

DROGAS

Profª Ana Luisa Miranda Vilela

OBJETIVOS DO CURSO SOBRE DROGAS	3
1. Aspectos Relevantes da Questão das Drogas	4
Conceito	4
Os fatores de risco para uso ou abuso de drogas	4
Dependência	4
Escalada	5
Tolerância	5
Tipos de usuários de drogas	5
2- História das drogas na humanidade:	5
O Tabaco:	5
O Álcool:	6
Ópio e opiáceos:	6
A coca e seus derivados:	7
A maconha	7
Outros alucinógenos:	8
Considerações finais:	9
Movimento de contracultura:	9
O uso atual de drogas:	10
3- A FASE ADOLESCENTE E AS MOTIVAÇÕES PARA AS DROGAS:	11
A - OS USUÁRIOS DE DROGAS E SUAS MOTIVAÇÕES:	11
B- A ADOLESCÊNCIA:	11
1. A adolescência e as drogas:	11
EXERCÍCIOS	13
4- A FAMÍLIA E AS DROGAS	17
QUESTÕES PROPOSTAS	18
5- AS DROGAS E SEUS EFEITOS NO ORGANISMO:	18
A. Drogas estimulantes do SNC:	19
1. FUMO (TABACO):	19
2. COCAÍNA:	20
3. CRACK:	21
4. MERLA:	21
5. ANFETAMINAS:	22
6. ANABOLIZANTES:	23
B. Drogas depressoras do SNC:	26
1. ÁLCOOL:	26
2. NARCÓTICOS:	27
3. SEDATIVOS E TRANQUILIZANTES:	30
4. INALANTES, SOLVENTES OU VOLÁTEIS:	31
C. Drogas perturbadoras do SNC:	32
1. MACONHA E HAXIXE:	32
2. ECSTASY (ÉXTASE):	34
3. ALUCINÓGENOS:	35
4. ANTICOLINÉRGICOS:	36
6- As drogas mais usadas no Brasil	36
As drogas estimulantes	37
As drogas alucinógenas	37

7- Uso de drogas e AIDS	37
8- Redução de Danos pelo Consumo de Drogas	37
Aconselhamento	38
Conclusão:	39
EFEITOS DAS DROGAS NO ORGANISMO (Resumo - Quadro Comparativo)	39
9- ONDE PROCURAR AJUDA:	41
EXERCÍCIOS	42
10- BIBLIOGRAFIA:	46

OBJETIVOS DO CURSO SOBRE DROGAS

Ao final do bimestre o aluno deverá ser capaz de:

1. Identificar funções sociais implícitas no uso de drogas.
2. Exemplificar como cada função se manifesta em diferentes culturas.
3. Justificar sua postura pessoal diante de situações específicas de uso de drogas.
4. Dimensionar o século XX como “século das drogas”.
5. Situar a influência dos meios de comunicação na divulgação das drogas nas sociedades urbanas e industriais.
6. Diferenciar os usos ocidental e oriental de drogas e sua interpretação na modernidade.
7. Indicar aspectos relevantes da “cultura das drogas” na sociedade brasileira.
8. Identificar o papel das drogas nos conflitos entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.
9. Caracterizar o consumo de drogas no Brasil como um problema de saúde pública.
10. Explicar a dependência de drogas como um fenômeno tridimensional.
11. Dimensionar o uso de drogas segundo diversas categorias de intensidade e frequência.
12. Exemplificar as características psicossociais principais da adolescência.
13. Relacionar características da adolescência com práticas sociais dos jovens.
14. Conceituar droga, dependência física, psíquica e tolerância.
15. Relacionar álcool, tabaco, morfina (ópio e derivados), anfetamina, barbitúrico, benzodiazepínico, LSD, anabolizante, solventes, cocaína e derivados (crack e merla), ecstasy, maconha e haxixe, anticolinérgicos com modificações no comportamento humano e prejuízos mais notórios aos sistemas: reprodutor, nervoso, respiratório e circulatório.
16. Destacar o importante papel de cada indivíduo no bem-estar social e os possíveis reflexos do uso e abuso de drogas na formação da cidadania.

1. Aspectos Relevantes da Questão das Drogas

Conceito

Em todas as sociedades sempre existiram "drogas". Entendem-se assim **produtos químicos** ("psicotrópicos" ou "psicoativos"), de origem natural ou de laboratório, que produzem efeitos, sentidos como prazerosos, sobre o sistema nervoso central. Estes efeitos resultam em alterações na mente, no corpo e na conduta. Na verdade, os homens sempre tentaram modificar o humor, as percepções e sensações por meio de substâncias psicoativas, com finalidades religiosas ou culturais, curativas, relaxantes ou simplesmente prazerosas.

Estudos têm demonstrado diferentes motivações para o uso de drogas: alívio da dor, busca de prazer e busca da transcendência são razões encontradas nos diversos grupos sociais ao longo da história.

Antigamente, tais usos fizeram parte de hábitos sociais e ajudaram a integrar as pessoas na comunidade, através de cerimônias, rituais e festividades. Hoje, tais costumes são esvaziados em consequência das grandes mudanças sócio-econômicas. Características da modernidade, como a alta concentração urbana ou o poder dos meios de comunicação, modificaram profundamente as interações sociais. No decorrer desse processo o uso de drogas vem se intensificando.

Produtos antigos ou recentes, legais ou ilegais, conheceram novas formas de fabricação e comercialização, indo ao encontro de novas motivações e novas formas de procura. Hoje, diante da diversidade de produtos, é fundamental o conhecimento do padrão de consumo e efeitos das substâncias psicoativas, já que o uso e abuso de drogas representa uma questão social complexa.

Os fatores de risco para uso ou abuso de drogas

Quanto aos fatores de risco relacionados ao abuso de drogas, eles são maiores para certas pessoas, em função das suas condições de vida.

Assim, são mais inclinadas ao uso as pessoas:

- sem informações adequadas sobre drogas e seus efeitos;
- com uma saúde deficiente;
- insatisfeitas com sua qualidade de vida;
- com problemas psicológicos que possam torná-las vulneráveis ao abuso de drogas;
- com fácil acesso a drogas.

Problemas relacionados ao uso de drogas surgem, de fato, de um encontro entre três fatores básicos. Operando **juntos**, eles provocam as rupturas acima mencionadas que podem levar à dependência. São eles:

- droga, o **"produto"** e seus efeitos;
- a pessoa, a **personalidade** e seus problemas pessoais;
- a sociedade, o **contexto sócio-cultural e econômico**, suas pressões e contradições.

O consumo de drogas não se deixa dissociar da procura de **prazer**: pode tornar-se problemático precisamente por ser **prazeroso**. Este prazer pode resultar de sensações de bem-estar, ou euforia ("barato"), de força, poder, leveza ou serenidade, ou ainda, da ausência de dor ou de memória.

A procura de bem-estar e prazer é natural, fazendo parte da vida de todos; o problema consiste em querer buscá-los usando drogas.

Dependência

Quando se precisa de tais meios artificiais, significa que há algo errado consigo mesmo ou nas relações com os outros. Recorrer a produtos químicos continuamente apresenta-se então como uma saída possível, como se elas fossem uma "poção mágica" contendo a "solução". Na falta do produto ao qual a pessoa se acostumou, ela é invadida por sensações ou "sintomas" penosos, indo de nervosismo, inquietação ou ansiedade ao impulso de obtê-lo de novo, a qualquer custo. Este estado chama-se **dependência**. O dependente de drogas deve ser considerado como um doente. Este necessita de ajuda e tratamento para entender as razões de seu abuso e iniciar sua reinserção social. Distingue-se a **dependência física** da dependência **psíquica**.

Dependência física

A **dependência física** ocorre quando o organismo acostuma-se à presença do produto, sendo que a sua falta provoca os sintomas da síndrome de abstinência (p.ex. delirium tremens, no alcoolismo). Enquadram-se produtos como o álcool, a nicotina, os produtos derivados do ópio.

Dependência psíquica

A **dependência psíquica** instala-se quando a pessoa se acostuma a viver sob os efeitos de um produto psicoativo. Ela é dominada então por um impulso, quase incontrolável, de se administrar a droga com frequência, para não experimentar o mal-estar da falta, conhecido como "fissura".

Significa, portanto, o apego da pessoa àquele estado de bem-estar.

Diante da complexidade de diferenciar os dois tipos, a OMS recomenda hoje falar apenas **dependência**, caracterizada (ou não) pela síndrome de abstinência.

Escalada

Chama-se **escalada** a passagem de um consumo ocasional a um uso intenso ou contínuo (**escalada quantitativa**), ou ainda a mudança de um uso de produtos "leves" para outros considerados "pesados" (**escalada qualitativa**). É importante assinalar que o produto psicoativo pode criar dependência, em função do modo de usar, do contexto e da personalidade.

Assim, a evolução para a escalada não é nem automática nem irreversível.

Tolerância

Fala-se de **tolerância** quando o organismo reage à presença de uma substância psicoativa através de um processo de adaptação biológica. Ele o incorpora em seu funcionamento de modo a responder cada vez menos ao produto. Logo, para obter os mesmos efeitos, é necessário aumentar a dosagem. Esta elevação, comparável à escalada quantitativa, aumenta os riscos de uma **superdosagem** ("**overdose**"), capaz de provocar morte súbita por parada respiratória ou cardíaca, como no abuso da cocaína, por exemplo.

Tipos de usuários de drogas

É útil distinguir vários tipos de usuários de drogas, segundo critérios científicos, para desfazer o preconceito de que todo usuário seja "viciado" ou "marginal". Assim, a UNESCO distingue quatro tipos:

experimentador: limita-se a experimentar uma ou várias drogas, em geral por curiosidade, sem dar continuidade ao uso;

usuário ocasional: utiliza uma ou várias substâncias, quando disponível ou em ambiente favorável, sem rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais;

usuário habitual ou "funcional": faz uso freqüente, ainda que controlado, mas já se observam sinais de rupturas;

usuário dependente ou "disfuncional" (toxicômano, drogadito, dependente químico): vive pela droga e para a droga, descontroladamente, com rupturas em seus vínculos sociais, podendo haver marginalização e isolamento.

O uso de drogas, portanto, não leva automaticamente a estados de dependência. Passa-se ao **abuso** com a **perda de controle** sobre o uso, em consequência de certas dificuldades ou fatores de risco, que variam de pessoa para pessoa, do contexto social e familiar. A compreensão dessas dificuldades e dos fatores de risco é crucial na ajuda ao dependente de drogas.

2- História das drogas na humanidade:

O Tabaco:

O uso do tabaco surgiu aproximadamente em 1000 a.C., nas sociedades indígenas da América Central, em rituais mágico-religiosos. A planta, chamada *Nicotiana tabacum*, chegou ao Brasil provavelmente por migração de tribos Tupis-Guaranis. Quando os portugueses aqui desembarcaram, tomaram conhecimento do tabaco através do contato com os índios. A partir do século XVI o seu uso disseminou-se pela Europa, onde foi usado até para curar as enxaquecas de Catarina de Médici, rainha da França.

Suas folhas foram comercializadas sob a forma de fumo para cachimbo, rapé, tabaco para mascar e charuto, até que, no final do século XIX, iniciou-se a sua industrialização sob a forma de cigarro. Seu uso espalhou-se de forma epidêmica por todo o mundo, ajudado pela publicidade e marketing. A folha do tabaco, pela importância econômica do produto no Brasil, foi incorporada ao brasão da república.

A partir da década de 60, surgiram os primeiros relatórios médicos relacionando o cigarro à doença no fumante e, a seguir, no não fumante. Fumar, a partir de então, passou a ser encarado como vício que precisa ser combatido.

O Álcool:

Representa a mais antiga das drogas. Obtido pela fermentação de diversos vegetais, esteve presente nas grandes culturas do Oriente Médio, sendo seu registro mais antigo, o da civilização egípcia, que descreve o uso do vinho e da cerveja. Nessa civilização, essências alcoólicas eram usadas para uma série de doenças, além de ser um meio abortivo e embriagador contra dores. O consumo de cerveja pelos jovens era comum, porém só bem tolerado em festividades religiosas e sociais.

Na Mesopotâmia, as bebidas alcoólicas existiram desde o final do segundo milênio a.C.

O consumo de álcool nas civilizações gregas e romanas é bem conhecido, sendo utilizado tanto pelo seu valor alimentício quanto para festividades sociais e religiosas. Durante longos períodos, o consumo de vinho foi proibido para as mulheres.

Durante milhares de anos, praticamente todas as sociedades que se utilizaram de grãos de vegetais para fazer alimentos, aprenderam a fermentar o amido desses cereais e o açúcar para fazer bebidas fermentadas como a cerveja e o vinho. Assim, o álcool tornou-se uma droga mundialmente conhecida e usada, pela facilidade do processo e da obtenção da matéria-prima.

Durante o início do século XX sua venda foi proibida nos Estados Unidos, o que ficou conhecido como "Lei Seca". A partir de meados da década de 30 e após a revogação da "Lei Seca", surgiu, em quase todo o mundo ocidental, uma nova atitude em relação às bebidas alcoólicas. Nas décadas de 40 e 50, a indústria do álcool e os AA (Alcoólicos anônimos) fizeram uma espécie de acordo: estabeleceram que haveria dois tipos distintos de bebedores de álcool: os bebedores sociais e os alcoólatras (ou alcoolistas). Bebedores sociais seriam pessoas que tomam bebidas por prazer e que não teriam problemas com o álcool. Já os alcoólatras (ou alcoolistas), em número muito menor, teriam uma doença, supostamente de origem genética, que os impediria de fazer uso sensato de bebidas alcoólicas. São os bebedores problemáticos, que perdem o controle em relação à bebida.

Hoje, o vinho continua sendo parte integrante de cerimônias católicas, protestantes, no judaísmo, candomblé e outras práticas espíritas.

Tudo isso, aliado a fatores econômicos muito importantes, faz com que qualquer tentativa em reduzir ou proibir o consumo de bebidas alcoólicas, esbarre com obstáculos e dificuldades praticamente intransponíveis.

Você sabia que o álcool tem valor nutricional ? 300 ml de cerveja, 150 ml de vinho e 50 ml de Whisky ou cachaça são capazes de liberar cerca de 100 calorias.

Ópio e opiáceos:

Entre os gregos antigos, o ópio tinha um significado divino. Seus efeitos eram considerados como dádiva dos Deuses para acalmar enfermos. Mas a história mundial do ópio inicia-se bem antes dos gregos. Na China antiga, a planta **papoula**, que fornece o ópio, era símbolo nacional (como os ramos do café no Brasil). Tais representações simbólicas de um povo significam, além de uma inclinação pela adoração de forças sobrenaturais, um compromisso social profundo, sendo que os referidos cultivo e consumo participam da vida cultural da população como peça fundamental.

A papoula, chamada também de "dormideira", é uma planta originária do Mediterrâneo e do Oriente Médio. Ela é cultivada com facilidade em muitas regiões subtropicais e mesmo montanhosas.

Os registros mais antigos do conhecimento sobre o ópio são da Mesopotâmia (há cerca de 7.000 anos). O conhecimento das propriedades medicinais da papoula chega depois à Pérsia e ao Egito, por intermédio dos babilônios. Os gregos e os árabes também empregam o ópio para fins médicos. O primeiro caso conhecido de cultivo da papoula na Índia data do século XI; no tempo do império Mongol (século XVI), a produção e o consumo de ópio nesse país já eram fatos normais. Segundo dados publicados no Correio da UNESCO, 1982, parece que o ópio foi introduzido na China pelos árabes no século IX ou X. O ópio era conhecido também na Europa na Idade Média.

Quando era utilizado por prazer, era ingerido como chá. O hábito de fumar é recente, isto é, conta apenas algumas centenas de anos. O abuso do ópio e seus derivados (morfina e heroína) deu origem aos primeiros esforços internacionais de controle do uso de narcóticos.

