

# Módulo 2

## Conceitos e abordagens sobre drogas e prevenção

**Unidade 5** O que são as drogas?

**Unidade 6** As relações com as drogas e as diferentes abordagens

**Unidade 7** O uso de drogas no Brasil

**Unidade 8** Redes sociais e prevenção do uso de drogas no contexto da escola



## Unidade 5



### O que são as drogas?

Ao final desta unidade, você deverá ser capaz de:

- Distinguir as principais drogas psicotrópicas, seus mecanismos de ação e efeitos no organismo.
- Adquirir conhecimentos científicos sobre o crack em uma abordagem multidisciplinar que identifica o efeito da droga no organismo e suas consequências psicossociais.

## O QUE ABORDAREMOS NESTA UNIDADE?

### Conheça a sequência didática:

Temática: O que são as drogas?

Vídeo: *Quem diria?*

Textos:

Drogas: classificação e efeitos no organismo

Crack: uma abordagem multidisciplinar

Exercício objetivo

Fórum de conteúdo:

Discutindo situações-problema



### Destaques do tema



- O álcool é a droga psicotrópica de uso e abuso mais disseminado no mundo.
- O cigarro é uma das principais causas de morte que podem ser evitadas.
- Os efeitos das drogas podem ser agrupados em efeitos agudos, que ocorrem durante o uso da substância, e em efeitos crônicos, consequências que ocorrem ainda algum tempo depois do seu uso, geralmente após uso prolongado.
- Os efeitos das drogas também podem ser relacionados em efeitos somáticos, ou seja, efeitos sobre o organismo, e em efeitos psíquicos, que são modificações do estado da mente do usuário.
- Os efeitos prazerosos das drogas, quando ocorrem, vêm sempre acompanhados de efeitos colaterais indesejáveis.
- Os efeitos de muitas drogas dependem também do contexto em que elas são usadas.
- O envolvimento de uma pessoa com álcool e outras drogas vai além da simples busca dos efeitos dessas substâncias.
- Diversas causas para o uso de drogas podem ser consideradas: a disponibilidade dessas substâncias, a imagem ou as ideias que as pessoas fazem a respeito das drogas, características de personalidade, uso de substâncias por familiares ou amigos e assim por diante.
- Muito além de um problema “médico” ou “um caso de polícia”, os problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool, o uso de tabaco e outras drogas são questões que abrangem toda a sociedade.
- O crescimento do consumo e dos problemas relacionados ao uso do crack constitui, atualmente, um grande desafio que exige respostas eficazes do governo e da sociedade, na construção de um programa de intervenção integrada, como por exemplo, ações relacionadas à promoção da saúde, de conscientização e informação sobre os riscos do uso do crack, disponibilização de serviços de atendimento, estudos clínicos sobre tratamento da dependência do crack, entre outros.

Agora que você está iniciando um novo módulo, aproveite para refletir, com seus colegas de curso e da escola, o assunto que será abordado nesta unidade. Siga as orientações do seu tutor para a realização das atividades previstas neste módulo. Vamos prosseguir realizando um bom aproveitamento dos conceitos e informações dos textos.



### Assista ao vídeo 5 – *Quem diria...*

Este vídeo questiona o que é realmente droga, se há drogas lícitas e ilícitas e quais efeitos provocam em nosso organismo.

Nem tudo é droga, mas há muita coisa por aí que é droga e as pessoas nem sabem que são: o cigarro, o cafezinho, a cerveja...

### Resumo do vídeo – *Quem diria...*

*Na sala dos professores, estes conversam sobre dietas, sobre remédio para emagrecer, cigarro, doces, cafezinho, cerveja. Em tom de humor, o diálogo evolui e percebem que, muitas vezes, usam drogas sem se dar conta. Enquanto isso, no pátio da escola, dois estudantes conversam sobre os atrativos proporcionados pelas drogas. Nessa conversa, acabam avaliando prazeres e riscos trazidos pelas drogas ilícitas. O estudante que não fazia uso de drogas é convincente em sua argumentação com o colega sobre a possibilidade do lazer sem drogas.*

### Para refletir

Aproveite este momento e, com seu grupo, discuta as questões a seguir:



- Por que muitas pessoas recorrem ao uso de drogas?
- Será que as drogas são sempre ruins?
- Será que uma droga pode fazer bem à saúde?
- Você conhece situações em que o uso de determinadas drogas pode ser adequado?
- O que faz as drogas serem nocivas à saúde?

**Aprofunde o conteúdo desta unidade lendo o texto que segue.**

## DROGAS: CLASSIFICAÇÃO E EFEITOS NO ORGANISMO

Sérgio Nicastrí

### O que é droga?

*Droga*, segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.

Uma droga não é por si só boa ou má. Existem substâncias que são usadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos como o tratamento de doenças e são consideradas medicamentos. Mas também existem substâncias que provocam malefícios à saúde, os venenos ou tóxicos. É interessante que a mesma substância pode funcionar como medicamento em algumas situações e como tóxico em outras.

Vamos discutir as principais drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, no psiquismo. Por essa razão, são chamadas drogas **psicotrópicas**, conhecidas também como substâncias **psicoativas**.

Vale lembrar que nem todas as substâncias psicoativas têm a capacidade de provocar dependência. No entanto, há substâncias aparentemente inofensivas e presentes em muitos produtos de uso doméstico que podem causar dependência.

As substâncias listadas na Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), em seu capítulo V (Transtornos Mentais e de Comportamento) incluem:

- álcool;
- opioides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas);
- canabinoides (maconha);
- sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos);
- cocaína;
- outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína);
- alucinógenos;
- tabaco;
- solventes voláteis.

## Classificação das drogas

Há diversas formas de classificar as drogas.

Classificação das drogas do ponto de vista legal	
Drogas Lícitas	Drogas Ilícitas
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Existem as que podem ser livremente comercializadas.</li> <li>■ Algumas estão submetidas a certas restrições. Por exemplo, bebidas alcoólicas e tabaco não podem ser comercializados para crianças e adolescentes. No caso de medicamentos, alguns só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Proibidas por lei.</li> </ul>

Existe uma classificação – de interesse didático – que se baseia nas ações aparentes das drogas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), conforme as modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância:

- drogas DEPRESSORAS da atividade mental;
- drogas ESTIMULANTES da atividade mental;
- drogas PERTURBADORAS da atividade mental.

Com base nessa classificação, vamos conhecer as principais drogas.

### Drogas depressoras da atividade mental

Essa categoria inclui uma grande variedade de substâncias que diferem acentuadamente em suas propriedades físicas e químicas, mas que apresentam a característica comum de causar uma diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC. Como consequência dessa ação, há uma tendência de ocorrer uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade e é comum um efeito euforizante inicial e, posteriormente, um aumento da sonolência.



## ■ Álcool

O álcool etílico é um produto da fermentação de carboidratos (açúcares) presentes em vegetais.

Suas propriedades **euforizantes** e **intoxicantes** são conhecidas desde tempos pré-históricos e praticamente todas as culturas têm ou tiveram alguma experiência com sua utilização. É seguramente a droga **psicotrópica** de uso e abuso mais amplamente disseminada em grande número e diversidade de países na atualidade.

A fermentação produz bebidas com concentração de álcool de até 10% (proporção do volume de álcool puro no total da bebida). São obtidas concentrações maiores por meio de destilação. Em doses baixas, é utilizado, sobretudo, por causa de sua ação **euforizante** e da capacidade de diminuir as inibições, o que facilita a interação social.

Há uma relação entre os efeitos do álcool e os níveis da substância no sangue, que variam em razão do tipo de bebida utilizada, da velocidade do consumo, da presença de alimentos no estômago e de possíveis alterações no metabolismo da droga por diversas situações – por exemplo, na insuficiência hepática, em que a degradação da substância é mais lenta.

Nível de álcool no sangue		
Baixo	Médio	Alto
<b>Desinibição do comportamento.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ diminuição da crítica;</li> <li>■ hilariedade afetiva e labilidade (a pessoa ri ou chora por motivos poucos significativos).</li> </ul> <b>Certo grau de incoordenação motora.</b> <b>Prejuízo das funções sensoriais.</b>	<b>Maior incoordenação motora (ataxia).</b> <b>A fala torna-se pastosa, há dificuldade de marcha e aumento importante do tempo de resposta (reflexos mais lentos).</b> <b>Aumento da sonolência, com prejuízo das capacidades de raciocínio e concentração.</b>	<b>Podem surgir náuseas e vômitos.</b> <b>Visão dupla (diplopia).</b> <b>Acentuação da ataxia e da sonolência (até o coma).</b> <b>Pode ocorrer hipotermia e morte por parada respiratória.</b>

O álcool induz tolerância (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para se produzir o mesmo efeito desejado ou intoxicação) e síndrome de abstinência (sintomas desagradáveis que ocorrem com a redução ou com a interrupção do consumo da substância).



## ■ Barbitúricos

Os barbitúricos são um grupo de substâncias sintetizadas artificialmente desde o começo do século XX, que possuem diversas propriedades em comum com o álcool e com outros tranquilizantes (Benzodiazepínicos).

Seu uso inicial foi dirigido ao tratamento da insônia, porém a dose para causar os efeitos terapêuticos desejáveis não é muito distante da dose tóxica ou letal. O sono produzido por essas drogas, assim como aquele provocado por todas as drogas indutoras de sono, é muito diferente do sono “natural” (fisiológico).

Como consequência de sua principal ação farmacológica, observam-se os principais efeitos:

- diminuição da capacidade de raciocínio e concentração;
- sensação de calma, relaxamento e sonolência;
- reflexos mais lentos.

Com doses um pouco maiores, a pessoa tem sintomas semelhantes à embriaguez, com lentidão nos movimentos, fala pastosa e dificuldade na marcha.

### **Doses tóxicas dos barbitúricos podem provocar:**

- surgimento de sinais de falta de coordenação motora;
- acentuação importante da sonolência, que pode chegar ao coma;
- morte por parada respiratória.

São drogas que causam tolerância (sobretudo quando o indivíduo utiliza doses altas desde o início) e síndrome de abstinência quando ocorre sua retirada, o que provoca insônia, irritação, agressividade, ansiedade e até convulsões.

Em geral, são utilizados atualmente na prática clínica para indução anestésica (tiopental) e como anticonvulsivantes (fenobarbital).

### **■ Benzodiazepínicos**

Esse grupo de substâncias começou a ser usado na Medicina durante os anos 1960 e possui similaridades importantes com os barbitúricos em termos de ações farmacológicas, com a vantagem de oferecer uma maior margem de segurança, ou seja, a dose tóxica é muito maior que a dose terapêutica.

Atuam potencializando as ações do GABA (ácido gama-amino-butírico), o principal neurotransmissor inibitório do SNC.

**Neurotransmissor:** Substância liberada por célula nervosa, que transmite à outra célula, de nervo ou músculo, um impulso nervoso.

Como consequência dessa ação, os benzodiazepínicos produzem:

- diminuição da ansiedade;
- indução do sono;
- relaxamento muscular;
- redução do estado de alerta.

Essas drogas dificultam ainda os processos de aprendizagem e memória, alteram também funções motoras prejudicando atividades como dirigir automóveis e outras que exijam reflexos rápidos.

As doses tóxicas dessas drogas são bastante altas, mas pode ocorrer intoxicação se houver uso concomitante de outros depressores da atividade mental, principalmente álcool ou barbitúricos. O quadro de intoxicação é muito semelhante ao causado por barbitúricos.

Existem centenas de compostos comerciais disponíveis, que diferem somente em relação à velocidade e duração total de sua ação, alguns são mais bem utilizados clinicamente como indutores do sono, enquanto outros são empregados no controle da ansiedade ou para prevenir a convulsão.

Exemplos de benzodiazepínicos: diazepam, lorazepam, bromazepam, midazolam, flunitrazepam, clonazepam.

### **■ Opioides**

Grupo que inclui drogas “naturais”, derivadas da papoula do oriente (*Papaver somniferum*), sintéticas e semisintéticas, obtidas a partir de modificações químicas em substâncias naturais.

As drogas mais conhecidas deste grupo são a morfina, a heroína e a codeína, além de diversas substâncias totalmente sintetizadas em laboratório.



Sua ação decorre da sua capacidade de imitar o funcionamento de diversas substâncias naturalmente produzidas pelo organismo, como as endorfinas e encefalinas. A encefalina é um neurotransmissor liberado pelo organismo durante a atividade física e produz sensação de bem-estar e euforia. A liberação do neurotransmissor encefalina, por sua vez, está associada à sensação de alívio de dor.

Em linhas gerais os opíoides são drogas depressoras da atividade mental, mas possuem ações mais específicas, como de analgesia e de inibição do reflexo da tosse.

**Causam os seguintes efeitos:**

- contração pupilar importante;
- diminuição da motilidade do trato gastrointestinal;
- efeito sedativo, que prejudica a capacidade de concentração;
- torpor e sonolência.

Os opíoides deprimem o centro respiratório, de modo que a respiração se torna mais lenta e superficial, até a parada respiratória, perda da consciência e morte.

**Efeitos da abstinência:**

- náuseas;
- cólicas intestinais;
- lacrimejamento;
- piloereção, com duração de até 12 dias;
- corrimento nasal;
- câimbra;
- vômitos;
- diarreia.

**Uso clínico:**

Os medicamentos à base de opíoides são usados para controlar a tosse, a diarreia e como analgésicos potentes.

Exemplos de opíoides: morfina, heroína, codeína, meperidina e propoxifeno.

**■ Solventes ou inalantes**

Este grupo de substâncias, entre os depressores, não possui nenhuma utilização clínica, com exceção do éter etílico e do clorofórmio, que já foram largamente empregados como anestésicos gerais.

Podem tanto ser inalados involuntariamente por trabalhadores ou quando utilizados como drogas de abuso, por exemplo, a cola de sapateiro. Alguns exemplos são o tolueno, o xilol, o n-hexano, o acetato de etila, o tricloroetileno, além dos já citados éter e clorofórmio, cuja mistura é chamada frequentemente de “lança-perfume”, “cheirinho” ou “loló”.

Os efeitos têm início bastante rápido após a inalação, de segundos a minutos, e também têm curta duração, o que predispõe o usuário a inalações repetidas, com consequências às vezes desastrosas.

## Efeitos observados

Primeira fase	Segunda fase	Terceira fase	Quarta fase
Euforia, com diminuição da inibição de comportamento.	Predomínio da depressão do SNC, o indivíduo torna-se confuso, desorientado. Podem também ocorrer alucinações auditivas e visuais.	A depressão se aprofunda, com redução acentuada do estado de alerta. Falta de coordenação ocular e motora (marcha vacilante, fala pastosa, reflexos bastante diminuídos). As alucinações tornam-se mais evidentes.	Depressão tardia. Ocorre inconsciência. Pode haver convulsões, coma e morte.

O uso crônico dessas substâncias pode levar à destruição de neurônios causando danos irreversíveis ao cérebro, assim como lesões no fígado, rins, nervos periféricos e medula óssea.

Outro efeito ainda pouco esclarecido dessas substâncias (particularmente dos compostos halogenados, como o clorofórmio) é sua interação com a adrenalina, pois aumenta sua capacidade de causar arritmias cardíacas, o que pode provocar morte súbita.

Embora haja tolerância, até hoje não há uma descrição característica da síndrome de abstinência relacionada a esse grupo de substâncias.

## Drogas estimulantes da atividade mental

São incluídas neste grupo as drogas capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.

### ■ Anfetaminas

São substâncias sintéticas. Muitas vezes, essa denominação “anfetaminas” é utilizada para designar todo o grupo de drogas que apresentam ações semelhantes à anfetamina, a primeira delas produzida em laboratório. Dessa forma, são exemplos de drogas “anfetamínicas”: o fenproporex, o metilfenidato, o manzidol, a metanfetamina e a dietilpropiona.

Seu mecanismo de ação é aumentar a liberação e prolongar o tempo de atuação de alguns neurotransmissores utilizados pelo cérebro, **como a dopamina e a noradrenalina**.

### Efeitos do uso de anfetaminas:

- diminuição do sono e do apetite;
- sensação de maior energia e menor fadiga, mesmo quando realiza esforços excessivos, o que pode ser prejudicial;
- rapidez na fala;
- dilatação da pupila;
- taquicardia;
- elevação da pressão arterial.

### Doses tóxicas

Com doses tóxicas, acentuam-se esses efeitos anteriores, o indivíduo tende a ficar mais irritável e agressivo, pode considerar-se como vítima de perseguição inexistente (delírios persecutórios), ter alucinações e convulsões.

## Tolerância e abstinência

O consumo dessas drogas induz tolerância. Não se sabe com certeza se ocorre uma verdadeira síndrome de abstinência. São frequentes os relatos de sintomas depressivos: falta de energia, desânimo, perda de motivação, por vezes, esses sintomas são bastante intensos, quando há interrupção do uso dessas substâncias.



### Uso clínico

Entre outros usos, destaca-se sua utilização como moderadores do apetite (remédios para emagrecer).

### ■ Cocaína

É uma substância extraída de uma planta existente na América do Sul, popularmente conhecida como coca (*Erythroxylon coca*).

Pode ser consumida na forma de um pó (cloridrato de cocaína), aspirado ou dissolvido em água e injetado na corrente sanguínea, ou sob a forma de uma base, que é fumada, o crack. Existe ainda a pasta de coca, um produto menos purificado, que também pode ser fumado, conhecido como merla.

## Mecanismo de ação no SNC

Seu mecanismo de ação no SNC é muito semelhante ao das anfetaminas, mas a cocaína atua ainda sobre um terceiro neurotransmissor, a serotonina, além da noradrenalina e da dopamina.

A cocaína apresenta também propriedades de anestésico local que independem de sua atuação no cérebro. Essa era no passado uma das indicações de uso médico da substância, hoje obsoleta.

Seus efeitos têm início rápido e duração breve. No entanto, são mais intensos e fugazes quando a via de utilização é a intravenosa ou quando o indivíduo utiliza o crack.

### Efeitos do uso da cocaína:

- sensação intensa de euforia e poder;
- estado de excitação;
- hiperatividade;
- insônia;
- falta de apetite;
- perda da sensação de cansaço.

## Tolerância e abstinência

Apesar de não serem descritas nem tolerância, nem síndrome de abstinência inequívoca, observa-se frequentemente o aumento progressivo das doses consumidas.

Particularmente no caso do crack, os indivíduos desenvolvem dependência severa rapidamente, muitas vezes em poucos meses ou mesmo algumas semanas de uso.

Com doses maiores, observam-se outros efeitos como irritabilidade, agressividade e até delírios e alucinações, que caracterizam um verdadeiro estado psicótico, a psicose cocaínica. Também podem ser observados aumento da temperatura e convulsões, frequentemente de difícil tratamento, que podem levar à morte se esses sintomas forem prolongados. Ocorrem ainda dilatação pupilar, elevação da pressão arterial e taquicardia (os efeitos podem levar até a parada cardíaca por fibrilação ventricular, uma das possíveis causas de morte por superdosagem).

## Fator de risco de infarto e Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Mais recentemente e de modo cada vez mais frequente, têm-se verificado alterações persistentes na circulação cerebral em indivíduos dependentes de cocaína. Existem evidências de que a cocaína seja um fator de risco para o desenvolvimento de infartos do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais – (AVCs) em indivíduos relativamente jovens. Um processo de degeneração irreversível da musculatura (rabdomiólise) em usuários crônicos de cocaína também já foi descrito.

## Drogas perturbadoras da atividade mental

Neste grupo de drogas, classificamos diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais, entre os quais, destacamos os **delírios** e as **alucinações**. Por essa razão, essas drogas receberam a denominação de alucinógenos.

Em linhas gerais, podemos definir *alucinação* como uma percepção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe. *Delírio*, por sua vez, pode ser definido como um falso juízo da realidade, ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem à sua volta, por exemplo, no caso do delírio persecutório, percebe, em toda parte, indícios claros – embora irreais – de uma perseguição contra a sua pessoa.

Esse tipo de fenômeno ocorre de modo espontâneo em certas doenças mentais denominadas psicoses, razão pela qual essas drogas também são chamadas *psicotomiméticos*.



