. Atrás das atividades educativas, que os jovens tanto gostam, existem intencionalidades educativas muito produtivas para a prevenção e para a consolidação de opiniões, o consenso em torno de valores, a assunção de um referencial ético capaz de orientar o indivíduo em suas decisões e opções.

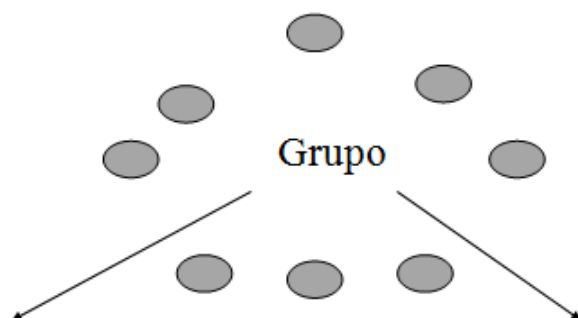
PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DE TEMPO LIVRE

Uma alternativa importante para a prevenção é a ocupação do tempo livre dos jovens com atividades diversificadas, como o desenvolvimento de habilidades e a participação em atividades artísticas e esportivas, como por exemplo, música, dança, ritmo, teatro, expressividade, esporte etc. Mas a cada uma dessas atividades deve ser agregadas “intencionalidades educativas”, objetivos educativos, do contrário permanecem simplesmente como atividades lúdicas não finalizadas à educação.

Algumas atividades são associadas com um menor envolvimento com as drogas: atividades acadêmicas, religiosas, participação no esporte, o desenvolvimento de interesses especiais, hobbies, etc.

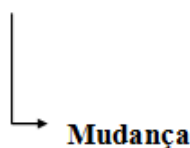
Podemos nos inspirar em Paulo Freire, para quem o processo de libertação provém de uma tomada de consciência do objeto de aprendizagem. Para o educador brasileiro, a realidade deve ser participada pelo sujeito, do contrário toda palavra que a exprime permanece uma realidade abstrata, um mito distante, uma ausência de sentido. O educador na perspectiva de Paulo Freire procura ser um mediador do sentido da vida, mas para que isso ocorra é preciso que haja uma sintonia, um vínculo afetivo, entre educador e educando, de modo que a palavra do educador tenha um sentido, e não seja vazia. Assim como é improvável que uma pessoa aprenda uma língua se não tiver motivação para tal, é improvável que um adolescente mude de atitudes e opiniões se ele não tiver em contato com pessoas que se relacionem com ele com outros significativos em condições de motivar as mudanças.

O quadro abaixo pode nos ajudar a entender a hipótese acima:



Outro significativo

- (pais, professores, adulto amigo, educador...)
- sua palavra tem sentido
 - traz novos significados para as ações e atitudes
 - incrementa a motivação
 - ativa o senso de responsabilidade
 - provoca a mudança a partir de dentro das pessoas

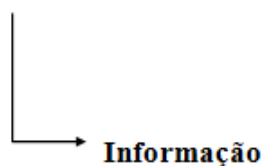


Mudança

Atitudes,
crenças,
valores,
comportamentos

Outro não significativo

- a palavra é abstrata, do tipo que entra por um ouvido e sai pelo outro sem tocar a consciência
- baixa capacidade de mediação
- indiferença motivacional
- tentativa de mudança de fora pra dentro



Informação

- O processo de mudança não encontra motivações

INTERVENÇÕES BASEADAS NA REDUÇÃO DO DANO

Para jovens que se encontram em situação de alto risco de dependência, ou seja, os que já experimentaram a droga, e que estão em constante contato com outros colegas que a usam, frequentam ambientes de risco, tornam-se necessárias intervenções mais focalizadas às suas necessidades.