Em muitas sociedades orientais tradicionais, sobretudo no meio rural, recorre-se ao uso do ópio contra dores, como tranquilizante e euforizante., sendo também um instrumento de relaxamento grupal, consumido da mesma forma que o chá, o álcool e o cigarro. Na Malásia, por exemplo, os pescadores procuravam no ópio ajuda para suportarem as condições de vida extremamente duras, enquanto hábito antigo totalmente integrado.

No século passado, a "British East India Company", empresa inglesa, produzia ópio na Índia e o vendia para a China. A insistência do Governo Chinês em reprimir a venda e o uso da droga que se alastrava como

uma epidemia, levou a um conflito com a Inglaterra, conhecido como Guerra do Ópio. Os ingleses, que detinham o monopólio do comércio do ópio, obrigaram a China a liberar a importação da droga: como resultado, em 1900, metade da população adulta masculina chinesa era descrita como dependente da droga.

Amplamente aceito como droga recreativa no Oriente e comprado livremente em armazéns na Inglaterra e nos Estados Unidos até fins do século XIX, o ópio provocou o surgimento de “casas de ópio” na maioria das cidades européias. Foi somente no início desses século que seu consumo começou a ser proibido.

A heroína, droga semi-sintética derivada da morfina, foi sintetizada a partir da morfina em 1874, mas só veio a ser empregada extensivamente na medicina depois do início do presente século. A companhia Bayer, da Alemanha, iniciou sua produção em escala comercial, em 1898, como um novo remédio contra a dor. Embora tenha tido uma aceitação ampla, o primeiro controle abrangente da heroína nos Estados Unidos só veio a ser adotado com a promulgação da Lei de Narcóticos Harrison, de 1914.

A coca e seus derivados:

A coca é um arbusto de folhas persistentes, que cresce em grande parte da América do Sul, em particular nas regiões andinas. Suas folhas são mastigadas há séculos, nas montanhas e altiplanos, pela população indígena.

Segundo certos pesquisadores esse hábito existe há quatro mil anos, como mostram determinados achados arqueológicos. Porém, o hábito de mastigar a folha da coca - o chamado “coquear” - não representa nem a única, nem talvez a mais importante função social dessa planta: ela ocupa um lugar de destaque na esfera comunitária e ritual dessas populações.

Tentando reprimir esse hábito, invasores espanhóis no início da colonização correram o risco de provocar uma descaracterização étnica com consequências imprevisíveis, senão um colapso social. De fato, o hábito de “coquear” faz parte de uma adaptação biológica e sócio-cultural, em um contexto geográfico e climático altamente desfavorável. Mastigar a folha de coca tem por objetivo evitar o cansaço, a sede e a fome (ou pelo menos suas sensações) e aguentar melhor o frio, às vezes intenso.

Existe também o uso medicinal da coca, sob forma de “chá de coca”, ao qual se atribui propriedades específicas para problemas digestivos, estancar hemorragias, tratar feridas etc. Os curandeiros apelam para o “espírito da coca” em rituais acompanhados pela comunidade inteira. Ela é aplicada no recém-nascido para a secagem do cordão umbilical, que, em seguida, é enterrado junto com folhas de coca, representando, assim, um talismã para o resto da vida do indivíduo. Nos funerais, rituais são realizados para apaziguar os espíritos (da coca) e assegurar a tranquilidade pós-morte do falecido.

Percebe-se com isso que, se é desejável intervenções repressivas no tráfico da cocaína, essas intervenções não devem atingir a população andina, pois destruiria seus valores culturais milenares. Os proprietários das grandes plantações e os traficantes que comercializam a droga nos países industrializados é que devem sofrer intervenções repressivas.

A cocaína pura, o principal ingrediente psicoativo da planta da coca, foi isolada, pela primeira vez, na década de 1880. Foi utilizada para fim anestésico em cirurgia oftalmológica, para a qual não existia, até então, qualquer droga adequada. Tornou-se particularmente útil na cirurgia de nariz e garganta por causa de sua capacidade de anestesiar o tecido, enquanto produzia, simultaneamente, a constrição dos vasos sanguíneos, e limitava, assim, a hemorragias.

A maconha

A planta do cânhamo ou *Cannabis sativa* cresce de forma silvestre praticamente em todas as regiões tropicais e temperadas do mundo. A planta é de fácil cultivo, podendo atingir de 30 cm a 6 m, dependendo do solo, do clima e do cultivo. Esta planta vem sendo cultivada desde as épocas mais remotas para a obtenção da fibra resistente de seu caule, da semente para uso em misturas alimentícias e do óleo para servir de ingrediente de tintas, bem como para a extração de suas substâncias biologicamente ativas, altamente concentradas nas folhas e nas partes superiores dos ramos florescentes. Os produtos derivados da planta são usados por milhões de seres humanos há quatro ou cinco mil anos, em virtude de suas propriedades medicinais. Conforme a região e o procedimento de extração, eles são chamados de haxixe, marijuana, cânhamo ou maconha.

Em 1839, entrou para os anais da medicina ocidental com a publicação de um artigo sobre seu potencial terapêutico, inclusive suas possíveis aplicações como analgésico e agente anticonvulsivo. No decorrer do restante de todo o século XIX, alegou-se que essa planta era eficaz no tratamento de toda uma gama de doenças físicas e mentais. Com a introdução de muitas novas drogas sintéticas no século XX, houve um esfriamento no

interesse sobre seu uso medicamentoso. Os controles impostos com a promulgação da Lei de Tributação sobre a Maconha, em 1937, reduziram ainda mais seu emprego na medicina, e por volta de 1941, foi excluída da Farmacopéia Norte-Americana e do Formulário Nacional.

Seu uso terapêutico hoje em dia é restrito a algumas partes da Ásia, para o tratamento de determinadas enfermidades e seu emprego é de tradição secular em alguns países, principalmente naqueles onde o consumo de álcool é proibido.

Sua utilização medicinal corresponde a uma longa tradição entre povos africanos e asiáticos. No Brasil, parece que foi introduzida pelos escravos que a consumiam e conheciam as suas propriedades já na África, sendo largamente difundido nos estados do Nordeste, em particular, na Bahia e no Maranhão, onde até hoje existe um consumo recreativo a nível popular.

Considerada como "droga da moda" nos anos 60, no auge da contestação hippie (junto com o LSD), a maconha continua a ser muito fumada até hoje em dia, em particular nas faixas jovens, mas perdeu o seu destaque em favor dos inalantes nas classes desfavorecidas e da cocaína nas classes média e alta.

Para exemplificar o uso popular da maconha, citamos o exemplo da Jamaica. Conhecida há centenas de anos, a ganja (droga derivada da planta *Cannabis*) é facilmente cultivada e produzida, embora seu consumo seja considerado ilegal. Certas seitas atribuem-lhe poderes místicos e divinos, especialmente o de afastar os espíritos do mal. O operário jamaicano encontra na ganja energia para trabalhar e relaxamento após o trabalho, e oferece a droga mesmo aos filhos para que fiquem "mais inteligentes".

Nessa população, fumar a ganja é um rito (como mastigar a coca nos Andes) e não fator de alienação ou desintegração social: o seu uso constitui um complexo de crenças, atitudes e costumes compartilhados por toda a comunidade.

Porém, há diferenças entre as classes sociais. Na população de baixa renda, a criança aprende a utilizar a erva muito cedo, sendo possível que se coloque chá de ganja até nas mamadeiras. Nas classes média e alta, no entanto, a droga é condenada, mas os adolescentes a utilizam mesmo assim, seja como contestação às autoridades e valores tradicionais, seja por curiosidade, para incrementar o prazer sexual, para fazer descobertas psicodélicas etc.

Os estudos antropológicos indicam que a cultura cria automatismos de proteção que atenuam o perigo dos entorpecentes. Nada é mais importante, por exemplo, do que aprender a dosar para obter exatamente o efeito desejado, e nada mais. Esses mecanismos explicam, talvez, o fato da intoxicação crônica por maconha parecer relativamente inofensiva nos operários jamaicanos. Em compensação, a situação parece mais grave quando se trata dos jovens de classe média, embora aí o número de fumantes seja bem menor: fala-se de abandonos escolares, episódios psicóticos, reações de pânico e outros distúrbios do comportamento.

Percebemos, assim, que entre as classes sociais de uma mesma população podem ocorrer mudanças quanto à significação do uso de uma droga, tanto no que diz respeito aos propósitos do uso, quanto às formas de utilização.

Outros alucinógenos:

Todas as grandes civilizações oferecem exemplos de uso de outras substâncias alucinógenas, além da maconha: o ritual de cogumelos nas Américas, o emprego de cogumelos tóxicos por curandeiros e feiticeiros da Ásia, a utilização de certos vegetais na feitiçaria européia da Idade Média etc. A mescalina (extraída do cacto mexicano peiote) era, e ainda é muito empregada e venerada como amuleto ou alucinógeno nas regiões montanhosas do México, bem antes da chegada dos conquistadores espanhóis. Era usada por certos índios como remédio ou para visões que permitissem profecias. Ingerido em grupo, pode induzir estados de transe durante certos ritos.

Embora os alucinógenos sejam encontrados no mundo inteiro, a maioria dessas substâncias é encontrada e usada nas Américas e na África. Centenas de tribos primitivas, como os Astecas, Toltecas, Navajos e Huicholes utilizavam peiote, psilocibina (extraída de um cogumelo), iagê, sementes de ipoméia e dezenas de outras substâncias alucinógenas, com fins religiosos, sociais, mágicos e culturais.

A psilocibina, considerada sagrada por certas tribos indígenas mexicanas, é usada como instrumento de culto em rituais religiosos, induzindo alucinações. Outros "pós milagrosos", obtidos a partir de ervas, cipós ou cascas de árvores, são usados por tribos da América do Sul em rituais místicos, com o intuito de entrar em comunicação com os seus deuses.

No Brasil, drogas alucinógenas são até hoje muito usadas nos rituais de tribos indígenas, com a finalidade de obter cura de doenças, proteger a comunidade contra ataques mágicos e propiciar bem-estar, boas caçadas etc. Nesse caso, a droga é de uso coletivo, e não individual, funcionando como elemento apaziguador e sociabilizante, servindo de ligação entre o mundo humano e o sobrenatural.

Não faz sentido, pois, comparar o uso de drogas nas tradições indígenas com aquele das nossas sociedades industrializadas.

Considerações finais:

Devemos concluir disto, que a droga em si não é nem boa nem má: ela é um meio colocado à disposição do homem pela natureza (ou hoje, muitas vezes pela indústria). Tudo dependerá do uso que dela se faz: um uso socialmente limitado e integrador, ou um uso desregrado, isto é, um abuso, que desintegra, marginaliza e provoca decadência.

De fato, se as drogas já foram usadas durante milênios, como vimos, os abusos, e com eles os fenômenos de dependência, constituem práticas relativamente recentes, que resultam de evoluções características das sociedades modernas, desde o início da industrialização, provocando choques culturais e descaracterizações étnicas. Como consequência, presenciamos os fenômenos de aculturação pelos quais se abandona os valores tradicionais sem se encontrar valores novos que tenham potencial de integração social. Como consequência, assiste-se à formação de subculturas e de grupos marginais, onde o consumo de drogas prolifera, apresentando-se como uma solução, como um consolo ou um meio de tolerar os estados de frustração, miséria ou desânimo.

Ao condenar e combater o uso e abuso de drogas, deve-se, portanto, levar em consideração a evolução histórica de uma determinada região ou sociedade, bem como os fenômenos sociais, políticos e culturais do contexto no qual se inserem, senão este combate será cego, fanático e ineficiente, porque não ataca o problema em si, mas apenas certas consequências, certos sintomas de disfuncionamento social amplo.

Desse disfuncionamento faz parte a exploração econômica e política das drogas, onde se lança de qualquer meio e argumento para tirar vantagens ou lucro.

O consumo de drogas, pois, faz parte da nossa realidade social. Ele é um fato, não mais vinculado a um uso medicinal ou a ritos religiosos, mas a uma procura de prazer e poder que corre o risco de se tornar desenfreada e que desvia da realidade. De uma dádiva divina, se transformou em uma maldição.

O consumo de drogas (e seu abuso) faz parte dos processos de marginalização que ocorrem em nosso meio; cabe entender os determinantes históricos e culturais, as suas incidências antropológicas, políticas, religiosas e psicológicas, para compreender o fenômeno. Este apoia-se no seguinte tripé: das motivações dos usuários, as pressões do contexto sócio-cultural e os estados de dependência (física e/ou psíquica).

Somente se levados em conta esse tripé e os múltiplos fatores que nele se juntam, é possível chegar-se a uma compreensão adequada, onde seja possível uma intervenção judiciosa, mesmo de eficácia limitada: é que **não se elimina o consumo de drogas nem seus abusos**; elas estão aí, se oferecem a quem quiser, e **recorrer a elas é uma possibilidade humana pela qual cada um pode optar, mas pela qual tem que aprender a se responsabilizar**.

Movimento de contracultura:

Esse movimento teve sua eclosão máxima na década de 60, nutrido de várias correntes distintas, mas todas elas contestatórias e rebeldes frente à cultura oficial. Entre os antecedentes mais remotos, encontramos os chamados *beats* (termo tomado do jazz dos anos 20 que significa “golpeado”, “frustrado”), movimento que se desenvolve e domina a década de 50. Esse movimento surgiu como uma manifestação da insatisfação vivenciada pelos jovens contra a ordem estabelecida. Propunha, por exemplo, a civilização da maconha contra a civilização do Whisky, civilizações divergentes quanto ao modo de vida, percepção, padrões estéticos etc. A partir daí, toma corpo a chamada “cultura pop” (movimento *hippie*), onde a droga ocupa um lugar de objeto revolucionário, símbolo e bandeira contra o sistema.

A partir de 1960, o movimento se espalha pela Europa; tudo se contesta, o sistema é colocado em julgamento e condenado por esses jovens que buscavam uma saída, um outro modo de viver. A droga, principalmente a maconha e o LSD, tem seu uso legitimado por esse movimento, do qual faziam parte a busca de novas idéias, de comunicação com o cosmo, com o corpo, a busca do belo, do “flower-power” na terra, do prazeroso, da pureza e da bondade. Dessa forma, a droga impregnou, qualificou e simbolizou a contracultura e seu uso se popularizou entre a juventude. A droga aí participava não como elemento desintegrador e destrutivo, mas como uma oportunidade de experimentar novas sensações e chegar-se a novas percepções do universo, da vida, da interioridade humana. A subcultura da droga foi um fenômeno evidente, e os jovens buscavam a felicidade nas drogas e na música pop, cantada pelos Beatles, Rolling Stones, The Who, Pink Floyd (muitas das canções falavam de ácidos, “viagens” etc.).

No final da década de 60, a atuação dos traficantes se incrementou e teve início a comercialização e a difusão dos produtos da “nova cultura”: discos e drogas. As modernas tecnologias de consumo, com reprodução de

milhares de discos pop, com a comercialização da arte psicodélica, transformaram esses anti-heróis em verdadeiros ídolos da juventude, com os quais as drogas encontraram um veículo formidável de difusão.

Em síntese, esses jovens, ao repudiarem a sociedade competitiva, materialista e consumista, denunciando suas contradições e falhas, criaram um movimento baseado em uma mística da música, da comunhão da droga, como forma alternativa e mais verdadeira de viver. Mas como era de se esperar, a evolução da conjuntura econômica das sociedades ocidentais trouxe mudanças profundas nesse quadro, relegando a segundo plano a procura pacata de prazeres floridos e de convivências mais harmoniosas. A recusa do modelo dos pais, a exaltação de novos modos de viver e a cordialidade, cederam lugar, muitas vezes, ao desespero, violência e auto-destruição. As tentativas de vida alternativa foram boicotadas ou “recuperadas” pela sociedade “liberal”, e, diante do impacto da crise econômica e das necessidades básicas, o movimento se desarticulou.