### ■ Maconha

É o nome dado no Brasil à *Cannabis sativa*. Suas folhas e inflorescências secas podem ser fumadas ou ingeridas. Há também o haxixe, pasta semissólida obtida por meio de grande pressão nas inflorescências, preparação com maiores concentrações de THC (tetra-hidrocanabinol), uma das diversas substâncias produzidas pela planta, principal responsável pelos seus efeitos psíquicos.

Há uma grande variação na quantidade de THC produzida pela planta conforme as condições de solo, clima e tempo decorrido entre a colheita e o uso, bem como na sensibilidade das pessoas à sua ação, o que explica a capacidade de a maconha produzir efeitos mais ou menos intensos.

## Efeitos Psíquicos

### ■ Agudos

Esses efeitos podem ser descritos, em alguns casos, como uma sensação de bem-estar, acompanhada de calma e relaxamento, menos fadiga e hilaridade, enquanto, em outros casos, podem ser descritos como angústia, atordoamento, ansiedade e medo de perder o autocontrole, com tremores e sudorese.

Há uma perturbação na capacidade de calcular o tempo e o espaço, além de um prejuízo da memória e da atenção.

Com doses maiores ou conforme a sensibilidade individual, podem ocorrer perturbações mais evidentes do psiquismo, com predominância de delírios e alucinações.

### ■ Crônicos

O uso continuado interfere na capacidade de aprendizagem e memorização. Pode induzir um estado de diminuição da motivação, que pode chegar à síndrome amotivacional, ou seja, a pessoa não sente vontade de fazer mais nada, tudo parece ficar sem graça, perder a importância.

## Efeitos Físicos

### ■ Agudos:

- hiperemia conjuntival (olhos ficam avermelhados);
- diminuição da produção da saliva (sensação de secura na boca);
- taquicardia com a frequência de 140 batimentos por minuto ou mais.

### ■ Crônicos:

- Problemas respiratórios são comuns, uma vez que a fumaça produzida pela maconha é muito irritante, além de conter alto teor de alcatrão (maior que no caso do tabaco) e nele existir uma substância chamada benzopireno, um conhecido agente cancerígeno.
- Ocorre ainda uma diminuição de até 50% a 60% na produção de testosterona dos homens, e pode haver infertilidade.

### ■ Alucinógenos

Designação dada a diversas drogas que possuem a propriedade de provocar uma série de distorções do funcionamento normal do cérebro, que trazem como consequência uma variada gama de alterações psíquicas, entre as quais, alucinações e delírios, sem que haja uma estimulação ou depressão da atividade cerebral.

#### ■ Alucinógenos propriamente ditos ou alucinógenos primários:

São os alucinógenos capazes de produzir seus efeitos psíquicos em doses que praticamente não alteram outra função no organismo.

#### ■ Alucinógenos secundários como os anticolinérgicos:

São capazes de induzir efeitos alucinógenos em doses que afetam de maneira importante diversas outras funções.

#### ■ Plantas com propriedades alucinógenas:

Diversas plantas possuem propriedades alucinógenas como, por exemplo, alguns cogumelos (*Psilocybe mexicana*, que produz a psilocibina), a jurema (*Mimosa hostilis*) e outras plantas eventualmente utilizadas na forma de chás e bebidas alucinógenas.

Há também substâncias alucinógenas sintetizadas artificialmente, das quais a principal é a dietilamida do ácido lisérgico (LSD).

### ■ LSD

É uma das substâncias mais potentes com ação psicotrópica que se conhece. As doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos com duração de 4 a 12 horas.

Seus efeitos dependem muito da sensibilidade da pessoa às ações da droga, de seu estado de espírito no momento da utilização e também do ambiente em que se deu a experiência.

#### Efeitos do uso de LSD:

- distorções perceptivas (cores, formas e contornos alterados);
- fusão de sentidos (por exemplo, a impressão de que os sons adquirem forma ou cor);
- perda da discriminação de tempo e espaço (minutos parecem horas ou metros assemelham-se a quilômetros);
- alucinações (visuais ou auditivas) podem ser vivenciadas como sensações agradáveis, mas também podem deixar o usuário extremamente amedrontado;
- estados de exaltação (coexistem com muita ansiedade, angústia e pânico e são relatados como boas ou más “viagens”).



Outra repercussão psíquica da ação do LSD sobre o cérebro são os delírios, ou seja, falsos juízos da realidade: há uma realidade, um fato qualquer, mas a pessoa delirante não é capaz de fazer avaliações corretas a seu respeito.

Delírios	Exemplos dos delírios
<b>Delírios de grandiosidade</b>	O indivíduo se julga com capacidades ou forças extraordinárias. Por exemplo, capacidade de atirar-se de janelas, acreditando que pode voar, de avançar mar adentro, crendo que pode caminhar sobre a água, de ficar parado em frente a um carro numa estrada, julgando ter força mental suficiente para pará-lo.
<b>Delírios persecutórios</b>	O indivíduo acredita ver à sua volta indícios de uma conspiração contra si e pode até agredir outras pessoas numa tentativa de defender-se da “perseguição”.

### ■ Outros efeitos tóxicos

Há descrições de pessoas que experimentam sensações de ansiedade muito intensa, depressão e até quadros psicóticos por longos períodos após o consumo do LSD.

Uma variante desse efeito é o *flashback*, quando após semanas ou meses depois de uma experiência com LSD, o indivíduo volta a apresentar repentinamente todos os efeitos psíquicos da experiência anterior, sem ter voltado a consumir a droga novamente, com consequências imprevisíveis, uma vez que tais efeitos não estavam sendo procurados ou esperados e podem surgir em ocasiões bastante impróprias.

### Efeitos no resto do organismo:

- aceleração do pulso;
- dilatação pupilar.

Episódios de convulsão já foram relatados, mas são raros.

### Tolerância e abstinência

O fenômeno da tolerância desenvolve-se muito rapidamente com o LSD, mas também há um desaparecimento rápido com a interrupção do uso da substância. Não há descrição de uma síndrome de abstinência se um usuário crônico deixa de consumir a substância, mas, ainda assim, pode ocorrer a dependência quando, por exemplo, as experiências com o LSD ou outras drogas perturbadoras do SNC são encaradas como “respostas aos problemas da vida” ou “formas de encontrar-se”, que fazem com que a pessoa tenha dificuldades em deixar de consumir a substância, frequentemente ficando à deriva no dia a dia, sem destino ou objetivos que venham enriquecer sua vida pessoal.

### Importante:

O Ministério da Saúde do Brasil não reconhece nenhum uso clínico dos alucinógenos e sua produção, porte e comércio são proibidos no território nacional.

### ■ Ecstasy (3,4-metileno-dioxi-metanfetamina ou MDMA):

É uma substância alucinógena que guarda relação química com as anfetaminas e apresenta também propriedades estimulantes. Seu uso é frequentemente associado a certas culturas, como alguns grupos de jovens frequentadores de danceterias ou boates.



Há relatos de casos de morte por **hipertermia maligna**, em que a participação da droga não é completamente esclarecida. Possivelmente, a droga induz a um quadro tóxico específico, uma vez que com o aumento da temperatura do corpo, a ingestão de água torna-se uma necessidade, porém o *ecstasy* dificulta a eliminação de líquidos, gerando o acúmulo de água e drogas no corpo.

Também existem suspeitas de que a substância seja tóxica para um grupo específico de neurônios produtores de serotonina.

**Hipertermia maligna** – Aumento excessivo da temperatura corporal.

### ■ Anticolinérgicos

São substâncias provenientes de plantas ou sintetizadas em laboratório que têm a capacidade de bloquear as ações da acetilcolina, um neurotransmissor encontrado no Sistema Nervoso Central e periférico.

Produzem efeitos sobre o psiquismo quando utilizadas em doses relativamente grandes e também provocam alterações de funcionamento em diversos sistemas biológicos, portanto, são drogas pouco específicas.

### Efeitos Psíquicos

Causam alucinações e delírios. São comuns as descrições de pessoas intoxicadas em que elas se sentem perseguidas ou têm visões de pessoas ou animais. Esses sintomas dependem bastante da personalidade do indivíduo assim como das circunstâncias ambientais em que ocorreu o consumo dessas substâncias.

Os efeitos são, em geral, bastante intensos e podem durar de 2 a 3 dias.

### Efeitos Somáticos

- dilatação da pupila;
- boca seca;
- aumento da frequência cardíaca;
- diminuição da motilidade intestinal (até paralisia);
- dificuldades para urinar.

Em doses elevadas, podem produzir grande elevação da temperatura (até 40-41°C), com possibilidade de ocorrerem convulsões. Nessa situação, a pessoa apresenta-se com a pele muito quente e seca, com uma **hiperemia** principalmente localizada no rosto e no pescoço.

**Hiperemia** – congestão sanguínea em qualquer parte do corpo.

São exemplos de drogas desse grupo: algumas plantas, como certas espécies do gênero *Datura*, conhecidas como saia branca, trombeteira ou zabumba, que produzem atropina e escopolamina, e certos medicamentos, como o tri-hexafenidil, a diciclomina e o biperideno.

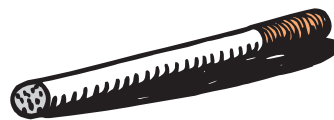
### Outras Drogas

#### ■ Tabaco

Um dos maiores problemas de saúde pública em diversos países do mundo, o cigarro é uma das principais causas potencialmente evitáveis de doenças e morte.

#### Efeitos:

- doenças cardiovasculares: infarto, AVC e morte súbita;
- doenças respiratórias: enfisema, asma, bronquite crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica;
- diversas formas de câncer: pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim, bexiga e útero.



Seus efeitos sobre as funções reprodutivas incluem redução da fertilidade, prejuízo do desenvolvimento fetal, aumento de riscos para **gravidez ectópica** e abortamento espontâneo.

**Gravidez ectópica** – gravidez extrauterina, fora do útero.

### Fumantes passivos

Existem evidências de que os não-fumantes expostos à fumaça de cigarro do ambiente (fumantes passivos) têm um risco maior com relação a várias das patologias que podem afetar os fumantes.

A nicotina é a substância presente no tabaco que provoca a dependência, mas não está associada a todos os problemas de saúde provocados pelo cigarro.

A nicotina não parece ser cancerígena, embora esteja implicada nas doenças cardiocirculatórias.

### Ações psíquicas da nicotina

São complexas, com uma mistura de efeitos estimulantes e depressores. Menciona-se o aumento da concentração e da atenção, a redução do apetite e a redução da ansiedade.

### Tolerância e abstinência

A nicotina induz tolerância e se associa a uma síndrome de abstinência com alterações do sono, irritabilidade, diminuição da concentração e ansiedade.

### ■ Cafeína

É estimulante do SNC menos potente que a cocaína e as anfetaminas.

O seu potencial de induzir dependência vem sendo bastante discutido nos últimos anos. Surgiu até o termo cafeinismo para designar uma síndrome clínica associada ao consumo importante (agudo ou crônico) de cafeína, caracterizada por ansiedade, alterações psicomotoras, distúrbios do sono e alterações do humor.

### ■ Esteroides anabolizantes

Embora sejam descritos efeitos euforizantes por alguns usuários dessas substâncias, essa não é, geralmente, a principal razão de sua utilização.

Muitos indivíduos que consomem essas drogas são fisiculturistas, atletas de diversas modalidades ou indivíduos que procuram aumentar sua massa muscular e podem desenvolver um padrão de consumo que se assemelha ao de dependência.

### Efeitos adversos

- diversas doenças cardiovasculares;
- alterações no fígado, até câncer;
- alterações musculoesqueléticas indesejáveis (ruptura de tendões, interrupção precoce do crescimento).

Essas substâncias, quando utilizadas por mulheres, podem provocar masculinização (crescimento de pelos pelo corpo, a voz torna-se mais grave, aumento do volume do clitóris). Em homens, pode haver atrofia dos testículos.



## Considerações finais

Nesta unidade, foram descritos alguns dos efeitos das diversas drogas sobre o organismo. Esses efeitos podem ser agrupados, para fins práticos, em efeitos agudos (que ocorrem durante o uso da substância) ou crônicos (consequências que ocorrem mesmo algum tempo depois do uso da substância, geralmente após uso prolongado). Os efeitos das drogas também podem ser separados em efeitos somáticos (efeitos sobre o organismo) e efeitos psíquicos (modificações do estado da mente do usuário, provocadas pela droga). Os usuários procuram geralmente os efeitos psíquicos agudos das drogas, muitas vezes prazerosos.

Como vimos, esses efeitos frequentemente não dependem somente da substância consumida, mas do contexto em que a substância é usada, das expectativas que o usuário tem com relação à substância.

Os efeitos prazerosos nem sempre ocorrem (como relatam muitos usuários de maconha) e as sensações provocadas pela droga podem ser desagradáveis (como nas “más viagens” dos alucinógenos). De toda forma, mesmo quando ocorrem, os efeitos prazerosos não vêm sozinhos, uma série de efeitos colaterais indesejáveis também são produzidos.

Nem sempre o usuário tem noção desses efeitos negativos. Muitos indivíduos que abusam de álcool, por exemplo, não sentem nada de errado com sua saúde, mas descobrem doenças no fígado ou em outros órgãos ao passarem por avaliações médicas de rotina.

Outros indivíduos passam do uso ocasional para o uso frequente de substâncias psicoativas e podem desenvolver quadros de dependência. Essa progressão nem sempre é percebida.

Quanto fumantes que não se consideram dependentes do cigarro e dizem “eu paro quando eu quiser”, numa ilusão de controle? Eles, muitas vezes, não querem parar de fumar e não o fazem.

A questão do envolvimento de pessoas com álcool e outras drogas vai além da simples busca dos efeitos dessas substâncias. Diversas causas para o uso de drogas podem ser consideradas: a disponibilidade dessas substâncias, a imagem ou as ideias que as pessoas fazem a respeito das drogas, características de personalidade, uso de substâncias por familiares ou amigos e assim por diante.

Muito além de um problema “médico” ou “um caso de polícia”, os problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool, o uso de tabaco e outras drogas são questões que abrangem toda a sociedade.

Em continuidade ao nosso estudo, vamos entender sobre o crack, que é uma das drogas cujo consumo está presente há pelo menos duas décadas no Brasil e desafia as políticas públicas a agirem de forma integrada.

O objetivo do texto seguinte é caracterizar o crack, seus efeitos sobre o organismo humano e as consequências de seu uso. Também abordaremos o contexto social do uso do crack e relataremos as abordagens terapêuticas e psicossociais consideradas mais efetivas.

Você estudará os seguintes tópicos:

- O que é o crack?
- Epidemiologia: estudo e pesquisas sobre o crack.
- A ação da droga no organismo humano:
  - a) Sistema Nervoso Central
  - b) A ação do crack no cérebro
  - c) Danos físicos e psíquicos
  - d) Alterações cognitivas
  - e) Quadros psiquiátricos
  - f) Consequências sociais
  - g) Abordagens terapêutica e psicossocial

Bom estudo!

## CRACK: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

*Marcelo Santos Cruz  
Renata Werneck Vargens  
Marise de Leão Ramôa*

O consumo de álcool, tabaco e de outras drogas agrava os problemas sociais, traz sofrimento para indivíduos e famílias e tem consequências econômicas importantes.

Nesse contexto, o surgimento e o aumento rápido do consumo do crack desde a década de 1990, incrementam a gravidade dos problemas, ampliam e agravam as condições de vulnerabilidade, especialmente para a camada social mais carente da população.

No Brasil, o consumo cresceu, principalmente, entre crianças, adolescentes e adultos que vivem na rua, motivando pressões diversas sobre os atores sociais pela necessidade de ações que deem aos usuários de crack oportunidades de viverem de forma digna e com saúde.

Para que as ações empreendidas sejam efetivas, há necessidade de conhecer de forma mais profunda os problemas relacionados ao uso do crack. A necessidade de conhecimento se estende à importância de capacitar os profissionais que lidam no dia a dia com pessoas que usam crack e seus familiares.

O enfoque traz uma compreensão de que o consumo e os problemas com o crack devem ser entendidos como determinados por múltiplos aspectos da existência humana, inclusive as dimensões biológicas, psíquicas e socioculturais tanto na origem dos problemas como nas propostas de sua abordagem.

### O que é crack?

Neste tópico, você aprenderá a caracterizar e diferenciar o crack de outras drogas.

O crack é uma mistura de cloridrato de cocaína (cocaína em pó), bicarbonato de sódio ou amônia e água destilada, que resulta em pequeninos grãos, fumados em cachimbos (improvisados ou não).

O nome crack é derivado do ruído característico que é produzido pelas pedras quando são decompostas pelo fumo. O crack é, portanto, uma droga que leva a molécula de cocaína ao cérebro.

Vejamos, então, como isso ocorre:

- Após os processos químicos utilizados para extrair a cocaína da folha da coca, produz-se um pó branco (cloridrato de cocaína) que é utilizado por usuários de cocaína, seja mediante inalação nasal ou dissolvida em água para injeção nas veias.
- As diversas formas de administração da cocaína (inalada, injetada ou fumada) têm efeitos distintos no indivíduo. Quando a droga é fumada, faz com que uma grande quantidade de moléculas de cocaína atinja o cérebro quase imediatamente e produza um efeito explosivo, descrito pelas pessoas que o usam como uma sensação de prazer intenso. A droga é, então, velozmente eliminada do organismo e produz uma súbita interrupção da sensação de bem-estar, seguida, imediatamente, por imenso desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga. Essa sequência é vivida pelos usuários, que adquirem um comportamento compulsivo, pois, com frequência, sentem necessidade de procurar meios de usar a droga novamente e, cada vez mais, a vontade se alterna rapidamente.

### Epidemiologia: estudos e pesquisas sobre o crack

Quando analisamos como os diversos tipos de drogas são distribuídos na população brasileira, percebemos que o uso do crack é muito raro, considerando a população como um todo. No entanto, quando se enfoca determinadas parcelas específicas da população, encontramos um consumo cada vez maior.

Por exemplo, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pela **SENAD** em parceria com o **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)**, nas 108 maiores cidades do país, 0,7% da população adulta relataram já ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida, o que significa um contingente de mais de trezentos e oitenta mil pessoas.

A maior porcentagem de uso de crack foi encontrada entre homens, na faixa etária de 25 a 34 anos, que corresponde a 3,2% da população adulta ou cerca de cento e noventa e três mil pessoas. Além disso, a comparação dos resultados do I Levantamento, realizado em 2001, e o II, realizado em 2005, mostrou que houve aumento estatisticamente significativo daqueles que relataram o uso de crack no mês da pesquisa.

Embora usuários de crack se encontrem em todas as regiões do País, as regiões Sul e Sudeste concentram a maior parte dos usuários identificados na pesquisa.

Os estudos que enfocaram estudantes do ensino fundamental e médio, conduzidos entre 1987 e 2004, em São Paulo, e depois no Brasil, encontraram um crescimento do consumo de cocaína nas cidades da região Nordeste (Salvador, Recife e Fortaleza), além de Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Vários estudos foram feitos com estudantes em várias cidades do Brasil encontrando taxas de uso de cocaína, pelo menos uma vez na vida, sempre menores que 3,6%. No entanto, no I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre universitários das 27 Capitais Brasileiras, se somados os percentuais de uso na vida de cocaína, merla e crack, a prevalência é de 9,7%.

Quando a **SENAD**, em parceria com o **CEBRID**, estudou o uso de drogas por meninos e meninas que vivem em situação de rua, encontrou taxas bem maiores: o estudo apontou o uso de cocaína em 45% de crianças e adolescentes no Rio de Janeiro, 31% em São Paulo, e 20% em Recife. O uso frequente de crack foi mencionado em quase todos os Estados, sendo maior em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória, com variação de 15 a 26%.

Toda essa realidade nos impulsiona a compreender mais e mais as razões de crescimento do uso dessa droga e sua ação maléfica no organismo.

Então, como o crack atua no organismo?

### A ação da droga no organismo humano

Neste tópico, você vai analisar as causas das mudanças que ocorrem no organismo humano com o consumo do *crack* e os possíveis tipos de tratamento.

#### a) Sistema Nervoso Central

Quando a cocaína é fumada em forma de crack, o vapor aspirado é rapidamente absorvido pelos pulmões e alcança o cérebro em 6 a 8 segundos.