De modo particular: ajuda nos momentos de crise, linhas telefônicas de escuta par auxílio e aconselhamento, orientação dirigida ao grupo de pares, programa de formação de lideranças, contato e comunicação com os pais, aconselhamento psicológico em nível individual e familiar. Em determinados casos e em determinados países se prevê também intervenções médicas através da distribuição de fármacos substitutivos (o metadona); e em outros casos, a distribuição de seringas para evitar o contágio da Aids.

A METADONA COMO FÁRMACO SUBSTITUTIVO.

A metadona, droga sintética derivada do ópio tem propriedades analgésicas. Foi desenvolvido na Alemanha durante a Segunda Guerra quando, devido à escassez do ópio, foi utilizada como analgésico. Sua utilização como droga substitutiva para o tratamento da dependência da heroína foi descoberto ocasionalmente por dois pesquisadores, Vincent Dole e Marie Nyswander, interessados na cura da obesidade, no estudo do metabolismo e particularmente dos pacientes dependentes de heroína. Em 1963 ao longo de um experimento no qual comparava o metabolismo da heroína e da metadona, observaram que os pacientes com tratados com metadona começaram a mudar seu comportamento em direção a uma vida normal. Depois de certo período de tempo os pacientes tratados com o metadona demonstraram uma vida “normal” como se estivessem recuperados da dependência de heroína. A dependência de heroína passa a ser considerada uma doença e a metadona, parte da cura (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

Durante a década de 1960, nos Estados Unidos, cresce dramaticamente o número de consumidores de heroína: uma verdadeira epidemia estimada entre 150 mil e 500 mil dependentes (CONRAD; SCHNEIDER, 1992). A Suprema Corte pede um enfrentamento médico para algo que até então era feito através de controles repressivos. O resultado das primeiras experiências da metadona como fármaco substitutivo, utilizado especialmente pelas comunidades terapêuticas “Synanon” (um programa fundado em 1958 na Califórnia), contribuíram para a difusão tanto no âmbito médico quanto na opinião pública, da eficiência do tratamento. Por fim até a “*American Medical Association*” aceita publicamente, em sua revista anual de 1968, a eficácia do tratamento com metadona.

A metadona passa, porém, dos hospitais para as ruas. Torna-se também uma droga traficada e procurada pelos dependentes, no mercado negro. Novas pesquisas demonstraram a potencialidade aditiva do fármaco. O resultado destes novos eventos provocaram uma revisão de sua utilização também em âmbito médico. Segundo os críticos a metadona, por si só, não conseguia reduzir o crime, não bloqueava a dependência da heroína, visto que muitos continuam a usar ambas as substâncias. Os críticos acusam a aplicação de metadona como um mecanismo a mais de controle sociais, mas que de tratamento (CONRAD; SCHNEIDER, 1992).

REDUÇÃO DO DANO E PREVENÇÃO DA AIDS

Os programas orientados à redução do dano através da distribuição de seringas foram idealizados inicialmente como uma resposta pragmática

a uma questão de saúde pública: diante da alarmante difusão da AIDS, como diminuir o risco de contágio pelo vírus HIV entre consumidores de droga. Este tipo de intervenção se inicia na Holanda, em 1984, como medida preventiva ao aumento da hepatite B, e depois se difunde, a partir da metade dos anos 80, em diversos países da Europa, na Austrália e Nova Zelândia. A Inglaterra, em 1990, desenvolvia já cerca de 250 programas desse tipo. Os Estados Unidos sempre fez resistência ao programa de distribuição de seringas (STIMSON; DONOGHOE, 1996).

A Comunidade Europeia realiza uma grande pesquisa sobre a prevenção da AIDS entre consumidores de droga. O relatório, assinado por Tim Rhodes e pelo grupo Pompidou (RHODES, 1996), orienta-se para provocar a mudança comportamental em vista da proteção e da promoção da saúde da população toxicodependente e da prevenção ao uso de drogas. A intervenção, como organizada pelos pesquisadores apoia-se sobre três objetivos principais: incrementar a informação sobre os riscos que o consumo da substância provoca à saúde; encorajar a mudança de comportamentos de risco; sustentar a mudança de comportamento.