É importante ressaltar aqui a contradição máxima das sociedades industriais: ao se apresentarem como dinâmicas e integradoras, surgem, no entanto, como extremamente rígidas e incapazes de adotar e integrar o revolucionário, o novo.

Culpa-se muito o movimento *hippie* pela difusão das drogas, principalmente as alucinógenas. No entanto, esquece-se que esse movimento permitiu que algumas vias de acesso fossem abertas na sociedade industrial, tais como a criação do fenômeno de vida comunitária, tentativas para modificar a estrutura familiar, o movimento de emancipação das mulheres e de afirmação dos negros, o movimento gay, a antipsiquiatria etc. Trata-se, pois, de não esquecer ou desvalorizar movimentos dessa índole, pois constituem propostas alternativas que surgiram em um mundo impregnado pela cosmovisão tecnológica.

O uso atual de drogas:

Atualmente, a droga não tem mais aquele caráter revolucionário; o seu uso banalizado faz parte agora das chamadas regras tóxicas de convivência. O uso de drogas não se restringe mais a uma certa classe social ou a determinada faixa etária, tomando, pelo contrário, um caráter generalizado, apesar de responder a motivações diferentes nas diversas classes sociais. No entanto, podemos concluir que tanto jovens quanto adultos fazem uso de drogas porque a realidade social não está atendendo às necessidades humanas. O adulto, em geral, o faz para se manter integrado a uma sociedade que não está mais podendo ocultar suas contradições, e o jovem, porque não aceita ou não consegue sintonia com uma sociedade incoerente. Cabe aqui, mais uma vez, enfatizar toda a contradição que a sociedade mantém com relação à questão das drogas: ao mesmo tempo que vai contra o uso de algumas, permite e incentiva o uso de outras.

Num primeiro momento, podemos dizer que a droga é um sintoma, uma disfunção produzida pelas sociedades atuais, tanto em contextos de países em pleno desenvolvimento, quanto em outros subdesenvolvidos.

Nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, o consumo de drogas obedece a complexos fatores sócio-culturais, que, unidos à pobreza, à alta taxa de desemprego e ao analfabetismo oferece condições para o abuso e o tráfico ilícito. Podemos dizer que nesses países, a droga responde a carências bem objetivas, inclusive a nível da fome por falta de alimentos como da fome de viver melhor.

Nos países desenvolvidos, o uso de drogas resulta de seus excessos, ou seja, excesso de racionalização, de organização, de equilíbrio e de regulamentação. Podemos ver o uso de drogas nesses países como algo que denuncia a tendência marcante das sociedades desenvolvidas a “coisificar”, robotizar o homem, e, nesse sentido, tem o caráter de defesa, obviamente que não a mais adequada.

Não podemos esquecer, inclusive, que outros fenômenos de massa denunciam esse grande mal estar, tais como o aumento de delinquência, o grande número de tentativas de suicídio entre os jovens, assim como o aumento da patologia entre eles.

É possível prevenir o uso de drogas? A resposta a essa questão varia segundo a forma como se analisa o problema. Se a crença é de que toda a questão reside no produto, é razoável, então, pensar que eliminando-o, o problema estará resolvido. No entanto, tal visão e os procedimentos que daí resultam se deparam com sérios obstáculos. Em primeiro lugar, o uso de drogas é ocorrência de todos os tempos e de todos os povos; em segundo lugar, essa idéia se depara com o fato de que em qualquer país algumas drogas são permitidas e têm seu uso incentivado, constituindo-se em importante fonte de rendimentos.

Na verdade, por ser o uso de drogas um assunto altamente controvertido, resulta igualmente controvertida sua prevenção, sendo este palco para posições muito divergentes. Uma coisa é certa: para que o atual consumo de drogas diminua, para que se possa “desdrogar” a sociedade moderna, são necessárias mudanças estruturais e qualitativas, onde toda ação preventiva esteja voltada para a busca de uma sociedade saudável, que estimule as pessoas, tirando-as do anonimato, que conscientize-as sobre os efeitos nocivos das drogas, que dê alternativas de satisfação, prazer, realização pessoal e transcendência. As condições de vida e ambiente criadas pela sociedade industrial são prejudiciais à saúde do homem e a droga é um sintoma que denuncia que algo não está funcionando bem; por isso assusta, inquieta, ameaça.

3- A FASE ADOLESCENTE E AS MOTIVAÇÕES PARA AS DROGAS:

O que leva uma pessoa a fazer uso de drogas? Pode-se fazer uso de drogas e não se tornar um dependente? O adolescente, devido à “crise” por que passa no seu desenvolvimento, está mais vulnerável a usar drogas? Como entender melhor o adolescente?

A - OS USUÁRIOS DE DROGAS E SUAS MOTIVAÇÕES:

Uma das questões com a qual nos defrontamos constantemente é: o que leva uma pessoa a usar drogas? Tal questionamento é difícil de responder, uma vez que não podemos dar uma resposta generalizada que sirva a todo e qualquer indivíduo que use drogas.

O que existe são várias tentativas de responder a essa questão, levando-se sempre em consideração as diferenças individuais e, conseqüentemente, os diferentes tipos de vínculos que as pessoas estabelecem com a droga.

Geralmente, o pensamento que circula pela sociedade é que o indivíduo que usa drogas, independente de fazê-lo uma vez ou mais, está irremediavelmente perdido, como se a droga por si só tivesse um poder mágico de provocar dependência. Acredita-se hoje que não é apenas o produto que intervém na dependência, mas também o indivíduo com a sua personalidade, seu corpo e seu momento dentro da sociedade e da família. Isso nos leva novamente à afirmativa: a droga não é boa nem má - depende do uso que dela se faz.

Analisaremos, a seguir, o fenômeno das motivações para o uso de drogas, tomando como base a classificação de Helen Nowlis (Unesco, 1975/1982), que distingue 4 tipos básicos de usuários de drogas, a saber: o experimentador, o usuário recreativo ou ocasional, o usuário habitual, o dependente ou toxicômano.

B- A ADOLESCÊNCIA:

“Pouco a pouco o clássico conflito das gerações se transforma num abismo entre as gerações jovens, que criam seus próprios sistemas de valores baseados, essencialmente, em suas próprias experiências, e os nossos valores, baseados na experiência do passado. Como se tais valores não pudessem ser transmitidos. Nesse abismo entre as gerações, as drogas são mais um sintoma, um discurso do mundo.”

Claude Olievenstein

1. A adolescência e as drogas:

Atualmente, considera-se cada vez mais o uso de drogas na adolescência como algo inserido nas ocorrências normais dessa fase do desenvolvimento humano. A necessidade de experimentar emoções novas e diferentes, correr riscos, ser do contra etc. leva muitos adolescentes a querer conhecer as drogas. Estudos realizados com adolescentes mostram que a maioria dos jovens apenas experimenta ou usa ocasionalmente e moderadamente drogas, como, por exemplo, a maconha. Esses estudos ainda sugerem que o consumo de múltiplas drogas por jovens é uma decorrência, e não a causa de dificuldades psicológicas e sociais. Com base nesses dados, acreditamos na eficácia de um trabalho preventivo junto aos jovens que ainda não são dependentes. Para que se possa trabalhar preventivamente com essa população, é fundamental que conheçamos o que se passa na adolescência.

Aspectos gerais da adolescência:

Literalmente, adolescência significa o processo geral de crescimento. Em termos físicos, refere-se ao período da vida compreendido entre a puberdade e o desenvolvimento completo do corpo, cujos limites se fixam, geralmente, nas meninas dos 12 aos 21 anos e nos meninos dos 14 aos 25 anos. Isso não quer dizer, no entanto, que um rapaz de 26 anos, por exemplo, não é mais adolescente: existem, dentro dessas faixas etárias grandes variações.

As mudanças psicológicas que ocorrem nesse período são, em grande parte, decorrentes de mudanças a nível do corpo do adolescente. As transformações corporais maiores e visíveis acabam sendo associadas à maturidade, sendo cobrado, principalmente por adultos, uma atitude adulta desses jovens. Isso os leva à

manifestações defensivas, geralmente de conservação de suas atitudes infantis e de um movimento contra o seu próprio crescimento.

O crescimento em altura dá-se, muitas vezes, de forma rápida e desproporcional, o que não acontece quando criança, cujo crescimento e desenvolvimento é mais lento e gradual. O adolescente, muitas vezes vê-se, então, despreparado para integrar todas as alterações corporais e emocionais que estão lhe ocorrendo.

No que diz respeito ao desenvolvimento psicológico do adolescente, destacamos a importância do estabelecimento de uma nova relação com os pais e o mundo, para que ele possa ser considerado um adulto. Essa nova relação só vai ser possível quando o adolescente superar a impotência em relação ao corpo que se modifica e a dependência natural em relação à figura protetora dos pais; isto é, quando o adolescente elaborar os “**lutos da adolescência**”.

Para que o adolescente possa aceitar o seu corpo que está mudando e elaborar aos poucos a perda de seu corpo infantil é necessário tempo e paciência.

Até a entrada na puberdade, a criança experimenta uma situação de dependência lógica e natural, principalmente em relação aos pais. É com a perda do corpo infantil, e com esta também a de seu papel de criança, que surge a nível real e visível, sua identidade infantil. Ocorre, então, uma confusão de papéis, já que, ao não poder manter a dependência infantil e não poder assumir a independência adulta, o jovem sofre um “fracasso de personificação”. Essa divisão aparece quando, ao grupo (amigos), o jovem atribui suas qualidades; as responsabilidades e obrigações por sua sustentação, atribui aos pais. Podemos perceber, dessa forma, a importância do grupo. Nesse, o adolescente sente-se aparentemente seguro, atuando e participando de responsabilidades e culpas grupais, sem ter que assumir uma responsabilidade pessoal.

O adolescente necessita renunciar à relação infantil de dependência para poder encontrar a sua identidade de adulto. Os pais, que eram vistos quando crianças como perfeitos, sem erros, fraquezas ou problemas e provedores de segurança, são vistos agora, como reais e humanos. O adolescente começa a perceber que os pais nunca foram realmente tudo aquilo idealizado durante a infância. Isso faz com que entrem em choque com os pais e contestem, inclusive, a autoridade destes. O adolescente precisa fazer “luto” das imagens parentais protetoras que lhe cercavam a infância. Por outro lado, os pais também devem fazer o mesmo trabalho de “luto” face a seus filhos, pois numa relação de dependência, os laços prendem ambas as partes. Isso não quer dizer que o adolescente ou os pais amem menos uns aos outros e sim, que se compreendem e colaboram no crescimento emocional e natural de ambos. O adolescente tem necessidade de encontrar, fora dos pais, outros pontos de referência.

Motivações para o uso de drogas na adolescência:

“Os adultos tomam os tranquilizantes para suportar sua inserção social. Os adolescentes tomam alucinógenos para recusar passivamente essa mesma inserção.”

Claude Olievenstein

Os jovens, muitas vezes, ao utilizarem determinada droga, apontam para a incoerência do mundo adulto, que utiliza indiscriminadamente drogas legais, como o álcool, os medicamentos e o tabaco e recriminam as ilegais.. Eles estão à procura de novos valores, de normas sociais mais coerentes e de uma forma de perceber e viver no mundo.

A droga, muitas vezes, pode funcionar como uma forma do jovem afirmar-se como igual dentro de seu grupo. Encontrando-se em **busca da identidade**, a uniformidade grupal proporciona-lhe segurança e estima pessoal. A importância do grupo é observada nas relações existentes entre os seus membros, num processo de superidentificação com cada um. O fenômeno grupal adquire uma importância transcendental, já que o adolescente transfere ao grupo grande parte da dependência que anteriormente mantinha com a estrutura familiar e com os pais, especialmente. O grupo constitui, assim, a transição necessária no mundo externo para alcançar a individualização adulta. Depois de passar pela experiência grupal, o indivíduo poderá começar a separar-se da turma e assumir a sua identidade adulta. Apesar da reconhecida importância atribuída ao grupo durante o transcorrer da adolescência, é importante ressaltar que o **jovem tem um papel de livre arbítrio na opção pelo grupo de companheiros**. Essa escolha se dá a partir do momento em que ele se identifica mais com os comportamentos de um grupo específico. O adolescente possui sua personalidade própria e essa sua opção pode ser um indício de uma dificuldade que provavelmente tem suas raízes na infância.

A experiência de prazer relacionada com a droga, muitas vezes leva o adolescente à fuga por esse artifício. A rotina, a insatisfação do mundo adulto, ameaças de guerra atômica, AIDS, o consumismo exagerado e incentivado principalmente ao público jovem, tudo isso pode constituir para o adolescente um verdadeiro manancial de coisas vazias e desprovidas de prazer. A droga, nesse contexto o ajudará a esquecer, momentaneamente, esse mundo vazio e desencorajador, e afundar num mar de sonhos e fantasias. Esse prazer solitário, limita e até impossibilita

o encontro com o outro. Com a instalação da dependência, a toxicomania polariza a vida do jovem em torno dessa experiência, bloqueando, dessa forma, suas possibilidades de investimento fora da droga.

Podemos fazer, também, uma relação entre o uso de drogas e a manipulação da idéia de morte, fato comum em níveis variados, a todos os adolescentes. A idéia de morte é uma função estruturante da personalidade adolescente, pois é no confronto com a morte que ele descobre o valor da vida, testa sua autonomia e sua liberdade, toma consciência de tornar-se adulto e encontra uma ocasião de afirmar o seu eu. Algumas civilizações ritualizaram esse jogo, impondo aos adolescentes provas perigosas por que eles deveriam passar para serem considerados adultos. São os chamados ritos de passagem ou ritos de iniciação.

Em nossa sociedade, poderíamos fazer uma relação com os jovens que brincam com a morte, nas brincadeiras perigosas tão típicas da adolescência, como corridas de moto, “pegas” de carros, nos esportes violentos e na própria utilização de drogas.

A droga também pode funcionar como uma forma de transgredir, de provar a capacidade dos pais de dizer não, de contestar o mundo dos adultos, indo de encontro às normas e valores destes. Quando o jovem recorre ao uso de drogas, ele pode estar negando a sociedade e se recusando a ter uma existência socialmente limitada. O adolescente está constantemente em busca de algo, de um referencial que facilite a sua entrada na sociedade dos adultos, passagem difícil e que, às vezes, é sentida com uma profunda impotência pelo adolescente. Nesse sentido, poderíamos dizer até que quanto mais a sociedade reprime as drogas, mais elas vão ter um significado tentador, pois, se algo é pintado como perigoso, proibido, haverá sempre mais razão para ser usado como uma arma da rebeldia adolescente.

Na adolescência a droga aparece como uma oportunidade que se apresenta de ser contra as normas, de contestar, testar as possibilidades do corpo, transgredir, de buscar sua identidade através da absorção dos costumes de seu grupo etc. Nesse sentido, a droga surge no contexto da adolescência normal. No entanto, a presença continuada da droga pode extrapolar esse uso normal e passar a ser um sintoma individual denunciando que algo não vai bem.

O adolescente precisa e pede um porto seguro, em que ele possa confiar e, principalmente, com quem possa conversar. O adulto deve, pois, procurar compreendê-lo dentro de suas possibilidades.

Cremos que um dos caminhos possíveis para mudar esse tal estado de coisas está no estímulo de uma sociedade mais pensante, onde o jovem seja incentivado em sua criatividade, onde os seus questionamentos sejam ouvidos, para que juntos possamos lutar por um mundo melhor, onde a droga, se não for possível extingui-la, seja apenas uma entre numerosas possibilidades de se conseguir obter prazer, o que pode traduzir na fala de um adolescente: “Eu experimentei, gostei, mas tinha coisas mais gostosas prá fazer na vida.