Quando a droga é injetada nas veias demora de 16 a 20 segundos e, quando cheirada, demora de 3 a 5 minutos para atingir o mesmo efeito. Fumar crack é a via mais rápida de fazer com que a droga chegue ao **cérebro** e, provavelmente, essa é a razão para a rápida progressão da dependência.

#### b) A ação do crack no cérebro

Quando o crack atinge o cérebro, produz sensação de prazer e satisfação. A área do cérebro estimulada pela droga é a mesma que é ativada quando os instintos de sobrevivência e reprodução são satisfeitos, como, por exemplo, quando a pessoa tem satisfação sexual ou quando bebe água para saciar a sede. Esta é uma das principais regiões envolvidas com os quadros de **dependência**. Com o uso de crack, a região cerebral pode ser estimulada enormemente, pois causa sensações de prazer que excedem àquelas experimentadas em situações normais.

A região do cérebro também inclui importantes centros de **memória**, que ajudam a lembrar o que foi feito e o que levou ao estado de prazer. Quando a pessoa faz uso de crack, essas regiões registram memória de

peçoas, lugares, objetos e situações que levaram àquela sensação. Assim, diversos estímulos associados a essas memórias podem ativar o desejo de voltar a experimentar aquela situação prazerosa. Este é o mesmo fenômeno que ocorre quando o indivíduo sente o cheiro de uma comida e seu organismo sofre reações antes mesmo de ele se alimentar.

Outra região do cérebro atingida pelo crack é responsável por atividades relacionadas **à solução de problemas, à flexibilidade mental, ao julgamento moral e à velocidade de processamento de informações**. É onde o cérebro integra as informações e avalia as diversas decisões que pode tomar. Assim, é possível que antes de se tornar dependente, o indivíduo consiga suprimir a urgência originada nas áreas relacionadas à satisfação e à memória do prazer, e escolher se quer ou não usar a droga. Mas uma vez dependente, sua capacidade de julgamento fica prejudicada, tornando-se mais propenso a seguir os estímulos de urgência que levam ao uso da droga.

Com o uso continuado, os efeitos de curto e médio prazo vão se acumulando e permitem o surgimento de efeitos de longo prazo, que podem durar meses ou anos e até mesmo ser irreversíveis.

No próximo item deste estudo, você conhecerá quais as consequências que o consumo de crack provoca em outras regiões do organismo humano.

### c) Danos físicos e psíquicos

Fatores	Descrição
<b>Intoxicação</b>	Os efeitos do crack aparecem quase imediatamente depois de uma única dose. Esses efeitos incluem aceleração do coração, aumento da pressão arterial, agitação psicomotora, dilatação das pupilas, aumento da temperatura do corpo, sudorese, tremor muscular. A ação no cérebro provoca sensação de euforia, aumento da autoestima, indiferença à dor e ao cansaço, sensação de estar alerta especialmente a estímulos visuais, auditivos e ao toque. Os usuários também podem apresentar tonturas e ideias de perseguição (síndrome paranoide).
<b>Dependência</b>	A dependência é uma complicação que pode ocorrer entre usuários de cocaína e crack. A dependência estimada é de 5% a 12% dos que experimentam a droga, se relaciona a problemas pessoais, familiares e sociais bastante graves. Comparando o uso de crack com outras formas de uso da cocaína, há uma proporção maior de uso intenso e de aumento da fissura.
<b>Abstinência</b>	Os sintomas de abstinência começam a aparecer de 5 a 10 minutos após o uso. Os sintomas principais são fadiga, desgaste físico, prostração, tristeza, depressão intensa, inquietação, ansiedade, irritabilidade, sonhos vívidos e desagradáveis e intensa vontade de usar a droga (fissura). O auge da abstinência ocorre em 2 a 4 dias. As alterações do humor podem durar meses.
<b>Efeitos do crack</b>	Os principais efeitos do uso do crack são decorrentes da ação local direta dos vapores gerados em alta temperatura pela queima da droga (como queimaduras e olhos irritados) e dos efeitos farmacológicos da substância. Os efeitos farmacológicos incluem a ação da droga sobre a dopamina e a noradrenalina, com intensa estimulação do sistema nervoso e cardiovascular.
<b>Vias aéreas</b>	O pulmão é o principal órgão exposto aos produtos da queima do crack. Os sintomas respiratórios agudos mais comuns são: tosse com produção de escarro enegrecido, dor no peito com ou sem falta de ar, presença de sangue no escarro e piora de asma. O escarro escuro é característico do uso e é atribuído à inalação de resíduos de carbono de materiais utilizados para acender o <i>crack</i> .
<b>Coração</b>	O uso do <i>crack</i> provoca o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial; podem ocorrer isquemias e infartos agudos do coração. A ocorrência de isquemia não está relacionada à quantidade consumida, à via de administração ou à frequência de uso. Há ainda risco de arritmias cardíacas e problemas no músculo cardíaco.

<b>Sistema Nervoso</b>	O uso de crack pode resultar em uma variedade de manifestações neurológicas, inclusive acidente vascular cerebral (derrames cerebrais), dor de cabeça, tonturas, inflamações dos vasos cerebrais, atrofia cerebral e convulsões.
<b>Trato Digestório</b>	Os sintomas mais comuns são náusea, dor abdominal e perda de apetite.
<b>Olhos</b>	O uso do crack provoca o risco de infecções oculares e de lesões na córnea. Alguns fatores predis põem a esse quadro: a fumaça tem efeito tóxico direto sobre a córnea (parte externa do olho), as propriedades anestésicas reduzem o reflexo de piscar e a exposição repetida à fumaça da droga pode provocar queimaduras químicas.
<b>Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS</b>	O consumo de crack e cocaína tem sido associado diretamente à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Os comportamentos de risco mais frequentemente observados são o número elevado de parceiros sexuais, o uso irregular de camisinha e troca de sexo por droga ou por dinheiro para compra de droga. As mulheres usuárias de crack têm mais relações sexuais em troca de dinheiro ou droga em relação a usuárias de outras drogas e se expõem a riscos com maior frequência. Deve ser considerada a vulnerabilidade social a que muitas delas estão expostas. Vale ressaltar que existe possibilidade de transmissão de HIV por meio de lesões orais e labiais causadas pelos cachimbos. O uso de crack também tem sido associado diretamente a outras doenças sexualmente transmissíveis, como gonorreia, sífilis e HTLV1, entre outras.
<b>Fome, sono e sexo</b>	O uso de crack pode diminuir temporariamente a necessidade de comer e dormir. Muitas vezes, os usuários saem em “jornadas” em que consomem a droga durante dias seguidos. Frequentemente, a alimentação e o sono ficam prejudicados, e ocorre processo de emagrecimento e esgotamento físico. Os hábitos básicos de higiene também podem ficar comprometidos. O crack pode aumentar o desejo sexual no início, porém, com o uso continuado da droga, o interesse e a potência sexual diminuem.
<b>Associação com bebidas alcoólicas</b>	Se o crack for fumado associado ao consumo de bebidas alcoólicas, as duas substâncias podem se combinar formando a cocaetileno. Essa substância tóxica produz um efeito mais intenso que o crack e aumenta o risco de complicações fatais.
<b>Intoxicação por metal</b>	Quando o consumo de crack é feito em latas, além do vapor da droga, o alumínio se desprende com o metal facilita da lata aquecida e também é aspirado. O alumínio é um metal que se espalha pela corrente sanguínea e é capaz de causar danos ao organismo decorrentes da intoxicação pelo alumínio.
<b>Outros</b>	Várias situações já foram relacionadas ao uso de <i>crack</i> , como lesões do fígado, dos rins, dos músculos e queimaduras em mãos, boca, nariz e rosto.

#### d) Alterações cognitivas

Vimos, neste estudo, que o crack afeta o cérebro de diversas maneiras. A ação vasoconstritora (contração dos vasos sanguíneos) diminuiu a oxigenação cerebral alterando-o tanto estruturalmente como funcionalmente.

O uso do crack também prejudica as habilidades cognitivas (**inteligência**) envolvidas especialmente com a **função executiva e com a atenção**. Esse comprometimento altera a capacidade de solucionar problemas, a flexibilidade mental e a velocidade de processamento de informações.

Alguns efeitos se reverteram rapidamente e outros persistem por semanas mesmo depois da droga não ser mais detectável no cérebro. A reversibilidade dos efeitos com a abstinência prolongada ainda é incerta. As alterações cognitivas devem ser consideradas no plano de tratamento dos pacientes.

O prejuízo cognitivo pode interferir na adesão dos pacientes ao tratamento proposto e na elaboração de estratégia de enfrentamento de situações de risco.

Vejamos a seguir outras situações de comprometimento da função do organismo humano.

### e) Quadros psiquiátricos

A presença de outro diagnóstico psiquiátrico (comorbidade<sup>10</sup>) é comum entre usuários de cocaína e crack.

A comorbidade pode ser tanto em relação a problemas relacionados a outras substâncias (álcool, maconha) como em relação a outros quadros psiquiátricos: *transtornos de personalidade, quadros depressivos, níveis mais altos de ansiedade, instabilidade do humor, ideias paranoides ou mesmo quadros psicóticos francos, com delírios e alucinações*. Sintomas agressivos estão mais relacionados ao uso de crack que a outras vias de uso da cocaína.

A presença de uma comorbidade aumenta a gravidade do quadro de uso de substâncias e da comorbidade. Estudos recentes também têm relatado dificuldades entre pacientes em abstinência de cocaína na “regulação das emoções”, que se refere à capacidade de entender e integrar as emoções com outras informações cerebrais e com o controle de impulsos.

### f) Consequências sociais

Um estudo realizado no município de São Paulo demonstrou que a taxa de mortalidade entre usuários de crack foi de 18%, o que representou um percentual 7 vezes maior do que da população em geral da cidade (2,5%). A maioria que morre é homem e com menos de 30 anos.

### g) Abordagens Terapêutica e Psicossocial

O tratamento da dependência do crack reside, em sua maior parte, em abordagens **psicoterápicas e psicossociais**.

#### ■ Terapêutica

Nessa área, deve ser feita uma avaliação abrangente, com base na motivação do paciente para o tratamento, seu padrão de uso da droga, comprometimentos funcionais, problemas clínicos e psiquiátricos associados. Informações de familiares e amigos podem ser acrescentadas no tipo de tratamento. Condições médicas e psiquiátricas associadas também devem ser tratadas de maneira específica.

#### ■ Farmacoterapia

Estudos sobre o tratamento de dependência de drogas existentes até o momento não diferenciam as formas de apresentação ou de uso das drogas. Atualmente, não existe nenhuma medicação aprovada especificamente para o tratamento da dependência da cocaína.

É importante lembrar que, embora não existam, no momento, medicações que diminuam a vontade de usar o crack, a prescrição de medicações pode ser indicada para o tratamento de intoxicações, sintomas da abstinência e, principalmente, para o tratamento das comorbidades. Assim, se um usuário de *crack* melhora de um possível quadro depressivo com o uso de um antidepressivo, ele tem melhor resultado no tratamento da dependência do crack.

#### ■ Psicossocial

Para que as ações sejam eficazes no tratamento à dependência de crack, é essencial compreender que as abordagens terapêuticas incluem não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas também ações que privilegiem o contexto cultural e socioemocional dos indivíduos envolvidos.

A reabilitação psicossocial é uma dessas abordagens terapêuticas e pode ser compreendida como um conjunto de estratégias adotadas com o objetivo de aumentar as possibilidades de trocas de recursos e de afetos e que, só a partir de uma dinâmica de trocas, se cria um efeito habilitador.

---

<sup>10</sup> Presença ou associação de duas ou mais doenças no mesmo paciente.

Como já foi mencionado anteriormente, não há medicações que por si sós tratem a dependência do crack. Tanto para o tratamento e reinserção social como para as atividades de prevenção, é indispensável realizar atividades que aumentem essas trocas, e, conseqüentemente, a vinculação dos usuários aos serviços e profissionais de saúde, como disponibilizar acolhimento aos usuários ausentes do tratamento, ter um profissional de referência para o usuário, de modo que ele possa recorrer a esse profissional sempre que necessitar, além de cumprir sua agenda de tratamento, ter serviços que ofereçam leitos de retaguarda para evitar recaídas em situações de maior vulnerabilidade para o usuário, dentre outras. Também, é importante saber que os usuários de crack procuram, mais frequentemente, tratamento em serviços informais (como grupos de ajuda mútua). Para isso, contam com pessoas que conhecem os problemas com o crack e as necessidades dos usuários.

Intervenções psicossociais podem acontecer concomitantes ou não ao uso de medicações. Sem prescrição de medicações, mas com aconselhamento, tais intervenções têm boa relação custo benefício para pacientes sem complicações.

Em pacientes com quadros mais graves de dependência, abordagens farmacológicas e psicoterapêuticas individuais ou em grupos são bastante eficientes.

Pacientes com múltiplas necessidades, como outras doenças psiquiátricas associadas ao uso de drogas (comorbidades), respondem melhor à abordagem em grupo com um esquema intensivo e com atividades práticas.

Como o uso de álcool associado é muito comum nesses casos, bem como os problemas familiares, psicológicos e físicos, é importante que as intervenções psicossociais também abordem esses problemas adicionais, pois são determinantes na evolução do tratamento.

Muitos usuários veem um lugar para o tratamento como um primeiro passo para a abstinência. Por isso, locais que oferecem tratamentos para outros problemas como unidades básicas de saúde, ambulatórios, de especialidade, serviços de emergência e serviços de assistência social são uma ótima fonte de informações sobre a rede de tratamento para a dependência de álcool e outras drogas.

Há múltiplos serviços que os usuários podem acessar sem agendamento prévio, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), redes de usuários, grupos de ajuda mútua, como os Narcóticos Anônimos (NA), e serviços de informações sobre drogas pelo telefone, como é o VIVAVOZ (132). Esses dispositivos podem ser usados para aumentar o acesso ao tratamento.

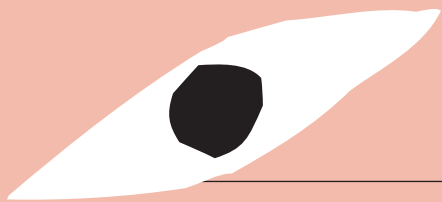


## Referências

- ANDRADE, A. G.; NISCATRI, S.; TONGUE, E. *Drogas: Atualização em Prevenção e Tratamento Curso de Treinamento em Drogas para Países Africanos de Língua Portuguesa*. São Paulo: Editora Lemos, 1993.
- BEEDER, A. B.; MILLMAN, R. B. Patients with psychopathology. In: LOWINSON, J. H. (Org.). *Substance Abuse: a Comprehensive Textbook*. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. p. 551-562.
- CARLINI, E. A. et al. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, 2002.
- \_\_\_\_\_. *Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras – 2003*. Brasília: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.
- \_\_\_\_\_. *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004*. Brasília: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.
- \_\_\_\_\_. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. Brasília: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.
- CASTELLS, X. et al. Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 17(2), CD007380, 2010.
- CHEN, C. Y.; ANTHONY, J. C. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. *Psychopharmacology* (Berl). 172(1), 2004, p. 78-86.
- CRUZ, M. S. Cocaína. In: *Tá na roda, uma conversa sobre drogas*. São Paulo: SEE/SP, FRM, 2003.
- \_\_\_\_\_. O crack e sua espiral compulsiva. *O Estado de São Paulo*, 2009, p. J5.
- DACKIS, C. A.; O'BRIEN, C. P. Cocaine dependence: a disease of the brain's reward centers. *J Subst Abuse Treat*. 21(3), 2001, p. 111-7.
- DE OLIVEIRA, L. G. et al. Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. *Subst Use Misuse*. 44(13), 1941-57, 2009.
- DI SCLAFANI, V. et al. Neuropsychological performance of individuals dependent on crack-cocaine, or crack-cocaine and alcohol, at 6 weeks and 6 months of abstinence. *Drug Alcohol Depend*. 66(2), 2002, p. 161-71.
- FALCK, R.S. et al. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *J Nerv Ment Dis*. 192(7), 2004, p. 503-7.
- FOX, H. C. et al. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug Alcohol Depend*. 89(2-3), 2007, p. 298-301.
- GALLOWAY, G. P. Anabolic-androgenic steroids. In: LOWINSON, J. H.; et al (Org.). *Substance Abuse: a Comprehensive Textbook*. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. p. 308-318.
- GOLDER, S.; LOGAN, T. K. Correlates and predictors of women's sex trading over time among a sample of out-of-treatment drugs abusers. *AIDS Behav*. 11(4), 2007, p. 628-40.
- GREDDEN, J. F.; WALTERS, A. Caffeine. In: LOWINSON, J. H.; et al (Org.). *Substance Abuse: a Comprehensive Textbook*. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. p. 294-307.
- HAIM, D.Y. et al. The pulmonary complications of crack cocaine. A comprehensive review. *Chest*. 107(1), 1995, p. 233-40.
- HOFF, A. L. et al. Effects of crack cocaine on neurocognitive function. *Psychiatry Res*. 60(2-3), 1996, p. 167-76.



- LEITE, M. C. et al. *Cocaína e Crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1999.
- LIMA, M. S de; FARRELL, M.; LIMA Reisser, A. A.; SOARES, B. Withdrawn: antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 17(2) CD002950, 2010.
- MAGALHÃES, M. P.; BARROS, R. S.; SILVA, M. T. A. Uso de drogas entre universitários: a experiência da maconha como fator delimitante. *Rev. ABP-APAL*. v.13(3), 1991, p. 97-104.
- MASUR, J.; CARLINI, E. A. *Drogas – Subsídios para uma Discussão*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- MINAYO, M. C. S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*. 10(1), 1994, p. 7-18.
- MINOZZI, S. et al. Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 16(2), CD006754, 2008.
- NATIONAL TREATMENT AGENCY FOR SUBSTANCE MISUSE (NHS) *Commissioning cocaine/crack treatment*. Research into practice: 1b. Commissioners' briefing. London: National Treatment Agency, 2002.
- NESTLER, E. J. The neurobiology of cocaine addiction. *Sci Pract Perspect*. 3(1), 2005, p. 4-10.
- NUNES, C.L. et al. Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack cocaine users in Salvador-Bahia, Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 11(6), 2007, p. 561-6.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1993.
- PECHANSKY, F. et. al. Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 29(1), 2007, p. 39-42.
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. *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 – HCFMUSP. Brasília, 2010.
- RAMÔA, M. *O grupo de auto-ajuda em dois contextos: alcoolismo e doença mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.
- \_\_\_\_\_. *A Desinstitucionalização da Clínica na Reforma Psiquiátrica: um estudo sobre o projeto CAPS ad*. Tese (Doutorado) – Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- SACHS, R.; ZAGELBAUM, B. M.; HERSH, P. S. Corneal complications associated with the use of crack cocaine. *Ophthalmology*. 100(2), 1993, p. 187-91.
- SCHMITZ, J. M.; SCHNEIDER, N. G.; JARVIK, M. E. Nicotine. In: LOWINSON, J. H.; et. al. (Org.). *Substance Abuse: a Comprehensive Textbook* 3. Ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. p. 276-294.
- SILVA, N. G. *Fatores associados à infecção por HIV entre trabalhadoras do sexo na cidade de Santos*. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- SOARES, B. et al. Withdrawn: Dopamine agonists for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 17(2) CD003352, 2010.
- TREADWELL, S. D.; ROBINSON, T. G. Cocaine use and stroke. *Postgrad Med J*. 83(980), 2007, p. 389-94.
- VOLKOW, N. D. Cocaine: abuse and addiction. *Research Report Series*. National Institute on Drug Abuse 9 (4166), 1-8, 2009. Disponível em: <<http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Cocaine/Cocaine.html>>. Acesso em: 10 jun. 2010.
- WILSON, T.; DEHOVITZ, J. A. STDs, HIV, and crack cocaine: a review. *AIDS Patient Care STDS*. 11(2), 1997, p. 62-6.



# Anotações

## Unidade 6



### As relações com as drogas e as diferentes abordagens

Ao final desta unidade você deverá ser capaz de:

- Diferenciar os tipos de envolvimento do indivíduo com as drogas.
- Identificar formas de abordagem dos usuários de drogas de acordo com suas consequências e contexto.