A promoção da saúde e da redução do dano entre consumidores de droga trabalha em três níveis: individual, interpessoal, comunitário e socioambiental.

- A nível individual: a mudança de comportamento é influenciada pela consciência e a crença dos sujeitos em relação aos riscos que correm, das motivações orientadas à mudança de comportamento e aquisição de habilidades que permitam a mudança;
- Em nível interpessoal: a tentativa de mudanças comportamentais no nível individual são reforçadas com ações conjuntas com outros indivíduos. O uso de profiláticos, por exemplo, exige a negociação interpessoal;
- Em nível comunitário: as tentativas individuais de mudança dependem também da influencia do grupo social ao qual o sujeito pertence. As normas compartilhadas pelo grupo de pares, por exemplo, influenciam o modo como o sujeito se comporta em relação à partilha de seringas;
- Em nível sociopolítico: o ambiente macrossocial pode também influenciar a disposição individual para a mudança. Seja a rigidez do controle social através de leis altamente punitivas e a exigência de abstinência absoluta, seja a rigidez do controle médico-sanitário podem dificultar as estratégias de redução do dano.

MODELOS DE RECUPERAÇÃO

UM POUCO DE HISTÓRIA

Pessoas que desenvolveram dependência de substâncias químicas não são mais um problema de controle policial, mas sim de controle médico-sanitário. Passa a ser um problema de saúde pessoal e pública. Por isso inclui algumas opções: a institucionalização em instituições públicas ou privadas, o tratamento individual por um terapeuta, o tratamento somático ou físico e o tratamento dentro de comunidades de acolhida e de comunidades terapêuticas. Os diferentes tipos de tratamento, afirma o autor americano Heitzeg (1996, 221) baseiam-se no pressuposto que a dependência pode ser curada através da assistência por parte de membros das associações médicas, os quais não somente definem o problema de saúde como também regulamentam o tratamento.

TRATAMENTO INDIVIDUALIZADO

O tratamento individualizado se desenvolve, sobretudo a partir do iniciado do século XX, inspirado pelas teorias psicanalíticas de Freud. Para o autor, as causas fundamentais das doenças mentais não seriam encontradas tanto em variáveis ambientais, mas sim dentro da psique humana.

A técnica utilizada para o tratamento se utilizam da capacidade do psicanalista de chegar ao inconsciente do cliente para ajuda-lo a superar o trauma. A psicanálise, com suas diferentes técnicas analíticas e interpretativas de sonhos, hipnose, associações e *transferts*. É um tratamento que requer uma relação estreita entre paciente e analista.

A partir da década de 1950 entra em cena a corrente behaviorista³⁰ para a qual a fonte da doença mental não é mais buscada no inconsciente, mas no comportamento aprendido. Se a doença é resultado de um processo de aprendizagem (comportamentos aprendidos, condicionamentos), a cura trabalha com processos de aprendizagem que ajudem na modificação de comportamentos. Os métodos são baseados na mudança de comportamento e estimulam a aprendizagem e enfrentamento dos problemas sem medo e ansiedade, reforço positivo, recompensas, punições, eliminações de determinados estímulos, aplicação de drogas substitutivas etc.

30 O behaviorismo sustenta-se particularmente no pensamento de B. F. Skinner e Albert Bandura.

TRATAMENTO SOMÁTICO

Os adeptos do tratamento somático acreditam que as doenças tais como a toxicod dependência tem origens e causas físicas e portanto devem ser tratadas com terapias fisiológicas. Este tipo de tratamento foi utilizado principalmente nos anos 30, em tempos que se utilizavam técnicas tais como a terapia de choque com insulina, eletrochoque (EST), psico-cirurgia (lobotomia frontal) para pacientes mais graves. A esse ponto era difícil saber se esse tipo de tratamento era pior ou melhor do que os sofrimentos provocados pela própria doença.