EXERCÍCIOS

1) Ao percorrermos a história da civilização, encontramos a presença de drogas desde os primórdios da humanidade, inseridas nos mais diversos contextos: social, econômico, medicinal, religioso, ritual, cultural, psicológico, estético, climatológico e mesmo militar. O consumo de drogas deve, portanto, ser considerado como fenômeno especificamente humano, isto é, um fenômeno cultural, onde a sociedade recorre ao seu uso para finalidades diferentes, em conformidade com o campo de atividades no qual se insere. Em relação à visão histórica e antropológica do uso de drogas, julgue as afirmativas a seguir:

0 () Podemos distinguir três funções gerais, atribuídas alternativa ou simultaneamente à ingestão de drogas, em contextos sociais que variam segundo a organização e as crenças de uma determinada sociedade: 1- superar a angústia existencial, 2- entrar em contato com o sobrenatural, 3- obter prazer.

1 () O uso de maconha por um adolescente do Rio de Janeiro ou Brasília não se distingue do uso de “ganja” por um adolescente da classe operária da Jamaica; ambos fumam por curiosidade, para incrementar o prazer sexual, para fazer descobertas psicodélicas ou para fugir das normas impostas pelos adultos.

2 () Se a cocaína é obtida a partir da coca, as intervenções repressivas devem atingir a todos que possuem plantações de coca, inclusive as populações andinas.

3 () A droga utilizada pelo movimento hippie da década de 60 participava como um elemento desintegrador e destrutivo, levando os utilitários à marginalização e à loucura, o que determinou o fim do movimento.

4 () O uso abusivo de drogas resultou de evoluções características das sociedades modernas, desde o início da industrialização, que provocou choques culturais, com conseqüente abandono de valores tradicionais sem se encontrar valores novos com potencial de integração cultural. Proliferou como uma solução, um consolo ou um meio de tolerar os estados de frustração, miséria ou desânimo.

2) “O homem, por curiosidade, desceria ao fundo do inferno se lhe descobrisse o caminho, ainda que ele fosse assoalhado de piche ardente”. Essa frase de Coelho Neto justifica bem a curiosidade do primeiro contato com a droga: o fruto proibido tende a ser o mais desejável, as experiências dos outros não nos servem de modelo, a repressão leva-nos a pensar e gostar de viver perigosamente, etc. O uso de drogas pelo adolescente tem muito a ver com curiosidade, novas experiências e denúncias contra uma série de insatisfações em relação ao mundo, aos adultos, à sociedade. Em relação à fase adolescente e às motivações para a droga, julgue os itens a seguir:

0 () Estudos realizados com jovens consumidores de múltiplas drogas sugerem que o consumo excessivo é a causa e não consequência de dificuldades psicológicas e sociais.

1 () É devido à existência de um uso inicial de drogas na adolescência que se deve trabalhar preventivamente, no sentido de proibir e penalizar o uso de drogas, mesmo lícitas, como o cigarro, o álcool e o lança-perfume.

2 () A droga pode funcionar como uma forma do adolescente afirmar-se como igual dentro do seu grupo, buscando sua identidade, segurança e estima pessoal.

3 () O uso de tranquilizantes pelos adultos se compara ao uso de drogas alucinógenas pelos adolescentes: ambos tentam suportar ou recusar passivamente as condições sócio-econômicas, familiares e/ou culturais inseridas em seu contexto de vida.

4 () O adolescente necessita renunciar à relação infantil de dependência para poder encontrar a sua identidade de adulto; precisa fazer luto das imagens parentais protetoras que lhe cercavam a infância, cabendo o mesmo aos pais, o que provoca um distanciamento que muitas vezes é ressentido como abandono. Uma vez que vê quebrada a imagem de perfeição que tinha dos pais e, durante a fase de transição para novos pontos de referência, o adolescente pode buscar a droga como elemento paliativo de equilíbrio emocional

3) Somente se for levado em conta o tripé em que se apoia o uso de drogas (motivação, pressões do contexto sócio-cultural e estados de dependência físico e/ou psíquica) e os múltiplos fatores que nele se juntam, é possível criar-se meios efetivos de intervenção judiciosa para o abuso de drogas, embora mesmo assim, de eficiência limitada, pois não se elimina o consumo das mesmas, nem os seus abusos: elas estão aí, se oferecem a quem quiser, e recorrer a elas corresponde a uma possibilidade humana pela qual cada um pode optar, mas pela qual tem que aprender a se responsabilizar. Em relação ao texto e ao estudado no curso de drogas, julgue os itens a seguir:

0 () Responsabilizar-se, no texto, se refere às consequências das escolhas de cada um em relação ao consumo de drogas.

1 () O que diferencia o usuário habitual do dependente toxicômano é que no primeiro caso é a partir do uso da droga que o indivíduo consegue funcionar e no segundo, tudo que o indivíduo realiza é com a finalidade última de conseguir a droga.

2 () O experimentador e o usuário recreativo são traficantes potenciais, uma vez que existe uma procura ativa da droga e a realidade de não poder passar sem ela.

3 () A legalização das drogas poderia amenizar a toxicomania, uma vez que sua distribuição poderia ser controlada, como o álcool, evitando-se o uso abusivo das mesmas.

4 () Segundo especialistas, não são as drogas ilícitas, e sim o álcool, o maior problema do Brasil em dependência química. Isso, em parte, pode ser explicado pelo fato dos pais alertarem os jovens contra os males das drogas ilícitas e, até mesmo incentivarem o uso precoce do álcool em comemorações festivas e como forma de aproximação.

4) Na atualidade, a maior ameaça que os pais enfrentam em relação a seus filhos é seguramente a possibilidade do uso abusivo de drogas. Esse não é um medo irreal. O senso comum vê na toxicomania uma problemática individual relacionada à classe social e à personalidade; quase uma doença física ou psíquica do jovem. A própria família do usuário de drogas assume, por desinformação, uma atitude preconceituosa, procurando, inconscientemente, negar a existência do problema, até que a realidade se interponha. Em relação ao texto e ao estudo sobre a família e as drogas, julgue os itens a seguir:

0 () A toxicomania no jovem é, muitas vezes, mais do que um sintoma individual: é o sintoma de um desequilíbrio familiar. Em alguns casos, pode estar relacionada a crises da adolescência, mas pode também ser uma reação a conflitos e desequilíbrios da estrutura familiar.

1 () Uma mudança nas interações familiares possibilita uma modificação das regras relacionais do sistema familiar e a consequente saída do jovem de papel de “bode expiatório” e de portador do sintoma familiar.

2 () O tratamento forçado em clínicas de recuperação de drogados é uma medida eficaz, pois, além de desintoxicar o organismo, retira o jovem do contexto de uso da droga, evitando uma recaída.

3 () A força de vontade de vencer e superar o vício é o fator mais importante na recuperação de drogados, mesmo sem o apoio familiar.

4 () No contexto de recuperação de toxicômanos, não só o dependente precisa ser ajudado física e psicologicamente; a família deve também receber apoio psicológico.

5) Um executivo de uma empresa de porte costuma inalar cocaína, possivelmente levado por uma angústia existencial. Isto implica dizer que ele provavelmente (assinale a alternativa mais adequada e justifique sua resposta):

- a () está sob pressão das exigências de sua empresa.
- b () sente-se inadequado nos seus papéis de marido, pai e profissional.
- c () comemora a realização de um bom negócio.
- d () pretende obter ajuda de um superior para os seus negócios.

Justificativa: _____

6) Como se distingue o uso de maconha por um colegial do Rio de Janeiro ou Brasília do uso da mesma droga por um camponês marroquino? (assinale a alternativa mais adequada e justifique sua resposta):

- a () no Brasil, fumar maconha é ilegal; no Marrocos não.
- b () não se distingue; ambos fumam maconha.
- c () o colegial fuma por curiosidade ou buscando auto-afirmação; o camponês, por ser uma prática corriqueira.
- d () o colegial é um infrator; o camponês é integrado à sua cultura.

Justificativa: _____

7) Como se distingue o uso de maconha por um adolescente do Rio de Janeiro ou Brasília do uso de “ganja” por um adolescente da área rural da Jamaica? (indique a resposta mais adequada e justifique):

- a () na área rural da Jamaica usa-se “ganja” como energético e tônico; na área urbana do Brasil usa-se maconha como alucinógeno e tranquilizante.
- b () não há diferença; ambos consomem drogas.
- c () em áreas rurais do Brasil fumar maconha não é considerado “ilegal”, como não o é fumar “ganja” na área rural da Jamaica.
- d () no Brasil maconha é ilegal, enquanto na Jamaica “ganja” é legal.

Justificativa: _____

8) Quais são os fenômenos que justificam falar do século XX como um “século de drogas”?

9) Tente situar, com poucas palavras, o ópio como droga tipicamente oriental, a cocaína como droga tipicamente ocidental.

10) Segundo levantamentos epidemiológicos brasileiros, os primeiros contatos com as drogas se estabelecem através de uma série de contatos. Indique, entre as respostas abaixo, as duas que lhe parecem mais adequadas

- a () meios de comunicação
- b () amigos, colegas
- c () escola
- d () traficantes
- e () família
- f () religião

11) A “cultura de drogas” no Brasil - se é que existe - é propiciada por:

- a () impunidade
- b () presença de modelos estrangeiros
- c () modas
- d () insatisfação social
- e () espírito de revolta
- f () procura de alternativas
- g () conflitos entre gerações
- h () contradições sociais

12) É correto ouvir dizer que os países desenvolvidos declaram como drogas legais aquelas que eles mesmo fabricam (ou sintetizam), e como drogas ilegais as substâncias naturais contrabandeadas de países do sul. Comente esta afirmação!

13) Considerar as drogas como um problema de saúde pública significa:

- a () atentar ao tráfico de drogas ilícitas
- b () preconizar intervenções repressivas entre os usuários
- c () atentar às prevalências do uso em diversas regiões ou camadas sociais
- d () implantar campanhas antidrogas apontando os perigos para a saúde
- e () preocupar-se com o custo social do uso de drogas

14) O uso e abuso de drogas pela população estudantil brasileira é preocupante porque:

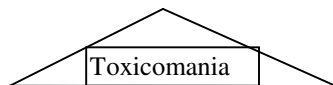
- a () situa-se acima dos padrões internacionais conhecidos
- b () está crescendo gradualmente, segundo levantamentos recentes
- c () privilegia as drogas ilícitas
- d () provoca evasão escolar em ampla escala
- e () representa uma fuga diante de situações sócio-econômicas intoleráveis

15) As drogas mais consumidas no Brasil (uso-na-vida) são:

- a () álcool, fumo e inalantes
- b () medicamentos, maconha e inalantes
- c () inalantes, maconha e cocaína
- d () maconha, álcool e cocaína
- e () álcool, maconha e inalantes

16) Dê sugestões concretas e que lhe pareçam executáveis: como baixar o custo social causado pelo uso indevido de drogas.

17) O fenômeno da toxicomania resulta da confluência de três dimensões. No triângulo abaixo, indique essas dimensões, escrevendo seus nomes em cada vértice:



18) Um usuário de drogas durante uma sessão de terapia atribui grande peso na determinação do seu estado à falta de disciplina em sua casa. A qual dimensão estava ele se referindo?

19) ABL, sexo feminino, 15 anos, estava no banheiro do colégio, quando uma colega lhe passou um cigarro aceso, dizendo ser maconha. Encorajou-a a experimentar, contou-lhe dos efeitos extraordinários que a droga proporciona. ABL puxou um trago, porém, sentiu náuseas e logo vomitou, sendo sua primeira e última experiência com drogas. Dadas as características do uso de drogas, ABL se qualificaria em qual categoria de usuário?

- () habitual () dependente () experimentador () recreativo

20) Os pais de uma adolescente de 17 anos imprimiram-lhe uma educação doméstica com ênfase em valores morais tradicionais. Com base no texto, particularmente a seção "perdas da adolescência", que comportamentos reativos esta adolescente poderia assumir? Exemplifique, dando justificativa.

21) Comportamentos de adolescentes podem ser manifestações de motivações inerentes a essa fase da vida humana. Abaixo estão apresentadas algumas dessas manifestações (coluna da direita) e suas motivações (coluna da esquerda). Associe-as, colocando na coluna da direita os números correspondentes:

- | | |
|-------------------------------|---|
| (1) transgressão | () imitar uma “estrela” rock |
| (2) jogo com a morte | () brincar de “roleta russa” |
| (3) droga como fator de união | () praticar furtos |
| (4) procura de ídolos | () portar arma de fogo |
| | () participar de uma “rodada” de cocaína |

4- A FAMÍLIA E AS DROGAS

Na atualidade, a maior ameaça que pais enfrentam em relação a seus filhos é seguramente a possibilidade do uso abusivo de drogas. Esse não é um medo irreal. O senso comum vê na toxicomania uma problemática individual relacionada à classe social e à personalidade; quase uma doença física ou psíquica do jovem. A própria família do usuário de drogas assume, por desinformação, uma atitude preconceituosa, procurando, inconscientemente, negar a existência do problema, até que a realidade se interponha.

A toxicomania no jovem é, muitas vezes, mais do que um sintoma individual: é o sintoma de um desequilíbrio familiar. Em alguns casos, pode estar relacionada a crises de adolescência, mas pode também ser uma reação a conflitos e desequilíbrios da estrutura familiar.

A história individual, a natureza do vínculo do usuário com a família, seu papel na estrutura familiar, os mitos característicos a cada família e as patologias familiares são alguns dos elementos importantes para a compreensão do fenômeno e a intervenção terapêutica.

A família deve ser conscientizada de que é parte da problemática do jovem e como tal deve assumir sua parte de responsabilidade na solução do problema.

É comum os pais questionarem: como são as famílias típicas de um usuário de drogas; qual sua classe social e que problemas essas famílias enfrentam; em suma qual é a parte de “culpa” dos pais na dependência dos filhos às drogas?

O imaginário popular tenta responder a essas questões apontando o fator classe social como determinante de excessos ou faltas.

Nas famílias ricas, os “filhinhos de papai” usariam a droga porque “sempre tiveram tudo em excesso”. Não teriam, portanto, aprendido a lidar com as frustrações, limitações, faltas e outras contingências da existência humana. Na adolescência - momento de responsabilizarem-se por si próprios - procurariam nas drogas a “infância perdida”, prazerosa, sem limitações e responsabilidades.

Nas famílias de baixa renda, encontraríamos uma situação inversa, ou seja, carência acentuada de serviços e bens sociais (educação, moradia, alimentação, vestuário, transporte, saúde, lazer), que estimularia o amadurecimento precoce. Convivendo com muitas privações, as crianças seriam levadas a assumir responsabilidades de adulto, o que estaria na origem da busca das drogas como paliativo à fome, ao medo e ao abandono familiar e social. As drogas seriam, nesse caso, a alternativa de prazer mais acessível.

Embora essas hipóteses pareçam coerentes, estão longe de colocar o problema em toda sua abrangência, pois **o uso de drogas não se explica apenas pelo contexto social**. A personalidade do jovem, o significado que ele dá à droga e seu papel individual dentro do contexto familiar são aspectos de grande relevância para a compreensão da toxicomania.

A **nível familiar**, a conduta de sacrifício consiste no fato de que o adolescente recebe sobre si uma parte da violência e dos sofrimentos da família. O alcoolismo do pai, o abuso de medicamentos pela mãe, as condutas delinquentiais do irmão, os conflitos do casal, tudo se apaga em favor de um único culpado, que é toxicômano. A **nível grupal**, podemos considerar a toxicomania como uma conduta de sacrifício dos jovens enquanto grupo, que seriam designados como vítimas expiatórias, para que se estabeleça contra eles uma unidade social.

A família é o contexto mais próximo do jovem e participa ativamente de seu problema. Devemos levar em conta o sofrimento da família e do jovem dependente de drogas, que é portador do sintoma familiar, e procurar o significado desse sintoma dentro da organização familiar.

Uma mudança nas interações familiares possibilita uma modificação das regras relacionais do sistema familiar e a consequente saída do jovem do papel de “bode expiatório” e de portador do sintoma familiar.

Essa mudança faz com que a família funcione sem necessidade do sintoma toxicomaniaco, proporcionando uma organização menos rígida do sistema e dando acesso a uma autonomia real para os diferentes membros da família.