## O QUE ABORDAREMOS NESTA UNIDADE?

### Conheça a sequência didática:

Temática: As relações com as drogas e as diferentes abordagens

Vídeo: *Fogo na escola*

Texto:

Diferentes relações com as drogas: abordagens na adolescência

Exercício objetivo

Fórum de conteúdo:

Discutindo situações-problema



### Destaques do tema

Para haver uma atuação educativa eficaz, os pais ou educadores devem identificar:

- a) O tipo de droga consumida.
- b) A relação do adolescente com a droga.
  - Ao se defrontar com uma situação de abuso de drogas, é importante oferecer ajuda e dispor-se a buscar com o adolescente o encaminhamento da situação.
  - Posturas “apavoradas” ou punitivas com adolescentes podem provocar reações que dificultam o relacionamento com os adultos e o diálogo educativo.
  - Na escola, é possível favorecer a construção de projetos de vida ao agirmos para que ela se torne um espaço de participação, realização e criação, e não de fracasso ou exclusão.



Durante esta unidade, você poderá aprofundar os seus conhecimentos sobre o assunto e refletir com seus colegas de curso e da escola, e também, com o tutor sobre os temas tratados. Aproveite para conferir o seu aprendizado realizando os exercícios objetivos disponíveis na plataforma. Realize também, de forma colaborativa, as atividades coletivas previstas. Bom trabalho!



### Assista ao vídeo 6 – *Fogo na escola*

Inicie a unidade assistindo ao vídeo 6, que trata da importância de considerar os diferentes níveis de envolvimento do usuário com as drogas, ou seja, os níveis de consumo, e também da importância de analisarmos as diversas variáveis que formam o contexto em que o uso de drogas se faz presente.

### Resumo do vídeo – *Fogo na escola*

*No aniversário de uma colega, Nico leva bebida alcoólica para a escola numa garrafa de refrigerante. Ele bebe e passa mal, é socorrido por colegas e por um funcionário, que o carrega nos braços para ser levado a um hospital. A escola se mobiliza para resolver essa emergência. Nesse contexto, observa-se a visão preconceituosa de uma colega que não se surpreende com o fato, justificando que Nico é filho de um alcoolista. Os demais colegas contestam a falta de respeito e cobram uma postura mais humana dessa colega.*

*Entre os professores, o incidente com um aluno embriagado promove reflexões e dúvidas sobre a gravidade de seu envolvimento com álcool: será que Nico tem bebido com frequência? Está passando por alguma crise? O evento serve para ampliar a conscientização dos educadores sobre os padrões de consumo de drogas pelos alunos da escola como um todo.*

Esses dados levam a escola a analisar o episódio, para oferecer ao aluno a ajuda necessária.

É importante identificar o grau de envolvimento do adolescente com as drogas, a fim de se avaliar o tipo de consumo (uso, abuso, dependência) e as situações de risco relativas ao contexto em que ocorre.

### Para refletir



Aproveite este momento e, com seu grupo, discuta as questões a seguir:

- De que maneira um professor deve agir ao tomar conhecimento de que seu aluno faz uso de drogas?
- Como sua escola tem abordado alunos que trazem drogas para a escola?

Agora leia o texto seguinte para aprofundar seus conhecimentos sobre o assunto.

## DIFERENTES RELAÇÕES COM AS DROGAS: ABORDAGENS NA ADOLESCÊNCIA

*Helena Maria Becker Albertani*



Muitas vezes, os pais ou os educadores recebem a informação de que um adolescente “está usando drogas” e, antes mesmo de saber de que tipo de uso se trata, ficam aflitos na busca de medidas a adotar.

Para atuar diante de um fato como esse, é necessário examinar cuidadosamente a situação. É preciso esclarecer de que droga se trata, em que circunstâncias e intensidade o uso é feito e qual o significado dele para o adolescente. Cigarro? Crack? Álcool? Cafeína? Inalante? Maconha?

Os efeitos de cada uma dessas substâncias são diferentes, assim como a condição e o sentido delas dentro da nossa sociedade. Generalizar como se todas as drogas e todos os usos fossem iguais não ajuda muito.

É importante considerar qual é a relação que o adolescente estabelece com a droga consumida.

## Abstinência

Antes do primeiro uso, dizemos que a relação da pessoa com a substância é de **abstinência**. As pessoas não usam todas as drogas, menos ainda ao mesmo tempo. É possível ser usuário de álcool e abstinente de cocaína ou ter experimentado inalantes e nunca ter colocado um cigarro de tabaco na boca.

Ao pensarem nos objetivos de um trabalho de prevenção, muitos educadores afirmam que sua intenção é de que os adolescentes “não usem drogas”, isto é, sejam “abstinentes”, sem se referirem a uma situação específica. Essa postura, além de irrealista, revela a posição de que qualquer consumo de qualquer droga é prejudicial.

Na realidade, em razão da fase de desenvolvimento físico e emocional dos adolescentes, não é descabido dizer que o ideal é que, em princípio, eles não façam uso de drogas. Mas, se o uso de álcool, tabaco ou qualquer das drogas ilícitas pode gerar problemas nessa etapa da vida, também é verdade que essa postura radical excluiria o consumo moderado de café, de alguns refrigerantes e mesmo de certos medicamentos, prescritos por médicos.

A experiência mostra que, quanto mais cedo uma pessoa começa a usar drogas, mais possibilidades tem de ter problemas com elas. Por essa razão, constitui um ganho significativo evitar o consumo pelos adolescentes e procurar retardar ao máximo o início do uso, ou seja, retardar a experimentação.

Apesar disso, devemos reconhecer e considerar que, de fato, o uso de algumas drogas já faz parte da vida de muitos adolescentes e, por esse motivo, é preciso encarar a situação de frente. Mesmo os jovens que revelam um consumo experimental e recreativo precisam receber orientação para que reflitam sobre as consequências desse comportamento e procurem reduzir os riscos e danos a ele associados.

## Adolescência: curiosidades e experiências com drogas

São próprias dessa fase a busca de identidade e a curiosidade, que incluem a realização de múltiplas experiências. As ações para alcançar esses objetivos não têm, em geral, a intenção de adotar um comportamento, mas de viver uma situação para conhecer, sentir e integrar-se. E isso também ocorre com o consumo de substâncias psicotrópicas. Um jovem não se torna “usuário” de uma determinada droga de uma hora para outra. Existe um momento de **experimentação**, que pode ou não dar origem ao uso sistemático.

Evidentemente, nenhuma pessoa pode realizar todas as experiências que deseja unicamente para testar sua capacidade, seu gosto ou seus limites. Entretanto, muitos comportamentos dos jovens, vistos como sinal de rebeldia ou até como problemáticos, são manifestações de uma fase pela qual estão passando, dentro de um contexto histórico.

A grande maioria dos jovens que, em algum momento, faz uso de determinadas drogas não passa ao uso frequente ou abusivo.

Pesquisa realizada entre estudantes universitários, por exemplo, revelou que cerca de 28% deles haviam usado inalantes, pelo menos uma vez na vida, e 1% passou ao uso frequente. No caso da maconha, em que o uso experimental foi de 20%, o uso frequente ficava em 2%.

O uso esporádico também acarreta riscos, mas a experimentação não é um caminho determinante de uso contínuo ou abusivo. Posturas “apavoradas” ou punitivas com adolescentes podem provocar reações de oposição, rebeldia ou agressividade que dificultam o relacionamento com os adultos e o diálogo educativo.

Convém lembrar, entretanto, que, em certas situações, um único uso de uma droga pode ter consequências prejudiciais. O uso mesmo experimental de um inalante ou solvente, por exemplo, pode causar parada cardíaca em quem esteja usando a substância pela primeira vez.

A experiência de consumo de uma droga pode levar ao desejo de repeti-la com alguma periodicidade – **uso esporádico**, ou com frequência – **uso frequente**. Essas situações podem não trazer um problema, mas não são isentas de riscos. Um clássico exemplo disso ocorre quando a pessoa, após algumas experiências com bebidas, passa a ter um consumo moderado de álcool, em quantidades toleráveis, dentro de condições seguras como beber apenas em ocasiões sociais, alimentar-se antes de beber, não dirigir sob o efeito da bebida, evitar brigas e agressões etc.

## Situações de risco

Os riscos maiores ou menores do uso de uma substância dependem, além do contexto em que ela está sendo consumida, das características da pessoa e da própria droga.

Uma pessoa com problemas respiratórios, por exemplo, pode ter problemas de saúde mais acentuados com o cigarro, enquanto aquele que está atravessando um momento difícil de vida (perda de um ente querido, rompimento de uma relação amorosa, insucesso num empreendimento), e decide beber para “esquecer”, pode sofrer efeitos mais intensos e danos maiores com doses antes seguras de bebida. Alguém, por exemplo, que está comemorando uma conquista muito significativa pode estar tão eufórico que não mede a quantidade que bebe e assume outros comportamentos de risco como andar distraidamente pela rua ou participar de discussões ou brigas.

## Diversidade de problemas

Os problemas decorrentes do uso dependem também do tipo de droga consumida. Algumas drogas produzem prazer intenso e passageiro como o crack, por exemplo, e isso pode levar a pessoa a repetir mais rápido ou frequentemente o uso. Aquelas proibidas por lei, como a maconha, trazem a possibilidade de problemas com a polícia. Há as vendidas quase sem nenhum controle, como o cigarro, o que favorece o consumo exagerado. Há ainda aquelas que dependem do tráfico e acarretam o risco de envolvimento com a violência.

## Delimitação dos estágios de consumo

As fronteiras entre cada estágio de consumo não são tão claramente definidas e a sequência de uma para outra não é algo inevitável nem irreversível.

O uso não problemático pode, portanto, tornar-se **abuso (ou uso inadequado)**, conforme a pessoa, a droga ou a ocasião. Uma pessoa que usou exageradamente e teve problemas com uma determinada substância pode perceber os riscos (ou ser alertada) e diminuir seu consumo a índices adequados ou mesmo tornar-se abstinente.



## Abordagem adequada: oferecer ajuda

Ao se defrontar com uma situação de abuso de drogas, a pior forma de abordagem é o confronto e o sermão. Qualquer pessoa, especialmente um adolescente, precisa estar motivado para mudar seus comportamentos.

Ignorar o problema, tentar diminuir as consequências dele ou não demonstrar preocupação não ajudam a pessoa a perceber os riscos que corre ou os danos que sofre com o consumo inadequado de uma substância. Além de expressar preocupação com os efeitos prejudiciais que já estão ocorrendo, é importante oferecer ajuda e dispor-se a buscar com a pessoa o encaminhamento da situação.

## O que é dependência?

O uso abusivo não significa necessariamente a **dependência**. Caracteriza-se a dependência pela dificuldade de a pessoa parar ou diminuir o consumo pela simples decisão própria, sem o recurso de ajuda externa, seja de um especialista, de um medicamento ou de outras pessoas.

A dependência inclui fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos e leva o indivíduo a dar prioridade ao uso da droga em detrimento de outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma das características centrais da dependência é a “fissura” ou o desejo irresistível de consumir a substância.

A pessoa não se torna dependente de uma hora para outra. Existe um processo entre os diferentes níveis de consumo, no qual é possível transitar de um lado para o outro, voltar a níveis anteriores, estacionar em algum, recair, retroceder e avançar.

### Síndrome de dependência

Muitas vezes, ao serem apontados ao adolescente os riscos que corre em razão do uso de alguma droga, ele reage afirmando que “não tem problema porque não é dependente”.

De fato, a grande maioria dos adolescentes e mesmo dos adultos que consomem alguma substância psicotrópica não é dependente dela. Isso não significa, no entanto, que esse uso não esteja causando problemas para a sua saúde física ou mental ou para a sua vida em sociedade.

**É necessário avaliar as consequências de qualquer uso de drogas.**

A identificação da dependência está atrelada a uma gama de fatores que se revela mediante alguns comportamentos a serem observados em seu conjunto. Por essa razão, em vez de se falar da dependência de drogas como uma doença, adotamos a referência à “**síndrome de dependência**”, ou seja, **um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o repetido consumo de uma substância psicoativa**.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, considera-se dependente de uma droga a pessoa que apresenta três ou mais das seguintes manifestações:

- forte desejo de consumir a droga;
- dificuldade de controlar o consumo (por exemplo, quanto à hora em que começa ou para de fazê-lo, quanto à quantidade etc.);
- utilização persistente da droga apesar das suas consequências prejudiciais;
- maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades ou obrigações;
- aumento da tolerância à droga (necessidade de doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito);
- síndrome de abstinência (sintomas corporais como dores, tremores ou outros, que ocorrem quando o consumo da droga é interrompido ou diminuído).

Durante muito tempo, a dependência de álcool ou de outras drogas foi considerada dentro de uma visão moralista segundo a qual a pessoa se tornava dependente por falta de caráter.

Hoje, admite-se que o desenvolvimento da dependência inclui fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, culturais, sociais, enfim, passou-se a perceber o caráter multidisciplinar e complexo da síndrome de dependência.

Com base nessa concepção, o dependente pode ser visto como alguém que necessita de ajuda e a quem deve ser disponibilizada uma rede de serviços que proporcionem sua recuperação e sua reinserção social, caso esteja se afastando de suas relações sociais significativas.

### Uso de drogas e o contexto social

Teorias mais recentes ampliam o foco do indivíduo para o contexto de suas relações. Nessa perspectiva, é importante considerar a qualidade das relações que a pessoa estabelece nos diferentes domínios da vida, como a família, a escola, o trabalho e a comunidade.

Os fatores de risco e de proteção do uso indevido de drogas estão presentes em todos esses ambientes e, por isso, o dependente de drogas ou o usuário que está encontrando problemas deve ser visto na sua interação com eles e o seu tratamento deve buscar a formação de uma rede de apoio que coloque diferentes profissionais em conexão.



Aqueles que têm a intenção de interferir no uso de drogas dos adolescentes, seja prevenindo que o comportamento se instale, seja diminuindo-o ou eliminando-o, precisam ter uma visão ampla da situação.

O uso de drogas não é um fenômeno individual, nem uma decisão pessoal isolada de um contexto social. Ao longo da história da humanidade, o uso de substâncias que alteram a consciência esteve e está presente praticamente em todas as sociedades.

Além dos fatores sociais amplos, as decisões individuais também são influenciadas por fatores internos e experiências relacionais com a família, com os pares, com a escola e com a comunidade mais próxima.

Numa dimensão mais ampla, as condições sociais como o desemprego, a discriminação, o empobrecimento, a violência, assim como a disponibilidade de acesso às drogas são fatores importantes na configuração do abuso de drogas.

### **Vulnerabilidade do adolescente**

Além dos fatores que acabamos de apresentar, existem aspectos pessoais e vivenciais que tornam o adolescente mais vulnerável a envolver-se em comportamentos de risco:

- baixa autoestima;
- falta de autoconfiança;
- dificuldade de tomar decisões;
- fatores biológicos;
- conflitos familiares e violência doméstica;
- fracasso ou exclusão escolar;
- regras e sanções ambíguas ou inconsistentes na família ou na escola;
- falta de vínculos afetivos com a comunidade;
- falta de consciência dos efeitos das drogas;
- ausência de participação social e de um projeto de vida.

Muitas crianças e adolescentes sofrem discriminações, violências diversas, exclusão escolar, incompreensão e abandono. Isso pode ocorrer em qualquer situação socioeconômica em que eles se encontrem.

O que leva alguém a enfrentar essas situações de uma forma mais destrutiva ou construtiva, muitas vezes, está em pequenas (ou grandes) coisas que fazem a diferença.

### **Prevenção: condições favoráveis**

Uma pesquisa sistemática analisou crianças de diferentes extratos sociais e etnias, expostas a significativas adversidades e estresse nas suas vidas, que conseguiram evitar padrões de fracasso escolar, abuso de drogas e delinquência juvenil.

Identificaram-se os seguintes “fatores-chave”, que estavam presentes na vida dessas crianças:

- relacionamento afetivo fortalecido com ao menos um adulto significativo;
- comunicação consistentemente clara de altas expectativas para a criança;
- oportunidades para participar e contribuir significativamente para o seu meio social.

A prevenção do uso de drogas não é uma questão unicamente individual e não existem soluções mágicas ou “certas”, mas esses três fatores revelam condições favoráveis à realização de escolhas saudáveis e realizadoras por crianças e adolescentes e têm como consequência a possível diminuição da adoção de comportamentos arriscados.

## Escola, espaço de construção de projeto de vida

As relações das pessoas com as drogas são muito variadas. Nem todo usuário é alguém problemático que precisa de um tratamento. Convém admitir, no entanto, que, muitas vezes, alterar as condições de vida é a única maneira de reverter o consumo abusivo. Exemplo disso é o uso de inalantes entre as crianças em situação de rua para aplacar a fome.

Na escola, é possível favorecer a construção de projetos de vida, ao interferirmos pontualmente naquilo que está ao nosso alcance como criar condições para que a escola se torne um espaço de participação, realização e criação, e não de fracasso ou exclusão. Cabe à escola oferecer situações instigantes como parte de seu processo educativo que respondam às necessidades e motivações do adolescente.

## Considerações finais

A forma de abordar e discutir a questão do uso de droga com um adolescente será tanto mais eficaz quanto mais estiver relacionada com a avaliação do nível de consumo em que ele se encontra e com a avaliação das motivações e das condições do uso.

De qualquer forma, é importante que a abordagem se faça em um clima tranquilo, sem acusações ou preconceitos e se pautar no diálogo e na reflexão sobre o significado do uso da droga, as consequências que ela provoca e a possibilidade da adoção de comportamentos favoráveis a uma vida saudável.

## Referências

ALBERTANI, H. M. B. Usos, motivos, abordagens. In: FUNDAÇÃO ROBERTO MARINHO. *Tá na roda – uma conversa sobre drogas*. São Paulo: SEE-SP, 2003.

CARLINI, Beatriz. *Drogas: Mitos e verdades*. São Paulo: Ática, 1997.

KRAUS, D. *Best Practices in Substance Abuse Prevention*. New Orleans: Xerox, 2000.

MEDINA, M. G.; SANTOS, D. N.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia do Consumo de Substâncias Psicoativas. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 161-179.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10*. São Paulo: EDUSP, 1995.

SEIBEL, S. Conceitos Básicos e Classificação Geral das Substâncias Psicoativas. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 1-6.

## Unidade 7



## O uso de drogas no Brasil

Ao final desta unidade, você deverá ser capaz de:

- Contextualizar o consumo de drogas na realidade epidemiológica brasileira.

## O QUE ABORDAREMOS NESTA UNIDADE?

### Conheça a sequência didática:

Temática: O uso de drogas no Brasil

Vídeo: *Quando falta calor*

Texto:

O consumo de drogas psicotrópicas na sociedade brasileira

Exercício objetivo

Fórum de conteúdo:

Discutindo situações-problema



### Destaques do tema



- No cenário epidemiológico do consumo de drogas no Brasil, destaca-se a predominância das drogas lícitas (álcool e tabaco) tanto por adultos como pelos adolescentes estudantes das escolas públicas.
- O consumo de bebidas alcoólicas pelos adultos constitui fator de risco para os adolescentes e jovens que encontram como exemplo e referência um contexto de estímulo e de tolerância a esse consumo, sem conscientização dos prejuízos atrelados ao hábito de beber pelas famílias e pela sociedade.
- Face à oferta para o consumo de drogas, uma ação preventiva importante é a construção de posturas reflexivas e críticas sobre as experiências e o desenvolvimento de habilidades para realizar opções em favor de uma vida saudável.
- O trabalho preventivo nas escolas representa um desafio aos educadores na medida em que a oferta e os estímulos para o consumo de drogas são uma constante na vida dos jovens.
- Os dados epidemiológicos apontam para um cenário nacional no qual a prevenção do uso de álcool e outras drogas exige um amplo trabalho de conscientização, incluindo as famílias e a comunidade.
- O consumo de drogas por estudantes apresenta correlações com questões de aprendizagem que podem e devem ser observadas pelos educadores, no cotidiano da sala de aula.

Nesta unidade, aproveite para conhecer um pouco mais sobre a questão das drogas no Brasil. Reflita com seus colegas de curso e da escola sobre o assunto. Converse com seu tutor sobre as atividades previstas. Continue seus estudos e tenha um bom aproveitamento dos conceitos, informações e discussões sobre os textos.



### Assista ao vídeo 7 – *Quando falta calor...*

Comece esta unidade assistindo ao vídeo 7, que retrata como o consumo de drogas de algum membro da família afeta todas as pessoas que fazem parte do sistema familiar.