A partir da década dos anos 1950, desenvolve-se a medicação com psicotrópicos. Desde então a utilização de prescrições médicas no tratamento da dependência aumenta sempre mais e se alarga para as diferentes doenças como a esquizofrenia, estados depressivos e de ansiedade. Difundiu-se também para tratamentos de pânico, hiperatividade, fobias, distúrbios do sono e dependência de drogas³¹. Existem evidências de sérios desequilíbrios do sistema nervoso central, associados à aplicação de psicofármacos.

TRATAMENTO EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Teve início nos anos 60 depois de uma sucessão de novos acontecimentos e de críticas feitas aos tratamentos utilizados anteriormente: pacientes são liberados dos manicômios; críticas por parte dos sustentadores da teoria do estigma (*labeling theory*) sobre os efeitos negativos do controle e isolamento aos quais eram submetidos os pacientes das instituições totais (manicômios); críticas por parte dos movimentos de defesa dos direitos civis durante a segunda metade da década de 1960.

A perspectiva terapêutica passa a ver a doença mental e também a dependência de drogas como um problema social e não necessariamente físico ou psicológico. O resultado mais evidente foi a mudança metodológica: o sujeito passa a tratar-se dentro de um contexto comunitário. Daí a valorização da comunidade como lugar de tratamento, da família e dos amigos como partes que devem estar envolvidos, dos recursos do território (mais preparado para entenderem as necessidades dos sujeitos) e da de-institucionalização do tratamento. Ao lado do aconselhamento, o paciente passa a ser suportado também em outras necessidades sociais voltadas à vida quotidiana, como a melhoria das relações sociais, a promoção da educação, da ocupação do tempo, o provimento de necessidades básicas como alimento e abrigo.

A tendência atual é a associação entre uma perspectiva médico-sanitária, dentro de estruturas comunitárias. Daí a difusão de comunidades terapêuticas

³¹ Alguns destes medicamentos: Thorazine, Haldol, Librium, Valium, Ritalin, Lithium, Prozac e Clozapine.

e também de comunidades de acolhida. As comunidades terapêuticas utilizam-se de maior interação com os serviços médicos, enquanto as comunidades de acolhida têm seu ponto forte na interação social e na reconstrução de identidade.

OBJETIVOS DO TRATAMENTO

Segundo Leavitt (1994) seriam objetivos do tratamento:

- Reduzir ou eliminar o consumo através do tratamento dos indivíduos que consomem drogas ilícitas;
- Reduzir ou eliminar o envolvimento dos sujeitos com ações transgressivas ou delinquentiais;
- Reduzir ou eliminar o uso de drogas psicoativas legais;
- Reduzir ou eliminar o déficit educativo e profissional dos sujeitos em tratamento;
- Ajuda-los a encontrar um trabalho;
- Ajuda-los a assumirem um conjunto de valores e princípios éticos em base aos quais sustentar suas responsabilidades de trabalho, na família, da convivência social;
- Melhorar a saúde, qualidade de vida e bem-estar psíquico;
- Reduzir comportamentos como a partilha de seringas e encontros sexuais que aumentem o contágio de DSTs, sobretudo da AIDS;
- Reduzir a amplitude, a violência, a capacidade de sedução e de proveito do mercado ilícito de drogas;
- Reduzir o número de crianças nascidas com sintomas de dependências herdadas de seus pais.

CICLOS DA ABSTINÊNCIA E CURA

A síndrome de abstinência ocorre no período da desintoxicação física. Alguns sintomas provocados pela falta da droga, resultante do processo de desintoxicação tornam difícil o caminho da cura. Mas estes não são os únicos problemas que emergem, são somente os primeiros. Outros sintomas se sucedem e têm a ver com a redefinição da identidade do dependente a partir do momento em que ele reestrutura sua vida a partir de um estilo diferente do anterior. O ciclo da cura da dependência da heroína parece emblemático: é o que mais coloca resistências para a desintoxicação e, portanto dele resultam muitas recaídas. Pode ser considerado o protótipo das dificuldades encontradas no percurso de recuperação.