QUESTÕES PROPOSTAS

- 1) Existem duas fases no processo de introdução de drogas no âmbito da família. Quais são essas fases?
- 2) A família de SBT foi cientificada pelo diretor da escola de que ela havia sido pega fumando maconha no banheiro da escola. SBT tem 14 anos e essa havia sido a segunda vez que fumava maconha num intervalo de um semestre. Preocupada com essa ocorrência, a mãe de SBT leva-a a um psiquiatra recomendado pelo diretor da escola. No seu entender, a conduta da mãe de SBT foi adequada? Justifique.
- 3) TGP, sexo masculino, 21 anos, é um usuário dependente de drogas. Desempregado, reside com os pais. No serviço de aconselhamento, a mãe de TGP narra sua vida pessoal e familiar. Refere-se ao período de menopausa que está atravessando e às crises de relacionamento com seu marido, as quais tem-se intensificado nos últimos meses. Na sua fala, a mãe de TGP atribuiu-lhe o desequilíbrio conjugal por que está passando. A qual dos mitos a condição de TGP está ligada?
☐ o mito da expiação ☐ o mito da harmonia familiar
☐ o mito da loucura dentro da família
- 4) Tomando como referência o caso de TGP, descrito na questão 3, várias patologias poderiam desenvolver-se no ambiente familiar, associadas à condição de dependência de drogas de TGP. Considerando apenas a situação da mãe de TGP, você poderia indicar uma manifestação patológica entre outras possíveis, que aquela senhora poderia apresentar?
- 5) GDF, 25 anos, sexo masculino, é usuário habitual de drogas. Filho mais velho de uma família de 5 filhos, GDF faz faculdade, trabalha e tem carro próprio. Ele reside com seus pais, ambos profissionais liberais. Dada esta descrição de GDF, que tipo de dependência estaria implícita na sua circunstância de vida? Justifique.
☐ dependência intelectual ☐ dependência material ☐ dependência afetiva

Justificativa: _____

5- AS DROGAS E SEUS EFEITOS NO ORGANISMO:

Todos os dias um grande número de pessoas no mundo inteiro consome os mais variados produtos com a finalidade de aliviar dores físicas, diminuir tensões nervosas, fazer dormir ou permanecer acordado, levantar o ânimo, esquecer problemas, aumentar a confiança em si mesmo e no mundo ou, simplesmente, experimentar novas sensações.

Segundo a OMS, “droga é toda substância que, administrada ao organismo, produz modificações em uma ou mais de suas funções.”

Drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre nosso cérebro, alterando de alguma maneira o nosso psiquismo. Mas estas alterações não são sempre no mesmo sentido e direção, dependem do tipo de droga que foi usada. E quais são esses tipos?

Um primeiro grupo é aquele de drogas que diminuem a atividade do nosso cérebro, ou seja, **deprimem** o funcionamento do mesmo, fazendo a pessoa ficar “desligada”, “devagar”, desinteressada pelas coisas. Por isso estas drogas são chamadas de **Depressores da Atividade do Sistema Nervoso Central** ou **psicolépticos**.

Num segundo grupo, estão aquelas que atuam **aumentando** a atividade de nosso cérebro, ou seja, estimulando o funcionamento do mesmo, fazendo com que a pessoa fique “ligada”, “elétrica”, sem sono. Por isso essas drogas recebem a denominação de **Estimulantes da Atividade do Sistema Nervoso Central** ou **psicoanalépticos, nooanalépticos, timolépticos**.

Finalmente, há um terceiro grupo, constituído por aquelas drogas que agem **modificando qualitativamente** a atividade de nosso cérebro; não se trata, portanto, de mudanças quantitativas, como de aumentar ou diminuir a atividade cerebral. Aqui a mudança é de qualidade! O cérebro passa a funcionar fora de seu normal, e a pessoa fica com a mente perturbada. Por essa razão este terceiro grupo de drogas recebe o nome de **Perturbadores da Atividade do Sistema Nervoso Central** ou **psicodélicos, psicoticomiméticos, alucinógenos, psicometamórficos**.

As principais drogas psicotrópicas, e que são usadas de maneira abusiva, de acordo com a classificação mencionada aqui, estão relacionadas abaixo:

Depressores da Atividade do SNC (Sistema Nervoso Central):

- álcool
- soníferos ou hipnóticos (drogas que promovem o sono): barbitúricos, alguns benzodiazepínicos
- ansiolíticos (acalmam, inibem a ansiedade): benzodiazepínicos como, por exemplo, diazepam, lorazepam etc
- opiáceos ou narcóticos (aliviam a dor e dão sonolência), como morfina, heroína, codeína, ziperol, meperidina etc
- inalantes ou solventes (colas, tintas, removedores, lança-perfume etc)

Estimulantes da Atividade do SNC:

- fumo (tabaco)
- esteróides anabolizantes
- anorexígenos (diminuem a fome). As principais drogas pertencentes a essa classificação são as anfetaminas. Ex.: dietilpropiona, fenproporex, inibex etc
- cocaína, crack, merla

Perturbadores da Atividade do SNC:

1. de origem vegetal:

- mescalina (do cacto mexicano)
- THC (da maconha e haxixe)
- psilocibina (de certos cogumelos)
- lírio ou trombeteira ou zabumba ou saia branca

2. de origem sintética:

- LSD-25
- ecstasy
- anticolinérgicos (Artame, Bentyll)

A. Drogas estimulantes do SNC:

1. FUMO (TABACO):

A saúde da humanidade, entre outros fatores, depende tanto da pureza da alta atmosfera quanto dessa pequena porção de ar que está à volta de cada um de nós, em casa ou no local de trabalho. E a coisa vai mal. Nada menos de 8 mil pessoas morrem diariamente no mundo, em decorrência do câncer de pulmão provocado pela fumaça do cigarro. O número de vítimas nesta década poderá atingir o sinistro patamar dos 30 milhões, segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O tabaco é uma droga poderosa que pode viciar num prazo de um a três meses. A nicotina provoca mais dependência física que a cocaína, e por isso é mais difícil largar o cigarro. Embora o tabaco não altere o estado mental da pessoa, e prejudique incomparavelmente menos suas relações sociais, tem um mecanismo de implantação do vício semelhante ao das drogas ilegais. A partir da tragada, em sete segundos a nicotina chega ao cérebro através da circulação sanguínea e entra em contato com os receptores das células nervosas, a região da membrana que opera seu reconhecimento. As células nervosas liberam mensageiros químicos chamados de neurotransmissores para completar o fluxo de informação entre elas. O que a nicotina faz é “enganar” a célula nervosa, imitando o comportamento de seu neurotransmissor, chamado acetilcolina. Em condições normais, a acetilcolina libera dopamina, um estimulante que está associado à sensação de prazer - é uma sensação passageira. A nicotina, plugada na célula, porém, prolonga esse período agradável. Inibe-se o fluxo de informação entre as células, ao mesmo tempo que se amplifica a duração do bem-estar. A dependência só acontece porque o organismo reage ao logro, criando novos pontos de ligação da acetilcolina. A saída, então, é fumar mais, sempre em busca da sensação original - o mecanismo clássico das drogas. A nicotina atua como estimulante, aumentando os níveis de adrenalina no sangue, e também como relaxante. O impulso nervoso é transmitido de uma célula a outra, e delas para os sistemas que controlam a atividade de glândulas de secreção interna como a supra-renal e a tireóide. Os fumantes aprendem a extrair do cigarro o efeito desejado. Se estão tensos e ansiosos, fumam para relaxar. Quando estão com sono, buscam na nicotina a excitação e a atenção que precisam para desenvolver suas tarefas. Não é desculpa: é isso mesmo o que acontece. Outros efeitos da nicotina são a melhora da memória e da concentração, o aumento da

vigilância, a sensação de prazer e a diminuição da raiva. O fumo acelera o metabolismo, produz maior gasto calórico e diminui a fome.

O organismo se habitua a cargas regulares de nicotina, entrando em desequilíbrio quando ela é suspensa. Aí começa o inferno do fumante: ele fica irritado, ansioso, insone e pode até vomitar. Em situações mais sérias, a reação se caracteriza como crise de abstinência, expressão mais comumente usada em relação ao álcool e às drogas ilícitas. O fumante anseia por manter no sangue a concentração habitual de nicotina, capaz de garantir sensações que considera agradáveis, como relaxamento muscular e alívio de tensão. Mas tudo se esvai como uma nuvem. Como a nicotina se decompõe em seu organismo, em média, entre 20 e 30 minutos, o fumante trata logo de acender outro cigarro quando sente declinar o nível dessa substância no sangue.

Existem hoje mais de 60 mil trabalhos comprovando os malefícios do tabagismo. Investigações epidemiológicas mostram que esse vício é responsável por 75% dos casos de bronquite crônica e enfisema pulmonar, 80% dos casos de câncer do pulmão e 25% dos casos de infarto do miocárdio. Além disso, segundo pesquisas, os fumantes têm risco entre 100% e 800% maior de contrair infecções respiratórias bacterianas e viróticas, câncer da boca, laringe, esôfago, pâncreas, rins, bexiga e colo do útero, como também doenças do sistema circulatório, como arteriosclerose, aneurisma da aorta e problemas vasculares cerebrais. A probabilidade de aparecimento desses distúrbios tem relação direta com o tempo do vício e sua intensidade.

A mulher que fuma duplica a velocidade de envelhecimento, com mais propensão às rugas e à celulite, e triplica as dificuldades de cicatrização. Quando associado a pílulas anticoncepcionais, o cigarro vira um torpedo: neste caso a mulher aumenta em oito vezes, em relação ao homem, a chance de sofrer um infarto.

Quando a gestante fuma, a criança também fuma. O feto recebe elementos tóxicos da circulação materna. A presença dessa substância eleva a frequência cardíaca do feto e age sobre seus centros nervosos, provocando a redução dos movimentos torácicos. Descolamentos de placenta, sangramentos, rupturas de bolsa e abortos espontâneos também são favorecidos pelo tabagismo.

O cigarro também pode afetar a vida sexual das pessoas. Na mulher o tabagismo tende a antecipar a menopausa para antes dos 40 anos, se ela começou a fumar antes dos 17 anos ou fumou um maço por dia ao longo de duas décadas. Além disso, o fumo reduz o transporte do óvulo na trompa.

No homem, o hábito de fumar tira dos espermatozóides mobilidade, volume e concentração em cada ejaculação. Predispõe também à impotência, pois o efeito vasoconstritor da nicotina aumenta o risco de bloqueio das artérias que irrigam o pênis, dificultando a ereção.

Em geral, a pessoa adota o vício do tabagismo entre 12 e 20 anos. Os meninos começam a fumar para se auto-afirmar perante os pais e amigos, além de exibir-se e impressionar as meninas, e assim se tornam dependentes da nicotina. Na vida adulta, eles precisam do cigarro para se sentirem mais seguros e importantes. Após 20 anos de tabagismo, começam a sentir efeitos negativos, mas nem sempre é fácil abandoná-lo.

2. COCAÍNA:

A cocaína é um pó branco obtido do arbusto da **coca (*Erythroxylon coca*)** ou **epadú**, uma planta cultivada em certas regiões da Bolívia e do Peru.

As populações pobres do Peru e da Bolívia costumam mascar folhas de coca para aliviar as dores ou esquecer a fome. Entre os viciados de todo o mundo, a cocaína costuma ser inalada ou injetada na veia, fumada com tabaco ou ingerida com bebida alcoólica. Com o tempo, a inalação provoca feridas nas mucosas nasais. Doses elevadas injetadas por via venosa provocam a morte.

Logo após a inalação, o cansaço desaparece e o indivíduo sente-se cheio de energia, agitado e eufórico. Há também sensação de grande força muscular e vivacidade mental.

A cocaína não provoca dependência física, porém provoca forte dependência psíquica.

Logo depois de aspirada, a cocaína produz uma intensa vasoconstrição, diminuindo a circulação sanguínea da mucosa local e dando ao usuário a sensação de respirar melhor. Quando utilizada regularmente, provoca inflamação e danos na mucosa do nariz, podendo chegar a perfurar o septo nasal (cartilagem central que separa as narinas). No restante do aparelho respiratório, as consequências mais frequentes são: dores no peito, aumento da frequência respiratória, taquicardia e falta de ar. Além disso, o uso continuado da droga pode causar hipertensão arterial (pressão alta), inchaço pulmonar e hemorragia nos alvéolos (estruturas do pulmão onde ocorrem as trocas gasosas), seguida de eliminação de sangue pela tosse.

Com o consumo habitual surgem perturbações de memória, perda da capacidade mental, apatia, delírios de perseguição e alucinações; o indivíduo pode se tornar agressivo e perigoso, sendo capaz de atos anti-sociais graves.

As pessoas que abusam da cocaína não relatam a necessidade de aumentar a dose para sentir os mesmos efeitos, ou seja, a cocaína praticamente não induz tolerância; não há também descrição convincente de uma síndrome de abstinência, quando a pessoa para de usar cocaína abruptamente. Existem, sim, os sintomas de retirada

ou rebote: após a suspensão da droga, a pessoa sente-se deprimida, com muita fome, cansada, sem energia e com muito sono, sintomas contrários aos que apresenta durante o uso da droga.

O Instituto de Pesquisas Scripps (Califórnia, EUA) anunciou a descoberta de uma espécie de vacina contra a dependência da cocaína. Usando ratos como cobaia, desenvolveu uma substância que, injetada no sangue, estimula o organismo à produção de anticorpos para destruir as moléculas da droga. A descoberta inibe o estado de euforia: combate as moléculas da cocaína, quando ainda estão na corrente sanguínea. Dessa forma, o dependente fica cada vez mais distante da lembrança dos efeitos psicoativos. A expectativa é testar a vacina em dependentes humanos.

Em 1990, o Brasil foi abalado pela morte de uma jovem e famosa modelo, vítima de overdose (dose excessiva) de cocaína. Ao se estabelecer a crise no organismo da modelo, seus colegas cometeram dois erros básicos: não souberam prestar os primeiros socorros e demoraram a procurar ajuda médica, essencial nesses casos extremos.

3. CRACK:

Crack é o nome dado à cocaína transformada com o uso de soda cáustica ou bicarbonato de sódio, para se tornar própria para o fumo. É a cocaína solidificada e fumada na forma de cristais ou pedras. Esta droga pode atingir um grau de até 90% de pureza e é cinco vezes mais potente que a própria cocaína.

Ele já chegou às ruas brasileiras, aos bares, aos pátios de escolas, deixando um rastro de morte e desespero. A droga vicia rapidamente, escraviza o seu usuário e o mata de forma fulminante. Sub-produto da cocaína, geralmente fumado em cachimbos de fabricação caseira, o crack é uma droga de uso simples e preço baixo, o que facilita sua comercialização e distribuição (1g de cocaína produz aproximadamente 8 pedras de crack). Para os usuários, a droga fumada parece mais inofensiva do que a injetada. Mas é engano, pois a substância fumada é absorvida muito mais rapidamente pelo organismo. A droga vai dos pulmões direto para o cérebro. Quando cheirada, ela passa primeiro por filtros do aparelho respiratório. E quando injetada, passa antes pelo fígado, seguindo depois para o coração, pulmão e finalmente o cérebro.