Entre as drogas consumidas no nosso país, a que mais danos sociais tem causado é o álcool. Em continuidade ao programa de estudos sobre Prevenção do Uso de Drogas, vamos conhecer dados estatísticos que mostram que o consumo de drogas lícitas é significativamente maior do que o das demais.

### Resumo do vídeo – *Quando falta calor...*

*Destaca-se, no enredo do vídeo, a situação pela qual Pedro passava: o pai do estudante embriagava-se e discutia com a esposa. Um dia, o estudante chamou a polícia e o pai foi preso por ter espancado a mãe. A partir disso, a mãe caiu em depressão e ocorreu a sua demissão do emprego. Ela passou a culpar o filho por todos os problemas da família. O estudante se ressentiu, e o rendimento na escola foi prejudicado. Nesse enredo de tantos prejuízos pela condição familiar do estudante, fica destacado o contexto da frequência do alcoolismo nas famílias brasileiras e a importância do trabalho preventivo que também possa incluir a família.*

Nesse episódio é possível verificar o quanto o consumo abusivo de álcool pelo pai trouxe transtornos tanto para a família quanto para o aluno na sua vida escolar.

O rendimento escolar é consequência de vários fatores e os profissionais de educação devem estar atentos e investigar o desempenho do aluno. Isso é bem demonstrado no vídeo, que trata sobre o apoio que a escola deve dar ao estudante.

### Para refletir



O vídeo de hoje chama-se *Quando falta calor*. O que esse título lhe sugere? Discuta com seus colegas as seguintes questões:

- A escola tem conhecimento de quais são as drogas mais consumidas na comunidade em que ela está inserida?
- Será que esses são os únicos indícios nos quais a escola deve se apoiar para prever possíveis situações de risco?
- Que tipo de atividades sistemáticas sua escola poderia propor para identificar precocemente as situações de risco para o consumo de drogas entre os estudantes?

Vamos apresentar um texto que descreve os padrões de consumo de drogas na sociedade brasileira.

Os estudos epidemiológicos sobre a realidade do uso de drogas pela população brasileira e em especial pelos estudantes das escolas públicas vêm confirmar a importância da prevenção na escola.

## O CONSUMO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NA SOCIEDADE BRASILEIRA

Ana Regina Noto

José Carlos F. Galduróz

Solange A. Nappo



O termo epidemiologia diz respeito ao estudo da distribuição dos estados ou acontecimentos relacionados à saúde da população. No que se refere às questões relacionadas ao uso de drogas psicotrópicas, a epidemiologia oferece condições para que se faça um diagnóstico da situação, levando em conta o número de usuários e dependentes e outros acontecimentos, como acidentes de trânsito, óbitos, internações hospitalares ou apreensões de drogas psicotrópicas pela polícia, entre outros. Esse diagnóstico possibilita um planejamento mais adequado das políticas públicas.

Os estudos epidemiológicos mais recentes também buscam investigar fatores associados ao risco ou proteção. Esses fatores são assim denominados por envolverem características biológicas, psicológicas ou sociais, mais (risco) ou menos (proteção) associadas ao uso indevido de substâncias. Assim, os processos preventivos mais atuais buscam minimizar fatores de risco e potencializar fatores de proteção. Alguns fatores não são passíveis de intervenção, como os biológicos (por exemplo, genéticos). Assim, a prevenção é fundamentada em intervenções frente a fatores sociais e psicológicos, como: relacionamento familiar, autoestima, religiosidade, oferta de drogas, percepção de risco, informação sobre drogas, perspectiva de futuro, entre inúmeros outros.

As informações epidemiológicas disponíveis ainda estão longe de possibilitar uma avaliação completa do consumo de drogas no Brasil. As pesquisas realizadas até muito recentemente, em geral, restringem-se a populações específicas e a regiões determinadas. Mais raros ainda são os estudos de acompanhamento de mudanças ocorridas ao longo dos anos. No entanto, as pesquisas têm sido cada vez mais frequentes e oferecem algumas pistas a respeito do contexto de uso de drogas psicotrópicas na sociedade brasileira.

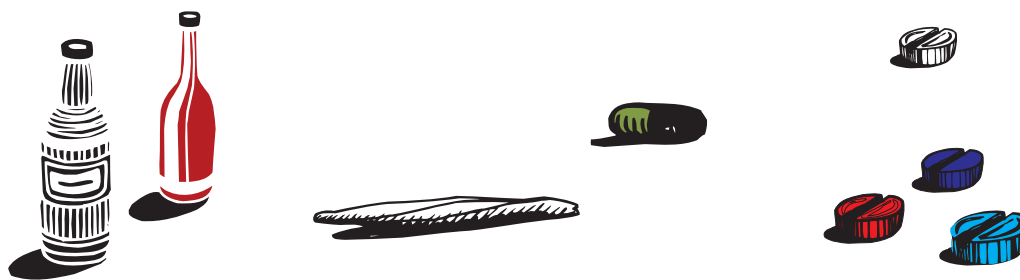
### O Panorama Brasileiro

No início da década de 1980, o Brasil não dispunha de dados epidemiológicos consistentes em relação às drogas psicotrópicas. Essa falta de dados, associada à abordagem alarmista, permitiu que se instalasse um verdadeiro pânico em torno do uso de drogas ilícitas, como maconha, cocaína, LSD e heroína, sobretudo entre estudantes.

A epidemiologia sobre o uso de drogas no Brasil começou a se desenvolver somente a partir do ano de 1987, com uma série de estudos desenvolvidos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo. Esses estudos mostraram a existência de duas abordagens distintas em relação às drogas psicotrópicas: uma, de natureza emocional, com base no senso comum, e outra, mais realista, fundamentada em resultados de pesquisa.

Na situação dominada pela abordagem emocional, predominava a ideia de uso indiscriminado de drogas, especialmente ilícitas e com tendência à rápida disseminação. Por sua vez, a abordagem realista mostrava, de um lado, um número relativamente reduzido de usuários, com o predomínio do uso das drogas lícitas, excetuando-se o álcool, os solventes e os medicamentos psicotrópicos, e de outro, uma tendência à estabilidade.

Na década de 1990, não só alguns desses estudos foram repetidos, como outros foram iniciados, o que permitiu um acompanhamento mais sistemático e mais contínuo da situação. Entre esses, apresentaremos apenas os mais abrangentes, envolvendo várias regiões do país, e aqueles que, por terem sido repetidos ao longo dos anos, permitiram o acompanhamento das mudanças ocorridas.



## Os estudos sobre bebidas alcoólicas

Os dados existentes mostram que o álcool aparece com destaque, sendo, sem sombra de dúvidas, a droga mais consumida no Brasil e a responsável pelos maiores índices de problemas decorrentes de seu uso. Levantamentos domiciliares indicam que aproximadamente 12% da população adulta, embora em diferentes níveis, preenchem critérios diagnósticos de dependência do álcool.

Outro dado importante sobre o consumo de bebidas alcoólicas é que ele não se restringe à população adulta, sendo também frequente entre adolescentes, como destacado no V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, de 2004:

1º – Cerca de 65,2% dos estudantes afirmaram ter consumido bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida.

2º – 44,3% dos estudantes entrevistados haviam feito uso de bebidas alcoólicas no mês que antecedeu a entrevista.

3º – Aproximadamente 11,7% faziam uso frequente de bebidas, ou seja, álcool seis ou mais vezes no mês que antecedeu a pesquisa.

4º – Cerca de 6,7% faziam uso pesado de bebidas alcoólicas, ou seja, fizeram uso vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a entrevista.

Em estudo posterior, o VI Levantamento sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras constatou que o uso do álcool entre estudantes caiu para 60,5%. O uso no mês caiu para 21,1%, o uso frequente caiu para 2,7%, e o uso pesado caiu para 1,6%.

Este novo estudo também revelou que apenas para o uso pesado há mais estudantes usando o álcool nas escolas públicas. Para todos os outros padrões o uso é maior nas escolas particulares.

Vale ressaltar que o consumo de bebidas alcoólicas, muitas vezes, ocorre pela primeira vez no próprio ambiente familiar, sendo a cerveja a bebida mais citada pelos entrevistados. O fato de alguma pessoa em casa consumir bebidas alcoólicas aumenta a chance de o adolescente também consumir.

O consumo “binge” (consumo, em uma mesma ocasião, de 5 ou mais doses para homens; 4 ou mais doses para mulheres) equivale a embriaguez e foi observado entre 1/3 dos estudantes do ensino médio da rede particular do município de São Paulo em 2008. Nesse estudo, entre os fatores protetores estudados, passíveis de intervenção, foram identificados aspectos familiares, como o modelo de consumo e a negociação de limites para saídas com amigos. Religiosidade também apareceu associada à proteção.

Estudos também são realizados entre pessoas que buscam tratamento em função de abuso ou dependência do álcool. Em um levantamento realizado pelo CEBRID, foram analisadas as internações ocorridas por dependências e psicoses por drogas psicotrópicas de 1987 a 2008. Os resultados indicam o álcool como responsável por quase 90% das internações, sendo que a maioria dos internados encontra-se na faixa entre 31 e 45 anos, com predomínio do sexo masculino, na proporção de 15 homens para uma mulher.





## Estudos sobre outras drogas psicotrópicas

Como descrito anteriormente, até o ano de 1998, não existiam estudos publicados sobre o consumo de psicotrópicos na população em geral, mas apenas levantamentos envolvendo populações específicas, como é o caso dos estudantes de 1º e 2º graus e de crianças e adolescentes em situação de rua, dos quais iremos falar a seguir.

### O consumo de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio

Conforme vimos, foi realizado em 2004 o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras e, em 2010, o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. No estudo realizado em 2004, 22,6% dos estudantes entrevistados afirmaram já ter ao menos experimentado outras drogas psicotrópicas, excluindo álcool e tabaco, com índices variando entre 23,1% em São Paulo e 23,4% em Porto Alegre. Isso quer dizer que quase 1/4 dos alunos já haviam experimentado drogas diferentes do álcool ou do tabaco. Por outro lado, também indica que a maioria dos estudantes nunca usou outras drogas. Em 2010 o percentual aumentou para 24,6%.

Esse mesmo estudo aponta os solventes como as drogas psicotrópicas mais citadas, com 15,5% dos estudantes admitindo já terem feito uso de algum tipo de inalante pelo menos uma vez na vida, entre as quais a cola de sapateiro ou lança-perfume. Em 2010 esse percentual diminuiu para 8,1%. Em 2004, o uso de pelo menos uma vez na vida das demais drogas foi citado na seguinte ordem:

- 12,0% para os energéticos
- 5,9% para a maconha
- 4,1% para os calmantes ou ansiolíticos
- 3,7% para os medicamentos para emagrecer ou anfetaminas
- 2,0% para a cocaína



Em 2010, o uso de energéticos com álcool pelo menos uma vez na vida foi afirmado por 15,4% dos estudantes. O uso de maconha subiu 0,2%, o de calmantes subiu 1,2%, as anfetaminas diminuíram em 1,5% e o de cocaína subiu 0,5%.

Esse panorama é diferente quando se comparam os jovens do sexo masculino e do feminino. O consumo de maconha, cocaína e solventes predomina entre os jovens do sexo masculino, enquanto o consumo de calmantes e medicamentos para emagrecer é mais frequente entre o sexo feminino. No que diz respeito ao fator socioeconômico, os estudantes que declararam ter feito uso de psicotrópicos estavam distribuídos de forma semelhante nas diferentes classes sociais. Em 2010 foi acrescentado ao estudo o critério de escolas públicas e particulares. O uso de maconha, cocaína, crack e tabaco foi maior nas escolas públicas. Para drogas como anfetaminas, solventes, ansiolíticos, esteróides, êxtase, LSD e álcool, foi constatado percentual maior de usuários nas escolas particulares.

Esse resultado sugere certa semelhança do consumo para os diferentes níveis socioeconômicos com relação aos estudantes da rede pública, ou seja, o consumo não é mais intenso numa determinada classe. Porém, estudo recente realizado na rede particular indica algumas diferenças.

### O consumo de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua

Nos levantamentos realizados com crianças e adolescentes em situação de rua, em 1987, 1989, 1993, 1997 e 2003, foram observados índices elevados de uso de drogas psicotrópicas. O estudo feito no ano de 1997 em Brasília, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo mostrou que 88,1% dos entrevistados já haviam usado drogas. Desses, 48,3% informaram fazer uso pesado delas, ou seja, terem consumido algum tipo de droga cinco ou mais vezes por semana, no mês que antecedeu a coleta de dados.



O levantamento do uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua realizado em 2003 foi o primeiro a abranger as 27 capitais brasileiras. Este levantamento mostrou que as drogas consumidas em maior intensidade (uso diário) foram o tabaco, os solventes e a maconha. O consumo diário de tabaco foi mencionado por 29,5% dos entrevistados, de solventes por 16,3% e de maconha por 11,2%. Esse perfil foi relativamente semelhante entre as capitais, exceto em relação ao tipo de solvente predominante (variando entre thinner, cola, loló, entre outros). Para as bebidas alcoólicas, o consumo diário foi mencionado por 3,0%, mas 43% dos entrevistados haviam consumido no mês (ao menos uma vez no mês que antecedeu a pesquisa), com intensidade variando predominantemente entre 1 a 19 dias/mês. O uso no mês de derivados da cocaína foi mencionado por 12,6%, mas em frequências variadas, merecendo destaque para 2,4% da amostra que relatou uso diário.

Quanto aos medicamentos psicotrópicos, os percentuais foram maiores na região nordeste, destacando-se o consumo da substância flunitrazepam, comercializada com o nome de Rohypnol®, da substância trihexiphenidil, comercializada com o nome de Artane® e da substância benzidamida, comercializada como Benflogin®. O número de usuários de medicamentos psicotrópicos em São Paulo e Porto Alegre que era elevado na década de 1980, praticamente desapareceu nos anos 1990, assim permanecendo em 2003.



## II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil – 2005

Este estudo entrevistou moradores sobre o uso de drogas das 107 maiores cidades do país (aquelas com mais de 200 mil habitantes) e da cidade de Palmas (TO), totalizando 108 cidades. No total, obteve-se 7.939 entrevistas. Os resultados permitem a análise dos dados do Brasil como um todo e das cinco grandes regiões brasileiras. Os principais achados foram:

A prevalência de uso na vida (uso pelo menos uma vez na vida) de qualquer droga, exceto tabaco e álcool, teve a maior porcentagem na região Nordeste, onde 27,6% dos entrevistados já fizeram uso de alguma droga. A região com menos uso na vida foi a Norte, com 14,4%. No Brasil, o uso na vida para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de 22,8%. Esta porcentagem é, por exemplo, próxima ao Chile (23,4%) e quase metade dos EUA (45,8%).

O uso na vida de álcool nas 108 maiores cidades do país foi de 74,6%, porcentagem inferior à de outros países (Chile com 86,5% e EUA com 82,4%). O menor uso na vida de álcool ocorreu na região Norte (53,9%) e o maior no Sudeste (80,4%). A estimativa de dependentes de álcool foi de 12,3% para o Brasil, sendo que no nordeste e no norte as porcentagens atingiram quase 14%. Em todas as regiões, observaram-se mais dependentes de álcool para sexo masculino.

O uso na vida de tabaco foi de 44% no total, porcentagens inferiores ao do Chile (72%) e EUA (67,3%). Quanto à dependência de tabaco, 10,1% preencheram critérios para um diagnóstico positivo. As maiores porcentagens de dependentes de tabaco apareceram na região Centro-Oeste (11,5%) e a menor foi observada no Nordeste (8,3%).

O uso na vida de maconha, nas 108 maiores cidades, foi de 8,8%, resultado este próximo ao da Grécia (8,9%) e da Polônia (7,7%), porém abaixo ao dos americanos (40,2%) e do Reino Unido (30,8%). A região Sudeste foi a campeã em porcentagens de uso na vida (10,3%); teve também a maior prevalência de dependentes de maconha com 1,4%, e menor porcentagem de dependentes.

A prevalência de uso na vida de cocaína, nas 108 maiores cidades do país foi de 2,9%, sendo próxima à Alemanha (3,2%). Porém bem inferiores aos EUA com 14,2% e Chile com 5,3%. A região Sudeste foi aquela na qual se verificou as maiores porcentagens (3,7%) e a menor, no Norte, com aproximadamente 1%.

O uso na vida de crack foi de 1,5% para as maiores 108 cidades do país, cerca de duas vezes menor que no estudo americano. O uso de merla (uma forma de cocaína) apareceu na região Norte com 1,0%, a maior do Brasil.

O uso de solventes foi de 6,1%, prevalência superior ao verificado na Espanha, ao redor dos 4%. Por outro lado, a prevalência do uso na vida de solventes nos EUA foi de 9,5%. A região Nordeste teve as maiores porcentagens de uso dessas substâncias com 8,4%.

O uso na vida de medicamentos sem prescrição médica teve um fato em comum: mais mulheres usaram do que os homens, para qualquer das faixas etárias estudadas, sendo quase o dobro em relação aos homens. Os estimulantes aparecem com 3,2% de usuários na vida. Os benzodiazepínicos com 5,6%, menos que o observado nos EUA (8,3%). A dependência de benzodiazepínicos foi estimada em 0,5% para o Brasil.

Surpreenderam-nos o uso na vida de orexígenos (medicamentos utilizados para estimular o apetite) com 4,3% de uso na vida para as 107 maiores cidades do país. No Nordeste as porcentagens atingiram 9,3%, as maiores do Brasil e as menores são as do Sul (1,0%). Esses resultados merecem atenção especial dos estudiosos sobre o abuso de drogas.

A heroína, droga tão citada na mídia, teve uso na vida por sete entrevistados, sendo seis homens. Dos entrevistados, 29,6% tiveram a percepção de que obter heroína era fácil.

A maconha seria a droga que mais facilmente é encontrada, segundo a percepção dos entrevistados, com 65,1% das respostas. A cocaína aparece em segundo lugar com 51,1% e o LSD-25 tem porcentagens idênticas à da heroína, com 30,0%.

Em relação à percepção do tráfico de drogas, 18,5% do total de entrevistados afirmaram ter visto alguém vendendo drogas. Quanto à percepção de compra de drogas, as porcentagens foram de 18,3%, o que mostra coerência dos entrevistados ao responderem esses itens. Se há quem vende, há quem compre.

Cerca de 60% dos entrevistados afirmaram ter visto pessoas alcoolizadas nos 30 dias prévios à pesquisa. Já a percepção de ter visto pessoas sob efeitos de outras drogas foi de 36,9%. De qualquer forma, as porcentagens são muito elevadas, o que pode ser, simplesmente, reflexo de uma hipervalorização da sociedade, delegando às drogas qualquer alteração comportamental.

A opinião dos entrevistados que consideram risco grave à saúde o uso de bebidas alcoólicas uma ou duas vezes por semana foi de 20,8%; já o uso de uma ou duas vezes na vida de maconha foi considerado um risco grave para 48,1%; ainda 77,1% dos entrevistados consideraram grave o uso de cocaína uma ou duas vezes na vida. A percepção de riscos mais que duplica na comparação entre álcool e maconha e quase triplica quando o álcool é comparado à cocaína.

O uso diário de álcool, maconha e cocaína é considerado um risco grave para a saúde para quase totalidade da amostra, independentemente do sexo, da faixa etária e da região brasileira.

A porcentagem de pessoas que já se submeteu a algum tratamento foi a maior do país na região Norte. Para o Brasil, cerca de 10% dos entrevistados foram tratados pelo uso de álcool e/ou drogas.

As discussões foram as complicações mais frequentes decorrentes do uso de álcool e/ou outras drogas com 2,9%, sendo que 10,8% dos homens e 3,3% das mulheres já discutiram sob efeito de alguma droga. As quedas aparecem em segundo lugar com 4,4%. As demais complicações giram em torno dos 3,0%.

O governo brasileiro vem promovendo periodicamente levantamentos sobre o consumo de drogas na população em geral. Estudo semelhante a este II Levantamento foi realizado em 2001, possibilitando, desta forma, o início de uma série histórica que possibilita a gestores e formuladores de políticas públicas analisarem e avaliarem as diferentes ações implementadas, bem como fundamentarem projetos futuros. A seguir são apresentadas tabelas comparativas dos principais resultados obtidos nos dois levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2001 e 2005).