As linhas a seguir oferecem uma breve descrição do processo de recuperação entre reconstrução e realinhamento da identidade do dependente, a elaboração de uma nova identidade (BECKER, 1964).

Após o período de desintoxicação física inicia-se um outro caracterizado como um confronto-diálogo contínuo contra os problemas gerados pela nova identidade social. O sujeito tem necessidade de reconfirmar essa nova identidade com a ajuda de ‘outros significativos’.

Nos primeiros meses ele experimenta uma considerável ambivalência entre pertença ao grupo de dependentes e dos não dependentes. O principal sintoma desta ambivalência é a dificuldade de alternar na conversação, o “nós” e o “eles”, ou seja a sociedade dos não-toxicodependentes e a dos dependentes. Gradualmente começa a se colocar com mais convicção do lado dos não-dependentes.

Durante este período ocorre uma mudança significativa das relações com os outros significativos, de modo particular com os familiares. O dependente em tratamento se sente mais respeitado e participa com maior frequência da vida familiar.

A tendência à recaída ou reincidência na droga começa quando o sujeito se auto percebe socialmente diferente dos não-toxicodependentes e se redefine como um toxicodependente mesmo que recuperado. O mal-estar se desenvolve praticamente no momento em que na interação, as próprias expectativas e as dos outros não são satisfeitas: é uma ocasião em que o dependente em recuperação reexamina o significado de sua experiência e questiona sua identidade como abstêmio. É uma experiência que provoca o retorno a certos valores e atitudes ligados ao tempo da dependência e, portanto, um momento particular de teste que muitos não conseguem superar.

As experiências que produzem o risco de reincidência ocorrem particularmente no momento logo após a desintoxicação física na qual está ainda forte a experiência passada como toxicodependente e ainda não restabelecida a identidade como não-toxicodependente.

A reincidência não aconteceria somente com o primeiro contato com o antigo grupo de consumo. A associação com antigos amigos de droga por si só não leva toda a responsabilidade pela recaída, mesmo porque esta é o resultado de uma série de racionalizações que o sujeito faz em relação a si mesmo e em relação à situação em que se encontra. Tais racionalizações nascem como resultado de relações com os outros que desiludem com frequência suas expectativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BANDURA, A. **Self-efficacy in changing society**. New York: Cambridge University Press, N.Y., 1995.

BAUMAN, Zigmunt. **Vida líquida**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BECKER, H. **The other side**. Perspectives on Deviance. New York: The Free Press, 1964, pp. 163-177.

BOMMASSAR, R.; SCOPEL, W. L'educatore di comunità per minori. In: **Prospettive Sociali e Sanitarie**, XX, 15, 1990, 3ss.

CALIMAN G.; PIERONI, V. **Lavoro non solo**. Lavoratori tossicodipendenti: modelli sperimentali d'intervento. Milano: Franco Angeli, 2001.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. **Deviance and medicalization**: From badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

COTTERELL, John. Social networks and social influences in adolescence. New York: Routledge, 1996.

CURRIE, Candace et al. (Org.). **Social determinants of health and well-being among young people**. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) STUDY: International report from the 2009-2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.

HEITZEG, N. **Deviance**: rulemakers & rulebrakers. Minneapolis: West Publishing Company, 1996.

LEAVITT, Fred. **Drugs & behavior**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.

RHODES, T. **Outreach work with drug users**: principles and practice. Strasbourg: Council of Europe, 1996.

STIMSON, G. V.; DONOGHOE, M.C. Health promotion and the facilitation of individual change. The case of syringe distribution and exchange. In: RHODES, T.; HARTNOLL, R. (Org.). **AIDS, drugs and prevention**: Perspectives on individual and community action. London-New York: 1996.