Em apenas oito segundos seu efeito destruidor já é aparente. A droga provoca o acúmulo de uma substância neurotransmissora denominada dopamina, nos feixes nervosos. A dopamina é responsável pela transmissão dos impulsos elétricos entre os neurônios, possibilitando a passagem de informações, especialmente as relacionadas à aprendizagem e à emoção. Em uma pessoa normal, a dopamina é liberada entre uma célula nervosa e outra - os chamados espaços sinápticos - fazendo uma espécie de ponte para a passagem da informação. Uma vez transmitida a mensagem, a dopamina é recapturada. Nos usuários de crack, a droga bloqueia o mecanismo de recaptura da dopamina na fenda sináptica, superestimulando os receptores moleculares, o que provoca euforia, desinibição, agitação psicomotora, taquicardia, dilatação da pupila, aumento da pressão arterial e transpiração, e, eventualmente, alucinações visuais ou táteis. O crack diminui a fome, aumenta a atividade psicomotora e também altera o funcionamento dos chamados centros límbicos do cérebro, responsáveis pela sensação de prazer. Mas, como em todas as drogas, a euforia dura pouco (o que faz com que a pessoa fume cada vez mais), os receptores ajustam-se às necessidades do sistema nervoso. Ao perceber que existem demasiados receptores na sinapse, eles são reduzidos. Com isso, as sinapses tornam-se lentas, comprometendo as atividades cerebrais e corporais. Passada a euforia, provoca efeitos como depressão, sensação de medo e paranóia de perseguição, efeito comumente chamado por dependentes e traficantes de *noíá*. Isso faz com que os dependentes de crack prefiram usar a droga isoladamente. Devido à paranóia de perseguição, os usuários de crack, quando sob efeito da droga, tornam-se agressivos, podendo até matar pessoas que se encontrem próximas.

4. MERLA:

Outro derivado da cocaína, a **pasta de coca**, é um produto grosseiro, obtido das primeiras fases de separação da cocaína das folhas da planta, quando estas são tratadas com álcali, solvente orgânico como querosene ou gasolina e ácido sulfúrico. Esta pasta contém muitas impurezas tóxicas. É uma droga típica do Distrito Federal, recebendo o nome de **Merla**. Fora do DF, pode-se encontrá-la em apenas alguns poucos Estados da região Norte, onde é conhecida por outros nomes: melado (Pará), bazuco (Amazônia) e mela (Rondônia). Não somente em Brasília, mas em todo o país, a merla ganha, cada vez mais, preferência dos viciados, principalmente dos de baixa renda.

Depois de colhidas, as folhas de coca são postas para secar. Uma vez secas, adicionam-se solventes químicos como ácido sulfúrico, querosene e gasolina, obtendo-se uma substância de consistência pastosa. Nesse refino, a cocaína deixa como resíduo uma borra a partir da qual é produzida a merla.

A concentração de cocaína na pasta de Merla varia de 40% a 70%. O restante, por sua vez, é composto de solução de bateria, querosene, pó de ladrilho, pó de giz, farinha de plátano, aspirina, entre outros,

avolumando a quantidade, o que dá mais lucro para o traficante. Com o tempo, a pasta desidrata. É vendida em latinhas comercializadas em farmácias para exames de fezes. Sua cor varia de amarelo pálido a mais escuro quando vai envelhecendo. Uma latinha de 30 g é vendida no DF, em média, entre R\$50,00 e R\$80,00 no mercado marginal. A mistura é enrolada em uma seda de papel e fumada. Seu cheiro forte, indefinível e repugnante é chamado pelos viciados de “catinga”. Tem-se a ilusão de que a merla é barata. À medida que o nível de **tolerância** do viciado vai aumentando, ele precisa consumir cada vez mais para satisfazer sua necessidade e, com isso, gasta até o que não tem para conseguí-la.

Pode ser fumada pura e também misturada ao tabaco ou à maconha. É importante lembrar que, ao fumar a merla, o usuário estará absorvendo para o seu organismo, além da cocaína, outros elementos químicos como solução de bateria, querosene, ácido sulfúrico, pó de giz e outros.

Segundo a polícia, é por Rondônia que a droga entra no Brasil, procedente de laboratórios de refino localizados em Países como Peru, Bolívia e Colômbia. Uma vez em Rondônia, ela é transportada para o DF em caminhões de peixe e cebola (para esconder o forte cheiro que exala) e até aviões de pequeno porte. A Merla no DF é como o crack em São Paulo, uma verdadeira praga. Embora seja predominantemente uma droga brasileira, a merla já está se espalhando por outras cidades do país. Segundo a polícia, em Goiânia, por exemplo, já se pode adquirir uma latinha da droga por um preço três vezes superior ao de Brasília.

A dependência vem em dias, traduzida por um sintoma conhecido como *craving* ou fissura, que é uma incontrolável vontade de fumar mais e mais. A intensidade do prazer obtido e o contraste entre o estado normal e a euforia experimentada leva a pessoa a querer repetir as doses.

Por ser uma substância altamente tóxica, em poucas tragadas ou bolas, como dizem os usuários, é rapidamente absorvida pelos pulmões e, uma vez na corrente sanguínea, chega ao cérebro, provocando excitação do sistema nervoso central. Passada a euforia das primeiras horas de uso, provoca efeitos como depressão, sensação de medo e paranóia de perseguição, efeito comumente chamado por dependentes e traficantes de *noíá*. Algumas semanas após o uso contínuo da droga, o usuário experimenta uma perda total de apetite e consequente perda de peso, sonolência e cansaço constante, porém com incapacidade de conciliar o sono. Depois de vários meses de consumo, apresentam-se graves danos cerebrais, em muitos casos irreversíveis. O consumo de merla ocasiona consequências psíquicas muito mais alarmantes. Começa por criar uma cadeia convulsiva de ansiedade no usuário, escravizando-o, situação que favorece o processo de dependência, fazendo com que o usuário se afaste de seu meio ambiente, fechando-se em seu próprio mundo. Apresenta, ainda, perda progressiva do desejo sexual que conduz à impotência e frigidez. Todos esses sintomas levam o indivíduo a ter que enfrentar problemas de comportamento e à destruição de sua personalidade, produzindo incapacidade para se concentrar, estudar e trabalhar. A dependência leva o usuário a recorrer a qualquer método para conseguí-la. Isso contribui para a marginalização progressiva. Há registros de dependentes que tiveram essas sensações de forma continuada e chegaram ao suicídio. **A droga causa dependência psíquica e há estudos que investigam uma possível dependência física.**

O uso contínuo e prolongado pode provocar estado acentuado de depressão crescente, podendo levar ao suicídio; por causa dos resíduos de ácidos e solventes, entre os usuários pode haver casos de fibrose pulmonar; perda dos dentes (pelo ácido de bateria usado na mistura), além do usuário se tornar agressivo e violento com outras pessoas.

5. ANFETAMINAS:

As anfetaminas são drogas estimulantes da atividade do sistema nervoso central, isto é, fazem o cérebro trabalhar mais depressa, deixando as pessoas mais “acesas”, “ligadas”, com menos sono, “elétricas”. São drogas sintéticas que agem de maneira ampla, afetando vários comportamentos do ser humano.

A primeira anfetamina a ser sintetizada foi a D- anfetamina (dextroanfetamina) em 1928, entrando no mercado em 1932. Depois disto, várias outras foram fabricadas em laboratórios, tais como a dietilpropiona (usadas em medicamentos como Inibex, Hipofagin, Dualid, etc.), a metanfetamina (Pervitin, já retirado do mercado brasileiro), o precludin, o mazindol, etc. As anfetaminas foram muito utilizadas durante a II Guerra Mundial, com o objetivo de fazer com que os soldados resistissem à fadiga e à fome do combate.

As anfetaminas ou “bolinhas”, tomadas na forma de comprimidos ou injetadas na veia, excitam o sistema nervoso, aumentando a atividade motora, provocando inapetência (perda do apetite), causando euforia e cortando a sonolência. O organismo fica em estado de estresse, com frequência cardíaca e pressão arterial aumentadas. São usadas em medicamentos para emagrecer (moderadores de apetite) que só podem ser comprados com receita médica. Entretanto, devido ao risco de tolerância e dependência psíquica, sua utilização como moderador do apetite vem sendo cada vez menos aceita entre os médicos modernos.

Não exercem somente efeitos no cérebro, produzindo dilatação das pupilas (midríase), aumento dos batimentos cardíacos (taquicardia) e aumento da pressão sanguínea.

Sem receita médica são ilegalmente adquiridas e usadas para obter excitação ou reduzir a fadiga e o sono antes de provas ou de competições atléticas (*dopping*).

Com o aumento das doses, devido à tolerância e à dependência psíquica, surgem sintomas semelhantes aos da esquizofrenia (a pessoa fica agressiva, irritadiça, começa a suspeitar de que outros estão tramando contra ela, podendo aparecer um verdadeiro estado de paranóia e até alucinações) com alta incidência de suicídio, insônia, alterações da pressão sanguínea, perda de peso, danos ao fígado e aos rins e, finalmente, morte por intoxicação.

6. ANABOLIZANTES:

Esteróides anabolizantes são substâncias controladas e hormônios muito poderosos que podem causar sérias reações adversas. São derivados sintéticos da testosterona - hormônio sexual masculino responsável pelo crescimento e desenvolvimento de órgãos sexuais masculinos e pela manutenção dos caracteres sexuais secundários, que incluem crescimento e maturação da próstata, vesícula seminal, pênis e escroto. Além do mais, a testosterona ajuda no engrossamento das cordas vocais, na alteração da musculatura do corpo, distribuição de gorduras e retenção de nitrogênio, água e eletrólitos pelo corpo.

Apesar de ainda não haver estudos suficientes para comprovar seus efeitos psicotrópicos, em eletroencefalogramas (exames que medem o nível de atividade cerebral) deu resultados semelhantes aos apresentados pelas drogas estimulantes do sistema nervoso central. O usuário habitual de anabolizantes torna-se agressivo, não só pelo efeito no SNC (Sistema Nervoso Central), mas também pela auto-confiança no corpo musculoso. Porém, estudos realizados com esteróides anabolizantes não foram suficientes para comprovar aumento na força física e potência musculares, uma vez que foram observados resultados contraditórios entre humanos testados. Não existem estudos que comprovem dependência, apesar de, na interrupção da droga, o usuário experimentar crises de depressão.

Após a segunda Guerra Mundial, as tropas aliadas encontraram os sobreviventes dos campos de concentração em tal estado de desnutrição que não foi possível recuperá-los segundo métodos convencionais. Eram só pele e osso. Como recuperar a estrutura muscular desses resgatados? Com doses maciças de testosterona, foi a pioneira resposta dos médicos militares americanos. Já era sabido que a testosterona fixava a proteína, retinha a água e permitia, pelo menos teoricamente, reconstruir a massa muscular. Foi um desses médicos, um fisiculturista, quem primeiro se auto-aplicou testosterona para testar os ganhos num corpo sadio. Constatou que efetivamente sua massa muscular aumentara. O dragão estava solto. Em plena Guerra Fria, os anabólicos já corriam soltos nas Olimpíadas de Londres, em 1948. Nos jogos de Roma, em 1960, morreu o primeiro atleta, um ciclista, por uso de substâncias químicas.

Nas Olimpíadas de Tóquio, em 1964, alguns médicos tentaram controlar o *dopping* (uso de substâncias químicas, tais como esteróides anabolizantes e outras que estimulam ou deprimem o SNC, como mostrado a seguir), mas foram corridos dos vestiários - os atletas e as federações esportivas não deixavam que fosse realizado nenhum teste. Foi somente em 1967 que o COI (Comitê Olímpico Internacional) criou sua comissão médica, sendo os jogos do México os primeiros com testes, regras, controles.

Os esteróides anabolizantes estão associados com numerosos efeitos colaterais, sendo contraindicados para estimular condições atléticas. Mesmo assim, devido à sua capacidade de queimar gorduras e, ao mesmo tempo, ativar as células de crescimento humano, muitos atletas, não temendo os efeitos colaterais das drogas, fazem uso dessas substâncias com a finalidade de vencer competições, uma vez que não representam mais praticamente seu País e sim uma marca. A responsabilidade para com o patrocinador é grande: o atleta só vai ganhar dinheiro enquanto vencer, o que o faz colocar em risco sua própria vida. Pesquisa realizada pela Organização Mundial de Saúde com atletas de cinco potências olímpicas (EUA, Canadá, Itália, Grã-Bretanha e Austrália) concluiu que um em cada cinco usou doping alguma vez e 6% haviam usado esteróide, diurético ou estimulante nos últimos doze meses.

Desde que foi aplicado pela primeira vez nas Olimpíadas, em 1968, o controle *antidopping* tem servido para constatar a ocorrência do uso de drogas proibidas, mas jamais conseguiu dar a real dimensão do problema.

Como agem os esteróides anabolizantes nas células

1- A testosterona que está no sangue atravessa com facilidade a parede da célula até chegar ao citoplasma. Com anabolizante, a quantidade maior de hormônios obriga a célula a usar receptores para todas as pequenas moléculas.

2- Mesmo sendo um hormônio sintetizado, o anabolizante tem o mesmo formato que o hormônio natural. No citoplasma da célula, encaixa-se nos receptores androgênicos, responsáveis exclusivos pelo transporte do hormônio masculino.

3- O complexo formado pela testosterona e pelo receptor androgênico entra no núcleo, onde está o DNA da célula. Cada complexo se combina com uma parte do DNA e, a partir daí, forma-se o chamado RNA mensageiro (RNA _m).	4- O RNA _m leva o código transmitido pelo DNA de volta para o citoplasma e se encaixa nos ribossomos. A partir daí, inicia-se a fase efetiva da síntese protéica, pois os RNA transportadores - RNA _t (moléculas que carregam o aminoácido) já podem transportar os formadores da proteína até o local da síntese protéica.
5- Cada RNA _t que carrega um aminoácido se fixa em uma parte do complexo ribossomo-RNA _m , levando seu respectivo aminoácido. Toda a fita, formada por combinações do código genético, recebe os RNA transportadores com seus respectivos aminoácidos, que vão se juntando até formar uma enorme cadeia. Essa cadeia é a proteína.	6- Quando o atleta usa anabolizantes, há muitas partículas de hormônio masculino no citoplasma na fase 1. Isso acelera a atividade da célula e provoca a síntese de mais proteínas que o normal. Como as células musculares não se multiplicam, elas ficam hipertrofiadas de proteínas e crescem além do normal. A massa muscular, como consequência, aumenta em cerca de três a quatro semanas.

EFETOS COLATERAIS DOS ESTERÓIDES ANABOLIZANTES:

EM AMBOS OS SEXOS:

<u>NO CÉREBRO:</u> 1. dores de cabeça 2. tonturas 3. aumento da agressividade 4. irritação 5. alteração do humor 6. comportamento anti-social 7. paranóia 8. depressão 9. excitação e insônia	<u>CORAÇÃO:</u> 1. aumento do músculo cardíaco, que pode levar a infarto em jovens	<u>FÍGADO E SISTEMA DIGESTIVO:</u> 1. aumento da produção da enzima transaminase, responsável pelo metabolismo das substâncias. O órgão passa a trabalhar demais. Foram registrados casos de tumor, cirrose, icterícia, tumor e <i>peliosis hepatis</i> (cistos cheios de sangue que podem levar a hemorragias). 2. náuseas e vômitos
<u>RINS E APARELHO URINÁRIO:</u> 1. edema devido à retenção de água e sais minerais (sódio, cloretos, fosfato, potássio e cálcio). Os rins ficam sobrecarregados e, em longo prazo, podem aparecer tumores, queimação e dores ao urinar.	<u>APARELHO REPRODUTOR:</u> 1. infertilidade 2. aumento da libido inicialmente e queda depois do uso repetido	<u>PELE:</u> 1. acne (tipo grave que deixa cicatrizes no rosto e no corpo) 2. estrias 3. padrões masculinos de calvície 4. calafrios
<u>MÚSCULOS E LIGAMENTOS:</u> 1. aumento da massa muscular pelo depósito de proteínas nas fibras musculares. 2. diminuição da quantidade de gordura do corpo. 3. mais chance de ruptura de ligamentos.	<u>SISTEMA CIRCULATÓRIO E IMUNOLÓGICO:</u> 1. redução do bom colesterol (HDL) e aumento do mau colesterol (LDL), o que pode levar à hipertensão arterial. 2. aumento do número de hemácias jovens e diminuição dos glóbulos brancos de defesa. 3. anemia ferropriva (por deficiência de ferro).	<u>OSSOS:</u> 1. na puberdade, os anabolizantes aceleram o fechamento das epífises (regiões de ossos responsáveis pelo crescimento), reduzindo o período de crescimento, resultando em uma estatura menor.