Tabela 1. Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005 de uso na vida de qualquer droga (exceto tabaco e álcool) entre os entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

<b>Uso na vida de qualquer droga (exceto tabaco e álcool)</b>
<b>19,4% (Ano de 2001)</b>
<b>22,8% (Ano de 2005)</b>

Tabela 2. Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005 das 9 drogas mais usadas entre os entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

As 9 drogas mais usadas		
% de uso na vida		
Drogas	2001	2005
Álcool	68,7	74,6
Tabaco	41,1	44,0
Maconha	6,9	8,8
Solventes	5,8	6,1
Orexígenos	4,3	4,1
Benzodiazepínicos	3,3	5,6
Cocaína	2,3	2,9
Xaropes (Codeína)	2,0	1,9
Estimulantes	1,5	3,2

Tabela 3. Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, da dependência de drogas entre os entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

Dependência		
% de dependentes		
Drogas	2001	2005
Álcool	11,2	12,3
Tabaco	9,0	10,1
Benzodiazepínicos	1,1	-
Maconha	1,0	1,4
Solventes	0,8	-
Estimulantes	0,4	-

### Alguns indicadores sobre o uso de psicotrópicos

As consequências do uso de drogas não se reduzem aos resultados dos estudos epidemiológicos. Por isso, esses resultados não devem ser avaliados isoladamente. É preciso analisá-los em conjunto, para uma melhor compreensão da questão do consumo de drogas na sociedade brasileira.

No estudo realizado pela Abdetran, em 1997, em Salvador, Recife, Brasília e Curitiba, além do álcool, as outras drogas encontradas no sangue das vítimas de acidentes de trânsito foram:

- maconha, em 7,7% dos casos
- calmantes, em 3,4% dos casos
- cocaína, em 2,3% dos casos
- barbitúricos, em 1,5% dos casos
- anfetaminas, em 0,6% dos casos
- opiáceos, em 0,3% dos casos

Recentemente, no estudo realizado pela SENAD, na cidade de Porto Alegre, entre outubro e novembro de 2009, também com vítimas de acidentes de trânsito hospitalizadas, as drogas encontradas no sangue das vítimas foram:

- álcool, em 8,3% dos casos
- maconha, em 9,5% dos casos
- benzodiazepínicos, em 4,3% dos casos
- anfetamina, em 1,4% dos casos
- cocaína, em 6,7% dos casos



Constata-se, portanto, que é alto o índice de drogas encontrado no sangue das vítimas de acidente de trânsito, principalmente o álcool, mas é igualmente preocupante a constatação da presença considerável das outras substâncias psicoativas que alteram significativamente nosso comportamento. Nem sempre as consequências do uso dessas substâncias limitam-se ao próprio usuário. O atual Código Nacional de Trânsito prevê sanções no caso de motoristas que façam uso de droga psicotrópica e venham a dirigir. Vejamos dois artigos do Código:



Art. 165 – Dirigir sob a influência de álcool, em nível superior a seis decigramas por litro de sangue, ou qualquer substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

Art. 166 – Confiar ou entregar a direção de veículo a pessoa que, mesmo habilitada, por seu estado físico ou psíquico, não estiver em condições de dirigi-lo com segurança.

Os dados obtidos dos relatórios oficiais de internações hospitalares por dependência de droga, ao longo do período 1987-1995, indicam que, excluindo-se o álcool, a cocaína atualmente é a responsável pelo maior número dessas ocorrências. Essa posição era ocupada, até 1990, pela maconha. Observa-se, portanto, que houve um aumento gradativo do número de internações motivadas pelo consumo de cocaína, acompanhado da diminuição dos casos de maconha.

Fenômeno semelhante também foi observado no que se refere às apreensões de drogas pela Polícia Federal ao longo dos últimos anos, ou seja, um aumento das apreensões de cocaína acompanhado da diminuição das apreensões de maconha.

Os resultados dos estudos epidemiológicos mostram um inquestionável aumento da disponibilidade e do consumo de cocaína no Brasil, bem como dos problemas decorrentes do seu uso. No entanto, em relação à maconha, embora o consumo entre os estudantes tenha aumentado, observa-se uma redução das apreensões pela Polícia Federal e das internações hospitalares, o que poderia ser interpretado como um fenômeno de tolerância social em relação ao consumo dessa droga.

## **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras – 2010**

Nesse levantamento inédito, realizado pela SENAD em parceria do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (GREAFMUSP), foram entrevistados 17.660 universitários de todas as capitais do país, de 100 Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas. Os principais dados obtidos foram:

- 49% dos universitários pesquisados já experimentaram alguma droga ilícita pelo menos uma vez.

Do grupo dos universitários que se declararam menores de 18 anos, 80% dos entrevistados afirmaram já ter consumido algum tipo de bebida alcoólica.

- 86% dos universitários já fizeram uso na vida de álcool e 47%, de produtos de tabaco.
- 22% dos universitários estão sob risco de desenvolver dependência de álcool e 8%, de maconha.

- 36% dos universitários beberam em *binge* nos últimos 12 meses e 25% nos últimos 30 dias.

Cerca de 40% dos universitários usaram duas ou mais drogas nos últimos 12 meses e 43% relataram já ter feito uso múltiplo e simultâneo de drogas na vida. Desses 43%, 47,8% alegaram como motivação do uso “simplesmente porque gostavam ou porque lhes possibilitava esquecer os problemas da vida”.

- 18% dirigiram sob efeito de álcool e 27% pegaram carona com motorista alcoolizado.

A prevalência de abuso de álcool foi maior entre os universitários que na população geral. Já a dependência foi encontrada com maior prevalência para a população geral.

O uso de substâncias ilícitas é maior entre os universitários das regiões Sul e Sudeste de instituições privadas da área de Humanas do período noturno e por universitários com idade acima dos 35 anos. Não foi observada a interferência de gênero sobre o uso geral de drogas.

A prevalência do uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas é semelhante entre universitários brasileiros e norte-americanos, salvo algumas particularidades: o uso de maconha é maior entre os universitários norte-americanos e o uso de inalantes é maior entre os universitários brasileiros.

- 21% dos universitários fazem uso de produtos do tabaco.

O risco de desenvolver abuso/dependência para maconha é maior entre os homens e de anfetamínicos e tranquilizantes, entre as mulheres.

- 8% dos universitários já fizeram (ou induziram) aborto. Embora não haja influência aparente do gênero, a faixa etária (mais de 35 anos), tipo de Instituição de Ensino Superior (IES) privada e região administrativa parecem exercer influência sobre esse comportamento.
- 9% não possuem o hábito de utilizar métodos contraceptivos, 3% já forçaram ou foram forçados a se engajar em intercurso sexual e 41% declararam já ter feito o teste para detecção do vírus HIV.

Esses dados surpreendem, o que reforça a necessidade de maior conhecimento dessa população para o desenvolvimento de ações de prevenção e elaboração de políticas específicas dirigidas para esse segmento que é bastante representativo: o Brasil possui hoje 2.252 instituições de ensino superior, totalizando mais de 5,8 milhões de estudantes universitários.

A entrada na universidade inaugura um período de maior autonomia, possibilitando novas experiências, ressignificação de valores, descoberta e realização de potenciais, etc. Nesse sentido, a universidade cumpre um papel privilegiado de formação de cidadãos que é, sem dúvida, fator de proteção para seus estudantes. No entanto, se esse papel formador não tiver destaque dentro do meio universitário de maneira relevante, privilegiando-se, por exemplo, apenas o seu papel técnico-profissionalizante, o que é proteção pode se transformar em vulnerabilidade para essa parcela da população.

## Considerações finais

Diante do cenário epidemiológico envolvendo a droga no Brasil, observa-se a preponderante participação das bebidas alcoólicas tanto no consumo quanto nos problemas dele decorrentes. No entanto, as medidas no sentido de prevenir ou minimizar a situação ainda são muito reduzidas, sobretudo quando se constata a presença de campanhas publicitárias, cada vez mais sofisticadas, que incentivam o consumo, mascarando os inúmeros problemas relacionados.

Em relação às demais drogas psicotrópicas, vale ressaltar que, nos últimos anos, as mudanças não foram muitas. Em geral, as alterações são negativas, especialmente no que se refere às drogas ilícitas, entre as quais a maconha e a cocaína. Esse quadro sugere que as medidas adotadas nesses últimos anos não tiveram a eficácia esperada, sendo necessário buscar novas soluções para a questão.

No que diz respeito ao tipo de informação divulgada nos meios de comunicação de massa, como o rádio, os jornais e a televisão, por um lado prevalece a tolerância em relação ao álcool; por outro, domina a visão

alarmista sobre as drogas ilícitas, como a maconha, a cocaína/crack, entre outras, gerando uma situação de pânico que torna o problema ainda mais difícil de ser enfrentado.

A extensão e a gravidade do problema mostram que é preciso encontrar novas formas de tratar a questão, com o envolvimento de toda a sociedade. Para busca de soluções, entre estudantes, por exemplo, os dados epidemiológicos sugerem que as ações preventivas devam iniciar em idades precoces, com ênfase em drogas lícitas como bebidas alcoólicas e cigarro (tabaco). Anteriormente às drogas ilegais, o consumo de inalantes deve ser considerado como comportamento de risco entre adolescentes. No ensino médio, o padrão *binge* de consumo de álcool parece ser um dos principais comportamentos de risco entre adolescentes e, dessa forma, merece atenção especial. A orientação de pais deve ser considerada, com atenção especial a questões relacionadas à negociação de limites e exemplos familiares. Programas de prevenção devem contar com alicerce comum, mas oferecer peculiaridades por gênero, visto que meninas são maiores consumidoras de medicamentos psicotrópicos sem receita médica e meninos, de drogas ilícitas.

Estudos realizados em outros países já levantaram vários aspectos adicionais entre estudantes, os quais podem contribuir para reflexão sobre as ações a serem avaliadas no Brasil. Muitos outros fatores de proteção foram estudados e indicam que ações preventivas devem atentar ao desenvolvimento das crianças e dos adolescentes em relação a comportamentos agressivos, hiperatividade, dificuldades de aprendizado, socialização, autoestima, perspectivas de futuro, pressão do grupo, entre outros. Dessa forma, ações preventivas devem incluir várias outras esferas do desenvolvimento humano, em especial, oferecendo recursos de habilidades para a vida. Nesse contexto, o tema drogas em si passa a ser elemento secundário.

## Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS DEPARTAMENTOS DE TRÂNSITO (ABDETRAN). *Impacto do uso do álcool e outras vítimas de acidente de trânsito*. Brasília: Cetad/ Raid, 1997, 87 p.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. *Revista ABP-APAL*, Brasília, São Paulo, Porto Alegre, 14(3), 1992, p. 93-104.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. *Epidemiológica básica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994, 186 p.

ANDRADE, A. G.; DUARTE P. C. A. V.; OLIVEIRA L. G. de. *I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: SENAD, OBID, GREA/IPQ-HCFMUSP, 2010. 284p.

CARLINI, E. A. et al. *II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos entre estudantes de 1º e 2º graus – 1989*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – (CEBRID) – Departamento de Psicologia da Escola Paulista de Medicina, 1990.

\_\_\_\_\_. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília, 2006.

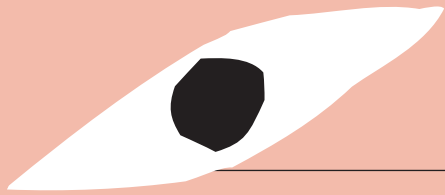
\_\_\_\_\_. *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. *V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília, 2004.

CARLINI-COTRIM, B. Movimentos e discursos contra as drogas: o caso da sociedade norte-americana. *Revista ABP-APAL*, 17(3), 1995, p. 93-101.

CARLINI-COTRIM, B. et al. *Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil*, 1987. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1989. p. 153 (Série C: Estudos e Projetos, 5.).

SOIBELMAN M. et al. *Consumo de álcool e outras drogas entre vítimas de acidentes de trânsito atendidas em emergências* de Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.



# Anotações



## Unidade 8



## Redes sociais e prevenção do uso de drogas no contexto da escola

Ao final desta unidade, você deverá ser capaz de:

- Identificar situações de risco decorrentes do envolvimento com drogas entre os adolescentes por meio da avaliação das redes sociais.
- Relacionar a diversidade de fatores contextuais e pessoais que constituem risco ou proteção para o uso de drogas na adolescência.
- Compreender os modelos de prevenção na escola.
- Identificar posturas preventivas ao consumo de drogas no cotidiano escolar.

## O QUE ABORDAREMOS NESTA UNIDADE ?

### Conheça a sequência didática:

Temática: Redes sociais e prevenção do uso de drogas no contexto da escola

Vídeo: *Qual é a boa?*

Textos:

Trabalhando com prevenção na família, na escola e na comunidade

Situações de risco e situações de proteção nas redes sociais de adolescentes

Exercício objetivo

Fórum de conteúdo:

Discutindo situações-problema



### Destaques do tema



- As ações de prevenção podem ser feitas em três níveis: prevenção universal, prevenção seletiva e prevenção indicada.
- Um trabalho de prevenção deve basear-se na realidade de um grupo específico.
- Existem vários modelos possíveis de prevenção na escola: conhecimento científico, educação afetiva, oferta de alternativas, educação para a saúde, modificação das condições de ensino.
- Um trabalho de prevenção eficaz utiliza a combinação de diferentes modelos.
- As relações que o adolescente vivencia e estabelece com o mundo influenciam a forma como ele se percebe, como estrutura sua identidade e desenvolve seus hábitos de autocuidado, projetos de vida e perspectivas. O conjunto dessas relações é sua rede social.
- A rede social possui: características estruturais – tamanho, densidade, composição ou distribuição, dispersão, homogeneidade ou heterogeneidade. As funções da rede: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços, acesso a novos contatos. Os atributos do vínculo: função predominante, multidimensionalidade, reciprocidade, intensidade, frequência, história.
- Fatores de risco podem ser definidos como sendo as circunstâncias psicossociais que tornam o indivíduo mais vulnerável ao envolvimento com o uso indevido de drogas.
- Por fatores de proteção entendem-se aqueles que contrabalançam as vulnerabilidades, levando a uma menor chance de a pessoa assumir comportamentos de risco.

No decorrer desta unidade, você poderá aprofundar os conteúdos refletindo com seus colegas de curso, da escola e com o seu tutor. Confira o seu aprendizado por meio dos exercícios objetivos disponíveis na plataforma e realize as atividades coletivas. Bom trabalho!



### Assista ao vídeo 8 – Qual é a boa?

Inicie esta unidade assistindo ao vídeo 8, que ilustra a importância do adolescente se sentir pertencente a um grupo de referência. É esse sentimento que faz o jovem buscar as redes sociais: a família, a escola, os amigos e a comunidade. No entanto, essas redes podem funcionar como fatores de proteção ou como fatores de risco para o uso de drogas, dependendo do contexto, da natureza e da qualidade dessas relações no momento de vida específico do adolescente.

### Resumo do vídeo – Qual é a boa?

*Vimos, nesse episódio, que o personagem Marcílio, devido à necessidade de ser aceito por seus novos colegas e sentindo falta de amigos na nova cidade, ficou exposto e vulnerável ao consumo de drogas. Vimos também que, apesar de não gostar de beber, ficou mobilizado pelo convite de curtir uma cerveja em um contexto de sedução exercido por Suzane e pela possibilidade de conhecer as amigas dela. Ao mesmo tempo, ficou interessado pelo convite do colega para experimentar maconha e, sobretudo, para se enturmar com a galera. Nesse momento, aparece uma terceira alternativa: sua mãe vem convidá-lo para um passeio em companhia de Mainá – outra nova colega. Para a decepção de Suzane e Nonato, Marcílio optou pelo programa com a família que, por sua vez, soube como oportunizar sua inserção na nova cidade ao convidar Mainá para sair com eles.*

Observe, neste vídeo, a banalização do consumo de cerveja e até de caipirinha pelas garotas. Suzane justifica seu hábito de beber, pois esse, infelizmente, também é banalizado em seu contexto familiar e social. Fica colocado, ainda, o quanto a inocente busca por uma turma pode trazer risco de envolvimento com drogas, tanto lícitas como ilícitas, e como este envolvimento, frequentemente, funciona como fator facilitador para pertencer a um grupo.

Chamamos a atenção dos educadores para essa questão porque não existe consumo de drogas por adolescentes sem que haja potencial de risco.

O vídeo mostra que a melhor estratégia de prevenção é conhecer e reconhecer as redes sociais dos adolescentes, estimulando as que são benéficas. Isso significa potencializar as redes que deem ao adolescente a sensação de acolhimento de que ele tanto necessita para se desenvolver de forma saudável.

### Para refletir



Aproveite este momento e discuta com seus colegas:

- Como você avalia a situação de Marcílio diante do convite dos colegas?
- O que funcionou como fator de proteção na rede social de que Marcílio faz parte?
- Quais os pontos dessa rede que funcionaram como fatores de risco?

O modelo sistêmico da educação para a saúde propõe a redução dos fatores de risco e a otimização dos fatores de proteção como estratégia de prevenção do uso de drogas entre os adolescentes. Os textos desta aula fundamentam teoricamente essa perspectiva, esclarecendo conceitualmente a metodologia das redes sociais no cenário dos diversos modelos de prevenção descritos na literatura e possíveis de serem usados no contexto da escola. Leia com atenção para poder fazer uma escolha consciente pelo modelo de prevenção mais adequado à realidade da sua escola.

## TRABALHANDO COM PREVENÇÃO NA FAMÍLIA, NA ESCOLA E NA COMUNIDADE

*Helena M. B. Albertani*

*Sandra Scivoletto*

*Maria de Lurdes S. Zemel*



O problema do uso de drogas está disseminado em todos os lugares. Escolas, clubes, condomínios, comunidades, todos enfrentam essa questão. Muitas vezes, por não saber como abordar o problema, não se toma iniciativa para tentar resolvê-lo. Como são muitos e diversos os fatores que causam os problemas decorrentes do abuso de drogas, uma ação isolada não é suficiente. **São necessárias ações conjuntas**, em diferentes níveis, realizadas e dirigidas para os diversos grupos que compõem a comunidade.

Na definição das estratégias de prevenção, é preciso considerar que as palavras e as informações não bastam. É importante que todas as pessoas envolvidas tenham oportunidade de refletir sobre seus comportamentos e sobre suas opções de vida, **procurando identificar os caminhos para uma vida mais saudável**.

Já se sabe que, a cada dólar gasto em prevenção, economizam-se de quatro a cinco dólares em tratamento e que o aumento no consumo de álcool pode ser relacionado ao aumento das intervenções agudas em saúde em detrimento das intervenções de prevenção em saúde.

### **Prevenção primária, secundária e terciária**

Pode-se trabalhar os níveis de prevenção segundo a seguinte classificação:

**Prevenção primária** – O objetivo é evitar que o uso se instale ou retardar o seu início.

**Prevenção secundária** – Destina-se às pessoas que já experimentaram ou as que usam moderadamente e tem como objetivo evitar a evolução para usos mais frequentes e prejudiciais. Isso implica o diagnóstico e o reconhecimento precoce dos que estão em risco de evoluir para usos mais prejudiciais.

**Prevenção terciária** – Refere-se às abordagens necessárias no processo de recuperação e reinserção dos indivíduos que já têm problemas com o uso ou que apresentam dependência.

Porém, atualmente, fala-se em níveis de prevenção universal, seletiva e indicada:

O que é?	Onde se aplica?
<b>Intervenção universal</b> – são programas destinados à população geral, supostamente sem qualquer fator associado ao risco.	<b>Intervenção universal</b> – na comunidade, em ambiente escolar e nos meios de comunicação.
<b>Intervenção seletiva</b> – são ações voltadas para populações com um ou mais fatores associados ao risco de uso de substâncias.	<b>Intervenção seletiva</b> – por exemplo, em grupos de crianças, filhos de dependentes químicos.
<b>Intervenção indicada</b> – são intervenções voltadas para pessoas identificadas como usuárias ou com comportamentos de risco relacionados direta ou indiretamente ao uso de substâncias, como por exemplo, alguns acidentes de trânsito.	<b>Intervenção indicada</b> – em programas que visam diminuir o consumo de álcool e outras drogas, mas também a melhoria de aspectos da vida do indivíduo como, por exemplo, desempenho acadêmico e reinserção social.