Em homens	Em mulheres:
• irritabilidade na bexiga	• hipertrofia do clitóris
• ginecomastia (desenvolvimento excessivo da glândula mamária do homem)	• engrossamento da voz
• aumento da frequência de ereções	• irregularidade menstrual
• atrofia testicular	• aumento de pêlos faciais e no corpo
• oligospermia (baixa de espermatozóides), podendo levar à infertilidade (são necessários de seis a 30 meses para que o homem volte à produção normal de espermatozóides).	• virilização

ANABOLIZANTES INJETÁVEIS X AIDS

Segundo estudiosos, a via injetável, apesar de menos prejudicial ao fígado, pode ter uma complicação extra: o uso comum de seringas. Grande parte dos jovens faz a própria aplicação junto com os amigos da academia. Apesar de não existirem estatísticas, acredita-se que a incidência do vírus da AIDS (HIV) e da hepatite aumentou entre os jovens que usam anabolizantes por via intravenosa, por causa do compartilhamento da seringa.

ANABOLIZANTES ESTERÉROÍDES X AMINOÁCIDOS

A maioria dos anabolizantes é derivado sintético do hormônio masculino testosterona, geralmente retirado do testículo do boi. A substância faz o anabolismo protéico, um aumento da síntese de proteínas no organismo, que, associada a exercícios físicos, aumenta a massa muscular.

Tanto homens quanto mulheres produzem normalmente a testosterona, sendo que as mulheres, em quantidade muito menor. A hipófise, glândula localizada no cérebro, produz uma substância chamada gonadotrofina que avisa aos órgãos reprodutores que é necessária a produção de testosterona. Quando a testosterona está circulando no sangue, um mecanismo desliga a hipófise, que pára de enviar sinais para o organismo.

Mas quando se consome testosterona sintética, o organismo suspende o comando de liberação de gonadotrofina pela hipófise e, conseqüentemente, as funções dos testículos, onde se fabricam o hormônio e os espermatozóides. Por isso, o uso de anabolizantes causa infertilidade que, na maioria dos casos, é reversível com a suspensão da droga.

Os anabolizantes não esteróides, como os aminoácidos, ajudam a sintetizar proteínas. São como os tijolos de uma parede. Só têm algum efeito se associados a uma alimentação adequada e exercícios físicos. Com uma dieta bem balanceada, com grande quantidade de proteínas, obtém-se o mesmo efeito, sem os riscos dos anabolizantes, que podem também levar à obesidade.

Além do uso de esteróides anabolizantes, existem mais quatro classes de *dopping*: estimulantes, narcóticos, analgésicos, diuréticos e hormônios peptídicos.

- os estimulantes visam diminuir a sensação de fadiga. São usados por praticantes de esportes coletivos, como basquete, vôlei e futebol. Também servem para atletas de provas de longa duração, como maratona e marcha. Fazem parte desse grupo as anfetaminas, a efedrina, a cafeína e a cocaína (apesar de trazer mais prejuízos do que benefícios).
- os narcóticos analgésicos são usados para aliviar a dor. Empregados de maneira geral em todas as modalidades.
- os diuréticos atendem a duas finalidades: para perder peso, nos casos de modalidades divididas em categorias, como boxe, judô e levantamento de peso ou para aumentar o volume da urina, para que traços de substâncias apareçam diluídos no exame.
- os esteróides anabolizantes são utilizados em esportes que exigem força, explosão e velocidade, como levantamento de peso e atletismo.
- hormônios peptídicos, substância natural cuja molécula é formada por dois aminoácidos e cuja principal função é a fixação de proteínas no organismo: utilizados em esportes de potência ou força pura, como arremesso, ciclismo, remo e levantamento de peso.
- beta-bloqueadores: atuam sobre a circulação provocando a diminuição dos batimentos cardíacos. É a droga dos esportes de alta precisão, como tiro ao alvo e arco e flecha.

São muitos os artifícios inventados para driblar o controle de *dopping*, chegando mesmo, alguns atletas, a colarem adesivos de anabolizantes no saco escrotal para que sejam assimilados pelo organismo e não detectados no exame.

A DROGA DE CADA ESPORTE (tipo de doping mais usado em cada modalidade)	
Atletismo	anabolizante
Basquete	estimulante/anabolizante
Boxe	diurético
Ciclismo	estimulante
Futebol	estimulante
Judô	diurético
Levantamento de peso	anabolizante/diurético
Natação	anabolizante
Tiro	beta-bloqueador
Vôlei	estimulante

B. Drogas depressoras do SNC:

1. ÁLCOOL:

Muitos especialistas em dependência química garantem que o maior problema do Brasil não são as drogas ilícitas, como maconha e cocaína, mas o álcool. O álcool causa sérias lesões funcionais e orgânicas. Ele afeta o funcionamento dos rins, fígado, coração e cérebro, provocando lesões significantes. Um dos maiores problemas do álcool é o uso por gestantes. A mulher alcoólatra, mesmo que pare de beber na gravidez, se tiver feito uso do álcool três meses antes da fertilização do óvulo, poderá comprometer a inteligência, o desenvolvimento motor, o peso e até provocar má formações genéticas no feto.

O alcoolismo representa ainda uma grave questão social, desestruturando famílias inteiras. Alcoolismo é a intoxicação crônica repetida de que resultam consequências físicas, psíquicas e sociais. Em outras palavras, “*Alcoolismo é a perda da liberdade de beber.*” É a principal causa de acidentes automobilísticos, é responsável por acidentes no trabalho, faltas no trabalho, lesões neurológicas graves e desnutrição. Depois de algum tempo a pessoa que bebe não consegue ficar sem ingerir álcool porque fica viciada e se parar abruptamente apresenta síndrome de abstinência, com queda de pressão, taquicardia, alterações físicas, sudorese, distúrbios gastrointestinais e, às vezes, até convulsões. Maconha, cocaína e crack são drogas que não provocam esse tipo de dependência física, pois sua dependência é psíquica. **Existem apenas cinco substâncias químicas que provocam dependência física: a nicotina, o álcool, os opiáceos (morfina, heroína), os benzodiazepínicos (anseolíticos) e os barbitúricos (soníferos e anticonvulsivos).**

O desenvolvimento da dependência está relacionado à predisposição do indivíduo em tornar-se dependente. Pessoas com tendência à dependência química, quando privadas do uso do álcool, por exemplo, procuram outras substâncias. Se houver uma repressão às drogas “menores”, como tranquilizantes, as pessoas certamente vão procurar drogas mais “pesadas”, como a heroína ou a cocaína. Pacientes alcoólatras, quando internados em hospitais e impedidos de ingerirem álcool, costumam procurar substâncias compensatórias, como éter, clorofórmio, benzina ou qualquer outra capaz de substituir a sensação provocada pelo álcool.

Não existe diferença entre a dependência às drogas lícitas e ilícitas, mas apenas uma convenção social. Consumir álcool não é mais vantajoso do que fumar maconha.

É fácil entender a atração do álcool sobre qualquer pessoa, e muito mais quando se trata de jovens vivendo os desafios da adolescência. O etanol, álcool etílico utilizado nas bebidas, é uma substância repressora do sistema nervoso central, que altera o comportamento do indivíduo mesmo quando usado em pequenas doses. Num primeiro momento, em quantidades reduzidas, o álcool inibe a censura interna, derrubando o autocontrole e a autocritica. É a fase em que o bebedor fica “alegrinho” e falante. Inseguros, tímidos, angustiados ou ansiosos para entrar na vida adulta, os jovens descobrem logo que uma latinha de cerveja é uma boa ajuda para convidar aquela garota para dançar ou “ficar” com um carinha cobiçado numa festa. As três características mais marcantes da adolescência são a depressão, a angústia e a ansiedade. O álcool serve para encorajar os jovens a entrar no mundo adulto e para livrá-los da ansiedade.

Ainda que seja contravenção penal fornecer álcool a menores de idade, inclusive dentro de casa, pode parecer até absurdo recriminar um pai que serve uma cervejinha a seu filho de 16, 17 anos. Em boa parte das famílias, esse hábito está incorporado à cultura nacional - e mesmo em países onde a lei é cumprida ao pé da letra, como nos Estados Unidos, a garotada enche a cara em festas particulares. Como o consumo adolescente é socialmente aceito, fica difícil saber quando um jovem está bebendo além da conta. A preocupação só aparece quando se vêem as consequências. Na versão inofensiva, uma bebedeira homérica é apenas uma história divertida. O problema é que muitas vezes um único excesso pode acabar em graves acidentes de carro, em relações sexuais sem preservativo e em todos esses pesadelos que costumam acometer a maioria dos pais nas noites de sábado.

Por que a bebida alcoólica causa ressaca?

A ressaca é um tipo de intoxicação. Quando a quantidade de álcool ingerida é grande, o organismo se sente agredido e responde. Boca seca é um dos sintomas de ressaca, e acontece porque o álcool provoca contração nos vasos sanguíneos que, por sua vez, causa a sensação de ressecamento e a necessidade de ingerir água. Outros sintomas comuns são dor de cabeça e enjôo. Os sintomas só irão embora quando boa parte do álcool for eliminado do organismo.

Se é degradante no adulto, num jovem o alcoolismo adquire proporções incrivelmente dolorosas. Segundo o CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas), 64% dos estudantes entre 10 e 12 anos já experimentaram bebida alcoólica; 19% dos jovens entre 10 e 18 anos tomam bebida alcoólica mais de 6 vezes por mês, o que em termos médicos já caracteriza uso frequente da substância. O álcool nem sempre vem sozinho na vida do adolescente. Ele é a porta de entrada para drogas mais pesadas. Em geral, os jovens dependentes de cocaína ou crack, para ficar nos exemplos mais temidos, também fazem uso pesado de álcool. As drogas, combinadas, funcionam como um círculo vicioso que perpetua a dependência. A cocaína estimula; o álcool faz dormir; a maconha dá fome. Para controlar seus efeitos o jovem passa de uma para outra.

Não existe droga pior ou melhor quando um jovem se torna dependente. Os prejuízos à sua saúde e ao seu desenvolvimento são igualmente terríveis. A diferença é que os pais se sentem à vontade para alertar os filhos contra os males das drogas ilícitas, de protegê-los contra a violência nas ruas, ao mesmo tempo em que ficam menos seguros - e preocupados - quando se trata de bebida.

Qual a diferença entre bebida fermentada e destilada?

As bebidas destiladas têm teor alcoólico mais alto. Todas as bebidas passam pela fermentação, produzida principalmente por leveduras. Mas algumas, depois disso, passam ainda por um processo de destilação, ou seja, os álcoois e os ácidos orgânicos - responsáveis pelo odor e pelo sabor da bebida - são transformados em vapor e depois, novamente em líquido. Assim, vão para outro recipiente, mas sem a água existente na bebida: como ela tem um ponto de ebulição mais alto, não evapora totalmente e o líquido resultante fica muito mais concentrado. É o caso do whisky, da cachaça e da vodka. As bebidas fermentadas, como a cerveja e o vinho, têm, no máximo, 18% de álcool, enquanto as destiladas podem atingir até 70%.

2.NARCÓTICOS:

O termo narcótico, em sua acepção médica, se refere ao ópio e aos derivados de ópio ou a seus sucessores sintéticos.

Enquadram-se neste grupo as substâncias que deprimem o sistema nervoso central (cérebro e medula), provocando sonolência e bloqueando os impulsos de dor, fome e sede, bem como o impulso sexual. Entre os narcóticos, destacam-se o **ópio**, um suco espesso retirado da papoula (uma planta cultivada na Ásia), e seus

derivados, como a **morfina**, a **codeína**, e a **heroína**, chamados coletivamente opiáceos. Existem drogas sintéticas com ação semelhante à dos opiáceos, chamadas opióides: meperidina, propoxifeno, metadona, ziperol.

A papoula (*Papaver somniferum*) é a principal fonte de narcóticos naturais. Era cultivada na região mediterrânea em tempos históricos que remontam a 300 A. C. e vem sendo cultivada, desde então, em todo o mundo, inclusive na Hungria, Iugoslávia, Turquia, Índia, Birmânia, China e México. O fluido leitoso que goteja das incisões feitas no bulbo de semente verde vem sendo manualmente secado no ar a fim de produzir a pasta do ópio. Há um método mais moderno de colheita que consiste no processamento industrial da palha da papoula a fim de extrair os alcalóides da planta crescida quando está seca. O extrato pode ser transformado e fornecido nas formas líquida, sólida e pulverizada. A maior parte dos concentrados de palha da papoula se encontra disponível comercialmente sob a forma de um pó pardacento fino, com um odor peculiar. Mais de 400 toneladas de ópio ou de seu equivalente em concentrado de palha de papoula são importadas legalmente, por ano, pelos Estados Unidos.

Os narcóticos são indispensáveis na prática da medicina: são os agentes mais eficazes, até agora conhecidos, para o alívio da dor intensa. São empregados, também, para suprimir a tosse e controlar a diarreia. Com a devida orientação médica, os narcóticos são administrados por via oral ou por via intramuscular. Como drogas de abuso, no entanto, podem ser cheirados, fumados ou auto-administrados por vias mais diretas através de injeções sub-cutâneas (“bolha dérmica”) e endovenosas (“pico”).

O alívio do sofrimento, quer de origem física ou psicológica, pode resultar num estado de euforia de curta duração. Os efeitos iniciais, no entanto, são, na maioria das vezes, desagradáveis. Os narcóticos tendem a induzir a contração das pupilas e redução da visão, juntamente com a sonolência, apatia, diminuição da atividade física e prisão de ventre. Uma dose mais elevada pode induzir o sono, porém existe a grande possibilidade de náusea, vômitos e depressão respiratória.

Enquanto no Oriente e o ópio é fumado desde longa data, no Ocidente é mais frequente o consumo de heroína através de injeções na veia.

Muito poderosas como analgésicos, essas drogas são usadas para fins médicos, em pessoas com câncer em fase terminal, queimaduras profundas e extensas ou em intervenções cirúrgicas.

Como provocam diminuição dos impulsos nervosos que chegam ao cérebro, produzem relaxamento muscular, reduzem a tensão nervosa e as preocupações, conduzindo ao entorpecimento e inatividade.

Os narcóticos sendo usados através de injeções dentro das veias, ou em doses maiores por via oral podem causar grande depressão respiratória e cardíaca. A pessoa perde a consciência, fica de cor meio azulada porque a respiração fica muito fraca e a pressão arterial cai a ponto de o sangue não circular direito: é o estado de **coma**, que se não for atendido pode levar à morte. Além disso, como muitas vezes o uso é feito por injeção, com frequência os dependentes acabam também por pegar infecções como hepatite e AIDS.

No Brasil, uma destas drogas tem sido utilizada com alguma frequência por injeção venosa: é o propoxifeno (principalmente o Algafan). Acontece que esta substância é muito irritante para as veias, que se inflamam e chegam a ficar obstruídas. Existem vários casos de pessoas com sérios problemas de circulação nos braços por causa disso. Há mesmo descrição de amputação deste membro devido ao uso crônico de Algafan.

Outro problema com estas drogas é a facilidade com que elas levam à dependência psíquica, seguida de dependência física, ficando as mesmas como o centro da vida das vítimas, e quando estes dependentes, por qualquer motivo, param de tomar a droga, ocorre um violento e doloroso processo de abstinência, com náuseas, vômitos, diarreia, câimbras musculares, cólicas intestinais, lacrimejamento, corrimento nasal, etc, que pode durar até 8-12 dias.

Quando não está drogado, o viciado em narcóticos fica sem ânimo, apático e sem energia para as atividades corriqueiras. Com o tempo, manifesta-se deterioração física (emagrecimento, facilidade para adquirir infecções), psíquica (falta de memória, perda de raciocínio e de atenção) e social (falta de energia para o trabalho e outras atividades do dia-a-dia), bem como impotência sexual.