Os níveis de prevenção são um *continuum*, sem limites claros, muitas vezes, entre prevenção primária, secundária e terciária.

**Na infância**, as intervenções preventivas abordam a **promoção de saúde** em uma perspectiva ampla e podem ser feitas com orientação adequada aos pais e professores, usando a criatividade e diversas atividades para propiciar a aquisição de habilidades e experiências que tenham efeito protetor.

A prevenção voltada para os **adolescentes** é feita principalmente nas **escolas**, por ser esse o local que, idealmente, todos os jovens deveriam frequentar.

É mais fácil iniciar um trabalho de **prevenção nas escolas**, que têm uma estrutura organizada, voltada para passar informações e dar orientações aos alunos e que mantêm contato com os pais. Entretanto, não é na escola que a prevenção atingirá os jovens de maior risco. Os jovens com problema de conduta, geralmente, abandonam a escola e não se envolvem com regularidade em atividades nas quais também podem ser alvo de ações preventivas.

Nesse caso, ações desenvolvidas na **comunidade** seriam mais indicadas. Para mobilizarmos um grupo dentro da comunidade, muitas vezes, é preciso iniciar algum trabalho em uma instituição da região, que pode ser uma escola a partir da qual, com o envolvimento dos alunos, pais, professores e funcionários, poderíamos expandir as ações para a comunidade ao seu redor, envolvendo líderes comunitários, religiosos e grupos de jovens.

É necessário que as ações sejam desenvolvidas em vários âmbitos e integradas entre as diferentes áreas sociais.

### O que precisamos saber para fazer prevenção?

Dada a complexidade do problema do uso de drogas, que envolve a interação de fatores biopsicossociais, o campo das ações preventivas é extremamente abrangente e envolve aspectos que vão desde a formação da personalidade do indivíduo até questões familiares, sociais, legais, políticas e econômicas.

Trabalhar nessa área é complexo, visto que exige **apoio, conhecimento, criatividade** e, mais do que isso, exige **uma equipe** motivada e persistente, que acredite na capacidade de crescimento do indivíduo e da sociedade.

### Apoio

É necessário que as lideranças da comunidade ou da instituição em que se desenvolverá o programa sejam sensibilizadas para que apoiem e se envolvam na implantação, no desenvolvimento e na manutenção do programa.



## Conhecimento

Os programas certamente serão feitos e aplicados por uma equipe de trabalho. Treinar e cuidar dessa equipe é tão importante quanto conhecer a matéria com a qual se trabalhará. Esse treinamento inclui:

- conhecimento científico;
- disponibilidade de estudar para se manter atualizado;
- aprendizado na tolerância à frustração e na ampliação dos próprios limites;
- trabalhar com grupos;
- persistência e paciência para implantação de mudanças lentas, graduais e continuadas;
- exame dos próprios preconceitos em relação à questão;
- criatividade para apresentar o material a ser estudado para que a aprendizagem se faça com a vivência;
- postura aberta e de reflexão.



## Definição de objetivos e estratégias

A implantação de um programa inclui a definição de objetivos e estratégias que atendam às necessidades da comunidade em que estaremos atuando. Por exemplo, devem-se considerar: os dados culturais do local, quais são as drogas de abuso, quais são os níveis de consumo, quais são as crenças e os valores da comunidade, o que se espera e o que é possível fazer.

## Definição de recursos

**É importante identificar os recursos humanos e físicos da própria comunidade** para que uma ação não seja interrompida com a justificativa de que “sozinhos não podemos caminhar” ou de que não existem condições de continuidade. Se os recursos são poucos, é necessário buscar ampliá-los.

**Fazer prevenção não é uma tarefa fácil.** Além da preparação da equipe, definição de objetivos e do estabelecimento do apoio, temos de contar com dados da realidade externa que interferem no nosso trabalho e estar atentos a novos fatores que possam interferir. Por exemplo, uma nova droga introduzida no mercado ou novos hábitos que vêm fazer parte daquela comunidade devem ser considerados.

*Nas atividades com a prevenção, os resultados não são observados imediatamente, mas certamente a prevenção vale a pena.*

## Como fazer prevenção?

O mais importante antes de qualquer iniciativa é **o planejamento**, para que esforços isolados não sejam desperdiçados. Toda ação isolada terá certamente um impacto, que pode ganhar proporções muito maiores se as ações estiverem voltadas para um **objetivo comum, que atue de forma coordenada**.

*Muitas vezes, é mais indicado que as propostas sejam iniciadas em comunidades menores, em que o processo de mobilização pode ocorrer mais facilmente.*

## Prevenção na família



A família é a célula formadora da comunidade, portanto não é possível desenvolver ações preventivas na comunidade sem que ela participe.

Tanto a família quanto a escola são parte de um grupo maior que chamamos comunidade.

Cada comunidade, como cada família ou como cada escola, tem sua história, sua localização, seus valores, seus projetos e seus problemas. Conhecer todas essas dimensões ajuda a fazer planejamentos realistas e a realizar ações mais eficazes.

## Prevenção na escola

### O que precisamos saber para fazer prevenção na escola?

- É na adolescência que as pessoas realizam maior número de experiências. Essa é a **principal clientela das escolas**.
  - A escola é o espaço no qual os **adolescentes vivem muito tempo** de suas vidas.
  - A escola é um **ambiente privilegiado** para reflexão e formação de consciência.
  - A escola sempre exerceu **papéis culturais** e políticos.
- **papéis culturais** – a transmissão do conhecimento;
  - **papéis políticos** – organização de grupos, favorecimento à resolução de conflitos sociais e psicológicos e desenvolvimento de determinadas posturas éticas, sociais e políticas.

Essa não é, entretanto, uma responsabilidade exclusiva da escola.

- Como instituição educacional, a atuação da escola dirige-se ao conjunto dos alunos, a chamada **prevenção universal**. Cabe especificamente à escola participar do trabalho de **prevenção primária**, ou seja, antecipar-se à experimentação, por meio de ações cujo objetivo é evitar problemas decorrentes do uso de risco.
- Os educadores devem estar conscientes de que existem, entre os alunos, os que já têm problemas com o uso de drogas. Para eles, podem ser previstas ações de **prevenção secundária**, às vezes fora da sala de aula, que procurem reverter o processo ou evitar que o uso se torne crônico, agravando os seus danos ou levando à dependência.

Não se trata, portanto, de um trabalho pontual diante da constatação do consumo de drogas naquela unidade escolar, mas de uma decisão de atuar na formação integral dos alunos com as circunstâncias do mundo de hoje, pois o uso de drogas é um dos aspectos que deve ser considerado.



Nesse contexto, é importante que **a escola, ao fazer um programa de prevenção:**

- defina seus objetivos;
- estabeleça suas metas;
- trace estratégias coerentes com a filosofia da escola;
- avalie suas ações.

O primeiro dilema: **Que postura adotar?**

**Guerra às drogas?** Um combate às drogas para eliminar seu uso?

**Redução de danos?** Um trabalho para diminuir os riscos causados pelo consumo?

O enfoque da “redução de danos”, em oposição à “guerra às drogas”, sustenta-se como o **mais realista**, uma vez que não é possível nem desejável eliminar todas as formas de substâncias psicoativas da sociedade. Esse enfoque é o **mais eficaz**, pois é possível diminuir problemas sérios relacionados a acidentes e doenças, mediante o uso circunstanciado e controlado de determinadas drogas, como o álcool e certos medicamentos, por exemplo.

Os adolescentes dificilmente se sensibilizam com abordagens do tipo “diga não às drogas”, “droga mata” ou que mostrem pessoas “no fundo do poço”. São próprias dessa faixa etária, as fantasias de onipotência ou pensamentos como “isso não vai acontecer comigo” e “eu paro quando quiser”.

**O trabalho de prevenção terá mais probabilidade de sucesso se:**

- for integrado ao currículo escolar;
- for desenvolvido cooperativamente;
- aproveitar os diferentes recursos humanos e materiais da escola e da comunidade em que está inserido;
- usar espaços já criados em vez de tentar encontrar novos espaços, o que favorece a aceitação das intervenções propostas;
- forem planejadas ações que possam ser desenvolvidas com continuidade;
- envolver toda a escola gradativamente;
- os professores forem bem preparados para lidar com seus medos e preconceitos;
- a cultura específica da comunidade for respeitada.

Não é possível trabalhar a questão na escola como se ela fosse uma ilha. O reconhecimento de fatos e mitos a respeito do assunto, da situação real de uso e abuso de drogas em diferentes realidades, assim como as ideias e os sentimentos dos alunos, da comunidade e dos pais a respeito do assunto precisam ser considerados.

As **ações preventivas** na escola podem ser orientadas por **diferentes modelos**, que não são excludentes entre si. Constituem guias de ação e sua combinação e adaptação são altamente desejáveis para melhor servir à realidade local. São eles:

- 1) conhecimento científico;
- 2) educação afetiva;
- 3) oferta de alternativas;
- 4) educação para a saúde;
- 5) modificação das condições de ensino.

Vejamos cada um deles:



Modelo	Objetivo	Ação	Sugestões
Conhecimento científico	Propõe o fornecimento de informações de modo imparcial e científico. A partir das informações, os jovens poderiam tomar decisões conscientes e bem fundamentadas sobre as drogas.	1) oficinas e debates com profissionais de saúde; 2) leitura de livros; 3) discussão de filmes.	Filmes: <i>O Informante</i> – diretor Michael Mann, 1999. <i>Trainspotting</i> – diretor Danny Boyle, 1996. Livros: 1) <i>Liberdade é poder decidir</i> – sobre drogas – de Maria de Lurdes Zemel e Maria Eliza Lamboy, São Paulo: FTD, 2000. 2) <i>Doces Venenos: conversas e desconversas sobre drogas</i> , de Lygia R. Aratanga, São Paulo: Olho D'Água, 1991. 3) <i>Drogas – Mitos e Verdades</i> , de Beatriz Carlini Cotrin, Ática, 1997.
Educação afetiva	Parte da observação de que os jovens mais bem estruturados e menos vulneráveis, do ponto de vista psicológico, estão menos sujeitos a abusar das drogas.	Procedimentos que devem ser iniciados na infância, visando melhorar ou desenvolver no jovem: - a autoestima; - a capacidade de não se envolver no uso problemático; - a habilidade de decidir e interagir em grupo; - a capacidade de lidar com a ansiedade e a frustração; - a capacidade de resistir à pressão de grupos.	Serviços de orientação educacional. Para desenvolver a afetividade e a autoestima; atividades grupais organizadas para cuidar da integração, participação e liderança grupal. O próprio projeto pedagógico da escola deve preocupar-se com esses procedimentos e incorporá-los ao cotidiano.
Oferta de alternativas	Trata da oferta de desafios, prazeres e realizações proporcionadas por outros meios que não incluam o consumo de drogas.	- criação e gestão de atividades empresariais; - orientação escolar para alunos mais jovens; - práticas esportivas desafiadoras; - atividades artísticas variadas.	Torneios esportivos, criação e gestão de hortas comunitárias ou cooperativas de produtos e serviços. Atividade de monitoria ou ajuda mútua, com alunos mais adiantados, auxiliando os mais atrasados ou alunos de séries mais adiantadas, devidamente preparados.
Educação para a saúde	Pôr a educação a serviço de uma vida saudável.	Pretende formar um cidadão consciente em relação aos riscos que o cercam e com capacidade de escolher uma vida mais saudável.	A discussão de temas gerais, como importância da água no planeta, poluição, trânsito; atividades de plantio ou aproveitamento dos alimentos; cuidados com o corpo (desde escovar os dentes, lavar as mãos antes das refeições até fazer sexo seguro). Obs.: Essas atividades podem ser desenvolvidas desde a educação infantil.
Modificação das condições de ensino	A preocupação recai na formação integral do jovem, não apenas na prevenção do uso de drogas.	Projeto Político Pedagógico da Escola. Criar condições para melhorar o convívio escolar tornando a escola alegre e prazerosa. Oferecer condições para que o jovem possa se expressar e desenvolver atividades de seu interesse. Realizar atividades e projetos que envolvam os pais e a comunidade. Possibilitar que estas e outras ações sejam de caráter duradouro.	Melhorar a condição de ensino que inclui autorizar o professor, credibilizar o conhecimento e respeitar o aluno. Esse modelo tem seis orientações básicas, que podem ser aplicadas em conjunto: a) modificação das práticas de ensino; b) melhoria da relação professor-aluno; c) melhoria do ambiente escolar; d) incentivo ao desenvolvimento social; e) oferta de serviços de saúde; f) envolvimento dos pais ou cuidadores em atividades curriculares.

O foco principal do trabalho da escola deve ser a reflexão, que contribua para a visão crítica das situações e dos problemas e para o desenvolvimento da autonomia e da capacidade de escolha dos adolescentes.

O trabalho de **prevenção na escola** não surge, portanto, de uma necessidade localizada, não pretende reprimir os adolescentes, nem ensiná-los a “dizer não às drogas” ou fazer terrorismo sobre uma “tragédia iminente”. Também não se trata de acumular mais uma tarefa no sobrecarregado cotidiano do professor.

**A prevenção do uso de álcool e de outras drogas é uma tarefa que integra a sua função educacional e deve fazer parte do seu projeto pedagógico.** Quando compartilhada pelos educadores, pode ser percebida em um contexto de construção da responsabilidade social do grupo de alunos.

## SITUAÇÕES DE RISCO E SITUAÇÕES DE PROTEÇÃO NAS REDES SOCIAIS DE ADOLESCENTES

*Juliana Santos Borges  
Maria Fátima Olivier Sudbrack  
Marília Mendes Almeida*



A prevenção do uso de drogas pode adotar diferentes visões. Para trabalhar a prevenção em adolescentes no contexto escolar, a visão relacional sistêmica traz ao educador a prática de redes sociais. Dessa maneira, possibilita englobar as diferentes formas pelas quais o adolescente se sente pertencente a um grupo de pessoas.

Esse grupo de pessoas que se relaciona com o adolescente, as pessoas com quem o adolescente interage de maneira regular, que ele identifica como sendo pessoas significativas formam a rede social do adolescente.

**Rede social** é, então, o conjunto de relações significativas de uma pessoa.

A rede social contribui para o autorreconhecimento. Na adolescência, as relações que o indivíduo vivencia e estabelece com o mundo influenciam na forma como ele se percebe, como estrutura sua identidade e como desenvolve seus hábitos de autocuidado, projetos de vida e perspectivas.

A forma como o adolescente se relaciona com as pessoas à sua volta pode se constituir em um fator de risco ou um fator de proteção:

**Fatores de risco** são aquelas situações que aumentam a probabilidade de o adolescente assumir comportamentos de risco, tais como usar drogas.

**Fatores de proteção** são aqueles que diminuem a probabilidade de o adolescente assumir tais comportamentos de risco.

Para uma organização didática, algumas situações são classificadas como sendo fatores de risco ou de proteção, como veremos mais adiante. No entanto, é preciso entender que os fatores que representam risco para um determinado adolescente podem representar proteção para outro. Por exemplo, um adolescente tímido pode precisar usar drogas para se expressar melhor e assim entrar em um grupo de amizades. Em contrapartida, a timidez de outro adolescente pode afastá-lo de um grupo em que haja consumo de drogas. Um pai que tem um consumo exagerado de álcool pode incentivar um adolescente a ter contato com bebidas alcoólicas precocemente. Já em outro caso, o consumo de álcool em excesso do pai pode servir como um exemplo a não ser seguido pelo adolescente.

Vemos, então, que os fatores de risco e de proteção obedecem a uma lógica muito individual e ganham sentido de forma única para cada um. Por isso, o educador deve estar atento aos adolescentes e não ter concepções pré-formadas.

A visão sistêmica da adolescência e a problemática da droga lançam aos educadores desafios: compreender o adolescente e os grupos aos quais ele pertence (escola, família, comunidade, amigos) com um olhar relacional e agir por meio de intervenção contextualizada à realidade do adolescente e de suas relações.

A rede social, portanto, é de fundamental importância para uma compreensão mais inteira dos processos de integração psicossocial, de promoção do bem-estar, de desenvolvimento da identidade e de consolidação dos potenciais de mudança. No caso da prevenção desenvolvida no contexto da escola, a proposta é que o educador, por ter a possibilidade de contato com o aluno adolescente, possa vê-lo não somente como um indivíduo com problemas pessoais, mas também como um indivíduo que se constrói e se reconstrói na própria rede social, da qual o educador, a escola, os colegas, a família e a comunidade fazem parte.

Nesse sentido, as questões enfrentadas pelo educador na escola não se referem unicamente ao aluno, mas a todo o sistema no qual ele se inclui.

Na prática de redes sociais, o papel do educador se amplia à medida que: ele se reconhece como parte da rede dos alunos; reconhece outras pessoas e instituições dessa rede; entende qual a função que cada integrante da rede está exercendo na vida do adolescente e identifica riscos e potenciais presentes nessas relações.

## Mapeamento das redes sociais

Para auxiliar o educador nessa tarefa, existe um modelo de avaliação de **rede social** que propõe que as relações de um adolescente sejam entendidas em níveis gradativos de intimidade e em diferentes locais ou contextos de pertencimento (família, amigos, relações escolares ou de trabalho, relações comunitárias, de serviço ou de credo).

Esse modelo propõe ainda que a rede e as relações possuam determinadas características, funções e atributos. Vejamos, então, detalhadamente os três níveis de análise da rede social.

### Características estruturais

São as propriedades da rede em seu conjunto como:

- tamanho: o número de pessoas existentes;
- densidade: a conexão entre os membros, independentemente do adolescente, ou seja, se as pessoas mantêm contato e conversam sobre o adolescente, mesmo sem este estar presente;
- composição ou distribuição: concentração de pessoas em cada contexto de pertencimento em relação ao número total de pessoas;
- dispersão: distância geográfica entre os membros ou possibilidade de acesso aos membros da rede;
- homogeneidade ou heterogeneidade: diferenças de idade, sexo, nível socioeconômico e cultural;
- atributos do vínculo: intensidade, compromisso da relação, durabilidade e história em comum.

## As funções específicas da rede

São as formas predominantes de relacionamento que se estabelecem entre **o adolescente** e as pessoas com as quais ele convive, as pessoas da rede.

- companhia social: realização conjunta de atividades ou compartilhamento da rotina cotidiana;
- apoio emocional: pessoas mais íntimas, que permitem um clima de compreensão, simpatia, empatia e estímulo;
- guia cognitivo e de conselhos: interações destinadas a compartilhar informações, esclarecer expectativas etc.;
- regulação social: interações que lembram e reafirmam responsabilidades e papéis, neutralizam os desvios de comportamento, favorecem resolução de conflitos etc.;
- ajuda material e de serviços: pessoas ou instituições que contribuem com informações e conhecimento sobre serviços e necessidades materiais;
- acesso a novos contatos: pessoas ou instituições que ajudam a ampliar a rede social, por meio de conexões com novas pessoas.

## Os atributos do vínculo

São as formas como cada relação se comporta dentro da rede social como:

- função predominante ou combinação de funções que caracterizam predominantemente cada vínculo;
- multidimensionalidade ou o número de funções que cada vínculo desempenha;
- reciprocidade entre as funções desempenhadas pelo adolescente e a pessoa da rede em questão;
- intensidade, compromisso ou grau de intimidade da relação;
- frequência ou manutenção ativa dos contatos;
- história da relação.



Em relação à proposta de trabalho junto a educadores e alunos de escola pública para prevenção do uso de drogas, o mapeamento de redes sociais permite nomear a rede pessoal, torná-la visível e material, tanto para o aluno, como para o educador e para a escola. Esse é o primeiro passo para conhecer e ter um primeiro contato com a rede.

Ações de intervenção baseadas na prática de redes sociais ampliam as possibilidades do educador. O educador pode, junto ao adolescente, pensar quais pessoas da rede podem se aproximar mais, relações que podem ser fortalecidas, quais relações estão protegendo o adolescente. Da mesma forma, adolescente e educador podem refletir sobre quais relações estão aproximando o adolescente de situações de risco. Nessa situação, o que poderia ser modificado?

Além disso, à medida que o educador e os alunos começam a se ver como parte constituinte da identidade uns dos outros, passam também a desenvolver relações de maior confiança entre si. Assim, é bem possível que emergja a questão da droga que permeia a rede social de forma mais ampla e também mais específica, criando um ótimo contexto para se articular propostas de prevenção do uso de drogas na adolescência.

Um adolescente que não tem muitas relações ou que suas relações não têm qualidade, que não são afetivas, que não o protegem, é um adolescente em contexto de risco, de vulnerabilidade para o uso de drogas.

### Quais seriam então os mecanismos ou processos mediadores entre a rede social e a saúde do indivíduo?

Não só o tamanho, mas a densidade da rede tem influência sobre a saúde e o bem-estar do adolescente. Ou seja, a forma com que as pessoas que compõem a rede se relacionam entre si pode proteger ou colocar o adolescente em risco. Se as pessoas importantes na vida do adolescente estão conversando, se a escola

conversa com a família, se a família conversa com os amigos, essas pessoas podem compartilhar questões, preocupações, alegrias sem que uma determinada pessoa fique sobrecarregada. Essas pessoas podem juntar forças para proteger e cuidar desse adolescente.

No entanto, é importante que essas relações não sejam estreitas demais ao ponto de não permitir que o adolescente tenha espaços diferenciados, ou seja, espaços nos quais possa ficar só ou ficar com seus pares. Por exemplo, se a família e os amigos têm uma relação tão próxima a de o ponto do adolescente não diferenciar o espaço da família e o espaço dos amigos, essa é uma rede que pode colocar o adolescente em risco. Em vez de ter dois espaços em que ele pode exercer diferentes papéis, se ver de diferentes formas, o adolescente tem apenas um. Com isso, ocorre um empobrecimento de lugares sociais.

Outro fator de risco que pode afetar a rede é a ocorrência de adoecimentos prolongados, sejam eles físicos ou mentais. Doenças podem gerar afastamento e isolamento do adolescente de sua rede. O adolescente pode parar de procurar as pessoas à sua volta, as pessoas podem se afastar, e independente do que aconteceu primeiro, se o afastamento ou a doença, uma coisa pode levar a outra, numa espécie de círculo vicioso. Isso acontece quando a doença diminui a reciprocidade entre aquele que está doente e as pessoas à sua volta, tornando, assim, os comportamentos de cuidado para com ele pouco gratificantes.

**Como pensar, no âmbito da saúde, os processos acima descritos em relação ao uso de drogas e seus efeitos sobre a rede social pessoal do adolescente?**

Quando o adolescente se envolve com o uso de álcool e outras drogas, uma rede social estável, sensível, ativa e confiável tem maior capacidade de proteger o adolescente, atuando como agente de ajuda, encaminhamento à utilização de serviços de saúde ou ampliação e ativação de outros serviços ou pessoas, a fim de lidar com as demandas que começam a surgir.

Adolescentes que se envolvem em situações de consumo de drogas geram conflitos e questões que podem diminuir a qualidade de vida, a qualidade de suas relações e o potencial de proteção de alguns grupos aos quais o adolescente pertence.

A longo prazo, a tendência é que os grupos de relações que não compartilham do uso de drogas se afastem afetivamente do adolescente. Por exemplo, é comum a tendência de escolas de isolar ou expulsar o adolescente que faz uso de drogas; da família tomar posturas rígidas, sem diálogo, o que diminui a afetividade da relação; ou de amigos se afastarem. Dessa forma, o adolescente tem cada vez menos espaço para se relacionar em contextos sem a presença de drogas.

Nesse sentido, as relações do adolescente são abaladas por seu uso de drogas. É importante compreender como o uso afeta a rede, como a rede reage: as pessoas da rede se mobilizaram para proteger o adolescente? A rede se enfraqueceu com o afastamento das pessoas? Com quem o adolescente conta?

Levando-se em conta que a droga esteve presente na nossa sociedade e cultura, ao longo de todos os tempos, e que hoje faz parte dos ambientes e situações do dia a dia tanto do adolescente como de sua família, o trabalho de prevenção deve considerar:

- a compreensão dos fatores de risco para o uso de drogas e para o envolvimento em contextos que permeiam o uso, como tráfico de drogas e ambientes de violência.
- fatores de proteção presentes na rede social do adolescente.

**Fundamentos da prática de redes sociais nas ações preventivas do uso de drogas no contexto da escola**

O processo de reflexão e autoconhecimento do adolescente sobre os fatores de risco e proteção para o uso de álcool e outras drogas é o que o torna mais consciente de suas relações, das relações presentes e das possibilidades de relações futuras.

Uma vez que os fatores de risco se tornam conhecidos, é possível compartilhá-los com amigos, educadores, família, buscando formas e estratégias de transformação.

A prática de redes, direcionada para a compreensão de como os fatores de risco e proteção se articulam nas relações dos adolescentes, situa os educadores de forma ativa e responsável pelo estabelecimento de relações mais saudáveis e protetivas.

Trabalhar a questão do uso de drogas pode gerar um estado de inércia pela complexidade do tema, mas essa inércia pode ser reduzida com um trabalho relacional e o estabelecimento de vínculo com o adolescente: entender sua vida, suas relações, projetos de vida, sonhos.

O tema da droga começa a aparecer, quando antes era velado, escondido, à medida que as relações entre os vários atores da escola vão se ampliando e o adolescente se sente pertencente e acolhido e reconhece, no ambiente escolar, um lugar de transformação.

O envolvimento do adolescente com o “mundo das drogas” exige a compreensão dos motivos que o levam a usar ou abusar das drogas, envolvendo as questões pessoais, as características do produto, a presença de fatores psicossociais em um determinado contexto sócio-histórico.

Nesse sentido, a rede de relações dos adolescentes apresenta uma enorme quantidade de variáveis e seu conjunto torna o adolescente mais ou menos propenso ao uso de drogas ou a outras formas de envolvimento com a droga.

Isso significa que não há como compreender a questão das drogas sem conhecer o adolescente e suas relações e a forma como os diferentes fatores se conjugam em sua rede social.

Por isso, o primeiro passo de uma ação de prevenção é conhecer a rede do adolescente e os fatores de risco e de proteção presentes. Assim, pode-se pensar estratégias para diminuir os fatores de risco e fortalecer os fatores de proteção identificados.

Desse modo, o educador pode auxiliar o adolescente a realizar uma autoavaliação e a se conscientizar sobre o que vem a se configurar como risco e proteção em sua rede pessoal.

Para isso, é importante que o educador amplie o conhecimento das redes sociais de seus alunos em diferentes níveis de sua vida relacional: família, escola, amizades e comunidade.

### Redes sociais no contexto da família

A adolescência é o momento familiar em que os pais têm que rever regras, negociar e equilibrar limites e papéis familiares para que não se tornem rígidos demais e nem muito permissivos, sem regras claras e com papéis soltos.

Num sistema familiar com regras e papéis inflexíveis, o adolescente pode encontrar na transgressão e no uso de drogas, o espaço para conseguir se manifestar, ter voz e ser protagonista.

Em contraponto, a falta de limites pela família pode fazer com que o adolescente procure a lei e a interdição fora do ambiente familiar.

Quando os pais têm dificuldades nesse processo, se tornam rígidos ou flexíveis demais e não conseguem estabelecer diálogo com o adolescente, ele pode reagir de forma adversa. É comum os pais acharem que não são mais ouvidos nem levados a sério, o que pode levá-los a se afastarem dos filhos antes que os filhos se afastem dos pais, invertendo os papéis.

Enquanto os pais estão na difícil tarefa de equilibrar as regras familiares, os adolescentes estão buscando autonomia e pertencimento. O adolescente precisa sentir que está à frente de sua vida, que tem autonomia para tomar decisões. Ao mesmo tempo, precisa se sentir pertencente aos grupos de pessoas que se formam à sua volta (amigos, família, escola, comunidade). Quando a família e o adolescente não elaboram bem esses



dois momentos, os adolescentes podem tornar-se muito observadores, não deixando escapar nenhum detalhe quanto às contradições de seus pais, armando-se desse conhecimento para criticá-los. Nessa fase, é preciso que a família crie ou reforce ambientes de diálogos e relações afetivas.

Em termos relacionais, essas questões nos levam a pensar em alguns fatores de risco e proteção, no âmbito familiar, para a questão do envolvimento do adolescente com o uso de álcool e outras drogas:

Proteção	Risco
Sentimento do adolescente de pertencimento e integração ao sistema familiar.	Presença do uso ou abuso de drogas lícitas e ilícitas no ambiente familiar.
Relações harmoniosas com a família.	Relações conflituosas na família.
Presença de diálogo como estratégias para lidar com conflitos.	Presença de violência como estratégia para lidar com conflitos.
Presença de referência de autoridade e limites definidos e respeitados.	Ausência de referência de autoridade e limites definidos e respeitados.
Flexibilidade na negociação de regras familiares.	Rigidez ou permissividade na negociação de regras familiares.
Boas expectativas e investimento familiar em relação ao futuro projeto de vida do adolescente.	Baixas expectativas e baixo investimento familiar em relação ao futuro e projeto de vida do adolescente.
Boas expectativas e alto nível de confiança do adolescente em relação ao sistema familiar.	Baixas expectativas e baixo nível de confiança do adolescente em relação ao sistema familiar.

A forma como a família vai lidar com as tarefas de negociar regras e limites com os adolescentes vai depender de suas características. Nesse sentido, quando situamos a família no estudo dos fatores de risco e proteção para envolvimento do adolescente com as drogas, consideramos importante conhecer suas características culturais, sociais e econômicas.

Apesar de famílias apresentarem, muitas vezes, dinâmicas e características semelhantes, elas possuem particularidades conforme a condição socioeconômica e cultural.

Observa-se, por exemplo, que:

- filhos de famílias de populações pobres podem ser encaminhados ao mercado de trabalho muito cedo;
- algumas etapas da vida como a infância e a adolescência podem ser encurtadas, dependendo do contexto no qual a pessoa está inserida.

Isso ocorre porque o sistema familiar pode não conseguir prover o adolescente quanto à ajuda material, acesso a bens, serviços e outros.

Outro aspecto refere-se às características da comunicação e expressão do afeto no sistema familiar, que engloba tanto a aquisição da linguagem quanto a imitação não verbal, gestual, vocal e das condutas dos pais e outros membros familiares. Assim, a família pode ter diversas formas de expressar o seu afeto: por meio de falas, gestos, sorrisos, ações de cuidados, promoção de ambiente de lazer familiar.

Em famílias que apresentam dificuldades em expressar afeto, o envolvimento do adolescente com drogas pode funcionar como uma comunicação sobre a forma da família se relacionar, uma denúncia de problemas no sistema familiar.

### Redes sociais no contexto da escola

Como a abordagem das redes sociais dos adolescentes constitui uma efetiva estratégia de prevenção, desenvolvemos um instrumental e uma metodologia de mapeamento que facilita aos educadores e aos próprios adolescentes adentrar na avaliação dos fatores de risco e dos fatores de proteção presentes nas redes sociais.



Esse diagnóstico poderá fundamentar a abordagem preventiva, o que vai gerar ações junto à família, ao grupo de amigos, ou junto à comunidade e, principalmente, junto ao próprio contexto da escola.

Citamos, a seguir, alguns fatores de risco e alguns fatores de proteção que o educador pode observar, pois estão presentes tanto nas relações pessoais do aluno com a escola, como nas relações com o educador e com a escola como parte da comunidade.

### **Pertencimento escolar**

<b>Fatores de risco</b>	<b>Fatores de proteção</b>
Vivência de exclusão nas relações escolares.	Pertencimento e valorização do aluno pela escola.
Incoerência na exigência de cumprimento das regras na escola.	Presença de regras claras e referências de autoridade na escola.
Ausência de relações de cooperação entre a família e a escola.	Relação de cooperação entre a família e a escola.

### **Relação educador-aluno**

<b>Fatores de risco</b>	<b>Fatores de proteção</b>
Insensibilidade e distanciamento na relação professor-aluno.	Relações de respeito entre educador e aluno.
Frustração e pressão diante das experiências de aprendizagem.	Experiências positivas de aprendizagem.
Desmotivação e desengajamento em relação às atividades escolares.	Estímulo e motivação para as atividades escolares.

### **O espaço da escola e fronteiras com a comunidade**

<b>Fatores de risco</b>	<b>Fatores de proteção</b>
Proximidade da rede de distribuição de drogas com a escola.	Realização de programas de prevenção do envolvimento com drogas pela escola.
Relações com os colegas usuários de drogas dentro da escola.	Mobilização e conscientização para conhecimento sobre a realidade de consumo na escola.
Ausência de conhecimento e controle da escola sobre a presença de drogas.	A escola como ambiente seguro e protetor.

### **(Re) Significação do trabalho**

<b>Fatores de risco</b>	<b>Fatores de proteção</b>
Realização de trabalho em condições adversas, como: atividades ilícitas e trabalho infantil.	Oportunidades concretas para a inserção profissional do adolescente.



## Redes sociais no contexto das amizades/namoro

A observação das interações de grupos de jovens no contexto da amizade e do namoro fornece ao educador informações fundamentais que podem, assim, compreender a força da coesão grupal nessas duas circunstâncias.

### Pertencimento a grupo de amigos

Fatores de risco	Fatores de proteção
O adolescente não conseguir pertencer a nenhum grupo de amigos.	O adolescente se sentir pertencente a grupos de amigos.
O adolescente só pertencer a grupos com predominância de hábitos não saudáveis.	O adolescente pertencer a grupos com predominância de hábitos saudáveis.

### Características dos grupos de amigos

Fatores de risco	Fatores de proteção
Grupo com regras muito rígidas e papéis hierarquizados.	O grupo que dá espaço ao adolescente para se manifestar, ser protagonista.
Grupo violento.	Grupo que não precisa recorrer à violência para solucionar problemas.

### Veiculação da droga no contexto das amizades

Fatores de risco	Fatores de proteção
Grupos cujos ambientes de lazer envolvem uso de drogas.	Grupo com ambientes de lazer saudáveis, sem uso de drogas.
Grupo envolvido com tráfico de drogas.	

## Redes sociais no contexto da comunidade

A dimensão comunitária envolve o ambiente físico no qual o adolescente está inserido no seu dia a dia, ou seja, sua vizinhança, seu bairro e outros espaços de congregação que ele considera como parte de suas relações comunitárias.

Nesse sentido, o espaço comum, de convivência, desde o ambiente familiar até a rua onde mora, a praça e outros espaços do bairro e cidade onde reside, compõem sua noção de comunidade.

Outra dimensão da comunidade é a inserção ou pertencimento a grupos e congregações de diferentes naturezas, que compartilhem credos, crenças, atividades e ações comuns, como igrejas, grupos de dança, grupos de estudo, ONGs.

Na comunidade, o adolescente percebe como é seu acesso a serviços disponíveis e bens de consumo compartilhados e cobiçados pela sua comunidade. Portanto, o adolescente é constantemente incentivado ao consumo de roupas, músicas, revistas, bares, espaços virtuais, entre outros.

É comum a construção da imagem do adolescente ideal como aquele que melhor consome e propõe consumo. Com frequência, o adolescente pode usar a droga na identificação de novos ideais, grupos e congregações sociais.

### Pertencimento comunitário

Fatores de risco	Fatores de proteção
Fácil acesso a drogas e violência na comunidade.	Acesso a espaços de lazer, convívio, circulação.
Comunidade com forte apelo de consumo.	Acesso a bens e serviços.

## Considerações finais

A proposta aqui não é lutar contra as drogas e sim contra os fatores de risco que colocam o adolescente em vulnerabilidade para o uso de drogas.

Se por um lado é impossível vivermos ou oferecermos aos nossos filhos uma sociedade sem drogas, está em nosso pleno alcance a possibilidade e a decisão de construirmos uma sociedade mais preparada para o enfrentamento dos problemas gerados pelo crescente uso de álcool e outras drogas.

Cada um de nós pode contribuir para evitar os fatores de risco sociais e econômicos que favorecem o consumo e a oferta de drogas.

A prevenção do uso de drogas, ao mesmo tempo em que deve destacar o importante papel da família e da escola, não pode deixar de considerar o contexto maior do qual fazem parte.

Além de uma postura preventiva e educativa na família e na escola, espera-se uma postura política, pois urge na sociedade brasileira que se desenvolvam uma consciência e uma posição crítica em face dos fatores de risco do contexto em que se inserem a família e a escola, entre os quais destacamos:

- a miséria, que pode incentivar nossos jovens e crianças a se tornarem pequenos traficantes;
- o abandono afetivo, que deixa espaço para o apego às drogas;
- o consumismo, que reconhece como sujeito apenas aquele que compra o último produto do mercado;
- a luta contra a desumanização do ser humano, que pode encontrar nas drogas refúgio para sentir alguma emoção;
- a luta contra o individualismo, que pode remeter o jovem ao grupo de consumo de drogas na ilusão de viver uma coletividade;
- a luta contra a performance da perfeição, que exige cada vez mais do homem e pode remetê-lo ao estímulo químico para ampliar suas energias e sua competência, que paradoxalmente o esgota e o submete.

A SENAD, em sua Semana Nacional sobre Drogas de 2004, teve como tema as REDES SOCIAIS, com um *slogan* interessante: *Gente depende de gente! Juntos temos mais força!* É disso que precisamos. De gente e de uma política que tenha a coragem de assumir que é nas relações que nos construímos como seres humanos. Não se trata de salvar os seres humanos das drogas, trata-se de assumir nosso lado humano em todos os sentidos para resgatarmos a nossa própria humanidade.

Gente precisa de gente. Nesse princípio baseia-se a proposta das redes sociais, pois se reconhecemos a nossa condição primeira como seres humanos, o que vamos procurar são nossas redes sociais, nossos laços, nossos vínculos, nossa vontade de estar com o outro.

## Referências

- ALBERTANI, H. A escola e o uso de drogas. In: *Tá na roda*, uma conversa sobre drogas. São Paulo: Fundação Roberto Marinho e Secretaria Estadual de Educação/São Paulo, 2003.
- ALMEIDA, F. N. et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, 14(3), 1992, p. 93-104.
- ALMEIDA, M. M. *Construção de uma proposta de avaliação dos fatores de risco e de proteção para o uso de drogas no contexto das redes sociais, de adolescentes em conflito com a lei*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS DEPARTAMENTOS DE TRÂNSITO. (ABDETRAN). *Impacto do uso do álcool e outras vítimas de acidente de trânsito*. Brasília: Cetad/Raid, 2007.
- BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. *Epidemiológica básica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994.
- CARLINI MARLATT, B. Estratégias preventivas nas escolas. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO, A. (Org.). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 191-197.
- CARLINI, E. A. *II Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras* – 2004. Brasília: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.
- CARLINI, E. A. et al. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país* – 2005. Brasília: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.
- \_\_\_\_\_. *II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos entre estudantes de 1º e 2º graus* – 1989. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Departamento de Psicologia da Escola Paulista de Medicina, 1990.
- \_\_\_\_\_. *Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras* – 2003. Brasília: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.
- CARLINI-COTRIM, B. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: ADIALA, J. G. (Org.) *Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo: Summus, 1998. p. 19-30.
- \_\_\_\_\_. Movimentos e discursos contra as drogas: o caso da sociedade norte-americana. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, 17(3), 1995, p. 93-101.
- CARLINI-COTRIM, B. et al. *Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil*, 1987. Centro de Documentação do Ministério da Saúde (Série C: Estudos e Projetos, 5), 1989.
- COLLE, F. X. *Toxicomanias, sistemas e famílias*. Tradução de M. J. Pereira. Lisboa: Climepsi, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria do Ensino Fundamental (SEF). *Parâmetros Curriculares Nacionais 5ª a 8ª série*. Temas transversais: Saúde, Brasília, 2000.
- PRADO, D. *O que é família?* Brasiliense: São Paulo, 1982.
- SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SCIVOLETTO, S. Abuso e Dependência de Drogas. In: SAITO, M.I.; SILVA, L. E. V. (Org.) *Adolescência- Prevenção e Risco*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 365-385.

SUDBRACK, M. F. O. Terapia familiar sistêmica. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO Jr., A. (Org.). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 403-415.

SUDBRACK, M. F. O.; PEREIRA, S. E. N. F. *Adolescentes e drogas no contexto da Justiça*. Brasília: Editora Plano, 2003.

ZEMEL, M. L. S. O papel da família no tratamento da dependência. Imesc, São Paulo, 2001, v.2, p. 43-63.