À medida em que se desenvolve tolerância, o indivíduo passa a não sentir os efeitos da droga, mas continua a usá-la para evitar a síndrome de abstinência, podendo chegar a atos criminosos para conseguí-la. O aumento progressivo da dose provoca frequentemente a morte por intoxicação.

Narcóticos de Origem Natural:

1. **MORFINA:** é o principal componente do ópio, com um grau de concentração que varia de 4 a 21%, e é uma das drogas mais eficazes que se conhece para o alívio da dor. É comercializada sob a forma de cristais brancos, tabletes hipodérmicos e preparados injetáveis. Seu uso lícito se restringe primordialmente a hospitais. A morfina é inodora, tem sabor amargo e se torna escura com o tempo. Pode ser administrada por via subcutânea, intramuscular ou endovenosa, sendo que essa última via é usada com maior frequência pelos viciados. O usuário desenvolve rapidamente a tolerância e a dependência psíquica seguida de física. Apenas uma pequena parte da morfina obtida do ópio é utilizada para fins médicos. A maior parte é convertida em codeína e, secundariamente, em hidromorfona.

2. **CODEÍNA:** esse alcalóide é encontrado no ópio em concentrações que variam de 0,7 a 2,5%. Foi isolada pela primeira vez em 1832, como uma impureza em um lote de morfina. Embora ocorra em forma natural, a maior parte da codeína é produzida a partir da morfina, apesar de produzir menos analgesia, sedação e depressão respiratória, se comparada à morfina. É largamente distribuída em produtos de duas espécies gerais. A codeína para o alívio de dor moderada pode ser apresentada sob a forma de tabletes de codeína ou ser combinada com outras substâncias, tais como a aspirina ou o Tylenol. A codeína é apresentada, também, em menor escala, sob a forma injetável para o alívio da dor. É o narcótico de origem natural mais amplamente empregado na clínica médica. Essa droga inibe o centro da tosse no cérebro, mesmo que haja um estímulo para ativá-lo, além de agirem em outros centros cerebrais, por isso são utilizados na fabricação de xaropes e gotas para tosse. Com a codeína a pessoa sente menos dor (analgésico), pode ficar sonolenta e ter a pressão do sangue, o número de batimentos cardíacos e a respiração diminuídos. A codeína leva rapidamente o organismo a um estado de tolerância e, quando tomada em doses maiores do que a terapêutica, produz uma acentuada depressão das funções cerebrais. Como consequência, a pessoa fica apática, a pressão do sangue cai muito, o coração funciona com grande lentidão e a respiração torna-se muito fraca. A pessoa fica fria e meio azulada (cianose) por respiração deficiente, podendo ficar em estado de coma e morrer.

Após instalado o vício, a tendência é aumentar a dose diária. Se as pessoas viciadas deixam de tomar a droga, aparecem os sintomas da chamada síndrome de abstinência, cujos sintomas mais comuns são calafrios, câimbras, cólicas, nariz escorrendo, lacrimejamento, inquietação, irritabilidade e insônia.

Os xaropes e gotas à base de codeína só podem ser vendidos nas farmácias com a apresentação de receita médica, que fica retida para posterior controle. Infelizmente há farmácias desonestas que vendem “por baixo do pano” como forma de ganhar mais dinheiro.

Narcóticos Semi-sintéticos:

1. **HEROÍNA:** A heroína pura é um pó branco, de sabor amargo, derivado da morfina. A heroína ilícita se apresenta em uma variedade de cores, desde a branca até a parda escura por causa das impurezas deixadas no processo de fabricação ou pela presença de aditivos, tais como corantes de alimentos, chocolate em pó, amido, leite em pó, quinino ou açúcar mascavo. A heroína pura é raramente vendida nas ruas. Um “papelote”, no jargão do submundo da droga (uma unidade de dose única de heroína) pode pesar 100 g e conter apenas 5% de heroína. Considerada uma das drogas mais devastadoras - usá-la três vezes é suficientes para causar dependência física, além de produzir tolerância acentuada em curto espaço de tempo, a heroína passou a preocupar os especialistas brasileiros em 1990. Foi quando os traficantes do Cartel de Cali começaram a cultivar, na Colômbia, a flor de papoula. Até então, a maior parte da produção Mundial vinha do Oriente, de países como a Tailândia e o Afeganistão, a preços exorbitantes. Um dos fatores por que a heroína tem número restrito de usuários é o preço. Embora a produção do pó custe apenas 10 centavos por grama, ela obedece rigorosamente à lei de oferta e procura. Como os viciados fazem qualquer coisa pelo produto, na Europa ele pode custar até 400 dólares o grama. Nos Estados Unidos, por conta da produção colombiana, o preço chegou a cair para 40 dólares. No Brasil, a dose custa até 300 reais, mas os especialistas avisam que o preço está baixando, o que é um perigo. É um indício de que há disposição dos traficantes de popularizar o consumo.

Injetar o pó diluído na veia é o método preferido dos viciados, pois assim não se perde nenhum miligrama da substância. Mas também há quem prefira aspirá-la pelo nariz, como se faz com a cocaína ou fumá-la.

A heroína, mais difícil de diluir em água do que drogas como a cocaína, costuma entupir as veias e provocar inflamação nos vasos sangüíneos. Injeções frequentes no mesmo lugar podem inutilizar as veias, obrigando o viciado a recorrer a quaisquer vasos sangüíneos disponíveis no corpo. Injetada na corrente sangüínea, a droga leva menos de um minuto para chegar ao cérebro, onde dispara a produção de endorfinas, substâncias que regulam as sensações de prazer. Sob o efeito da droga, o sistema nervoso central é levado a trabalhar lentamente, gerando sensação de relaxamento no corpo. Em caso de “overdose”, o usuário morre de parada cardiorrespiratória. Com o uso contínuo de heroína, o organismo deixa de produzir espontaneamente endorfinas e, na ausência da droga, entra em colapso. É a chamada síndrome de abstinência, onde o mais suave estímulo físico é interpretado como dor, o estômago e o intestino entram em pane, causando dores abdominais, diarreia e vômito. O coração e a respiração ficam acelerados e acontecem convulsões.

Preocupado com a chegada da droga no Brasil, o Ministério da Saúde liberou no país a produção de metadona, a única substância conhecida que pode aliviar a síndrome de abstinência dos dependentes de heroína (mais conhecida aqui como “brown sugar” ou açúcar mascavo). A metadona é uma droga de feito analgésico cuja principal função é controlar a dor em pacientes com câncer. Em países como os Estados Unidos, porém, ela já tem como aplicação principal o tratamento dos viciados.

Narcóticos sintéticos:

Em contraste com os produtos farmacêuticos derivados direta ou indiretamente de narcóticos de origem natural, os narcóticos sintéticos são produzidos inteiramente dentro do laboratório. A busca ininterrupta de um produto que retenha as propriedades analgésicas da morfina, porém isento dos perigos consequentes de tolerância e de dependência, ainda não foi capaz de produzir uma droga que não seja suscetível ao abuso. Há duas drogas em disponibilidade e que são amplamente usadas: meperidina e metadona.

1. **MEPERIDINA:** A meperidina é o primeiro narcótico sintético. É quimicamente diferente da morfina, porém se assemelha à mesma em seu efeito analgésico. É provavelmente a droga mais amplamente utilizada para o alívio desde a dor moderada até a intensa. Pode ser adquirida em sua forma pura bem como em produtos que contêm outros ingredientes medicinais, e é administrada por via oral ou injeções, sendo que este último método é o que mais se abusa. A tolerância e a dependência se desenvolvem com o uso crônico, e as doses elevadas podem resultar em convulsões ou morte.

2. **METADONA:** Foi sintetizada por cientistas alemães durante a segunda Guerra Mundial por causa da falta de morfina. Embora quimicamente diferente da morfina ou da heroína, a metadona produz os mesmos efeitos. Introduzida nos Estados Unidos em 1947 como um analgésico e distribuída com nomes tais como Amidone, Dolophine e Methadone, tornou-se largamente empregada na década de 1960, no tratamento de viciados em entorpecentes. Seus efeitos se diferem dos apresentados pela morfina por apresentarem uma duração mais prolongada, atingindo até 24 horas, o que permite a administração de apenas uma dose diária nos programas de desintoxicação de heroína e de manutenção do tratamento. Além disso, a eficácia da metadona é quase igual quando administrada por via oral ou injeção. Todavia, podem se desenvolver a tolerância e a dependência física e psíquica e os sintomas de abstinência, embora evoluam mais lentamente e sejam menos intensos, são mais prolongados.

3. SEDATIVOS E TRANQUILIZANTES:

Sedativo é o nome que se dá aos medicamentos capazes de diminuir a atividade de nosso cérebro, principalmente quando ele está num estado de excitação acima do normal. O termo sedativo é sinônimo de calmante ou sedante.

Quando o sedativo é capaz de diminuir a dor ele recebe o nome de analgésico. Já quando o sedativo é capaz de afastar a insônia, produzindo o sono, ele é chamado de hipnótico ou sonífero. E quando um calmante tem o poder de atuar mais sobre estados exagerados de ansiedade, ele é denominado de ansiolítico. Finalmente, existem algumas dessas drogas que são capazes de acalmar o cérebro hiperexcitado dos epiléticos. São as drogas antiepiléticas, capazes de prevenir as convulsões destes doentes.

Essas drogas foram descobertas no começo do século XX e diz a história que o químico europeu que fez a síntese de uma delas pela primeira vez foi fazer a comemoração em um bar, e lá se encantou com a garçonne, uma linda moça chamada Bárbara. Num acesso de entusiasmo, o nosso cientista resolveu dar ao composto recém-descoberto o nome de barbitúrico.

Os barbitúricos, são prescritos pelo médico como sedativos que induzem ao sono, por diminuir a atividade do cérebro. A sua duração limitada, aliada à dependência física e psíquica, levam o usuário a usar doses cada vez maiores para obtenção dos efeitos originais (tolerância). Doses altas, entretanto, causam depressão, amnésia e confusão mental, podendo bloquear os centros nervosos responsáveis pela circulação e pela respiração, o que determina a morte. Essas mortes podem acontecer quando o consumidor esquece que tomou um comprimido e toma outro ou quando o barbitúrico é tomado com álcool, o que potencializa os seus efeitos.

Devido ao grande risco de tolerância e dependência psíquica e física, os barbitúricos são vendidos exclusivamente com receita médica. Mesmo assim, há uma tendência entre os médicos em usá-los apenas como auxiliares no tratamento de doenças mentais e em casos de risco de enfarte ou outras doenças agravadas por tensões nervosas. Quando a pessoa está dependente dos barbitúricos e deixa de tomá-los, passa a ter a síndrome de abstinência, que vai desde insônia rebelde, irritação, agressividade, delírios, ansiedade, angústia, até convulsões generalizadas. A síndrome de abstinência requer obrigatoriamente tratamento médico e hospitalização, pois há perigo da pessoa vir a falecer.

Existem medicamentos que têm a propriedade de atuar quase que exclusivamente sobre a ansiedade e tensão. Estas drogas foram chamadas de tranquilizantes, por tranquilizar a pessoa estressada, tensa e ansiosa. Atualmente, prefere-se designar estes tipos de medicamentos pelo nome de ansiolíticos. Os tranquilizantes foram desenvolvidos no ano de 1950, como uma inovação no tratamento dos distúrbios da ansiedade, em substituição aos barbitúricos e outros fármacos que apresentavam maior toxicidade e diversos efeitos colaterais. Esses medicamentos tiveram largo uso clínico nas décadas de 60 e 70.

Antigamente o principal agente ansiolítico era uma droga chamada meprobanato, que praticamente desapareceu das farmácias com a descoberta de um importante grupo de substâncias: os **benzodiazepínicos** (diazepam, bromazepam, clobazam, clorazepam, estazolam, etc.).

Todos os benzodiazepínicos são capazes de estimular os mecanismos no nosso cérebro que normalmente combatem estados de tensão e ansiedade, produzindo uma depressão da atividade cerebral que se caracteriza por: diminuição da ansiedade, indução de sono, relaxamento muscular, redução do estado de alerta, o que prejudica parte das funções psicomotoras. Além desses efeitos, os ansiolíticos dificultam os processos de aprendizagem e memória.

Do ponto de vista orgânico ou físico, os benzodiazepínicos são drogas bastante seguras, pois são necessárias grandes doses (20 a 40 vezes mais altas que as habituais) para trazer efeitos mais graves: a pessoa fica mole, com dificuldade para andar ou ficar de pé, a pressão sangüínea cai e pode até desmaiar. Mas mesmo assim, a pessoa dificilmente entra em coma e/ou morre. Entretanto, a situação muda quando esses medicamentos são ingeridos juntamente com o álcool.

Outro aspecto importante quanto aos efeitos tóxicos refere-se ao uso por mulheres grávidas. Essas drogas têm um poder teratogênico razoável, isto é, podem produzir lesões ou defeitos físicos na criança que está sendo gerada.

Quando usados por alguns meses podem levar as pessoas a um estado de dependência psíquica e física. Como consequência, sem a droga o dependente passa a sentir muita irritabilidade, insônia excessiva, sudoreação, dor pelo corpo todo podendo, nos casos extremos, apresentar convulsões. Há também desenvolvimento de tolerância, embora não seja muito acentuada, isto é, a pessoa costumada à droga não precisa aumentar de muitas vezes a dose para obter o efeito inicial.

Os benzodiazepínicos são controlados pelo Ministério da Saúde, isto é, a farmácia só pode vendê-los mediante receita especial do médico, que fica retida para posterior controle.

Os bebês nascidos de mães que abusam de sedativos durante a gravidez podem ser dependentes físicos das drogas e mostrar, logo que nascem, sintomas consequentes da retirada da droga. Seus sintomas podem incluir problemas de respiração, dificuldades de alimentação, distúrbio no sono, irritabilidade, transpiração e febre.

4. INALANTES, SOLVENTES OU VOLÁTEIS:

A palavra **solvente** significa substância capaz de dissolver coisas e **inalantes** são todas as substâncias que podem ser inaladas, isto é, introduzidas no organismo através da aspiração pelo nariz ou boca. Via de regra todo solvente é uma substância altamente volátil, isto é, que se evapora rapidamente, sendo, por isso, facilmente inalado.

Um número enorme de produtos comerciais, como esmaltes, colas, tintas, thinners, propelentes, gasolina, removedores, vernizes, etc, contém estes solventes. Eles podem ser aspirados tanto involuntariamente (pessoas expostas ao ar contaminado) ou voluntariamente.

Todos estes solventes ou inalantes são substâncias pertencentes a um grupo químico chamado hidrocarbonetos, tais como o tolueno, xilol, n-hexano, acetato de etila, tricloroetileno, etc.

Certas substâncias voláteis, como o éter etílico, clorofórmio, cloreto de etila (presente no lança-perfuma), óxido nitroso (gás hilariante), acetona, tolueno, cola de avião, gasolina e outras, podem provocar, quando inaladas, sensações de vertigem, embriaguez, euforia etc. Após estas sensações iniciais há desorientação, apatia e, às vezes, delírios, náuseas, diarreia, amnésia e perda de consciência. Dentre os efeitos dos solventes o mais predominante é a depressão. Além de provocar dependência psíquica, são muito perigosos à saúde, podendo provocar lesões graves ao fígado, rim, medula óssea e cérebro, além de alterações no ritmo cardíaco e depressão respiratória, que podem levar à morte.

De acordo com o aparecimento dos efeitos após inalação de solventes, eles foram divididos em quatro fases:

- PRIMEIRA FASE: é a chamada fase de excitação e é a desejada, pois a pessoa fica eufórica, aparentemente excitada, pois ocorrem tonturas e perturbações auditivas e visuais. Mas pode também aparecer náuseas, espirros, tosse, muita salivação e as faces podem ficar avermelhadas.

- SEGUNDA FASE: a depressão do cérebro começa a predominar, com a pessoa ficando em confusão, desorientada, voz meio pastosa, visão embaçada, perda de autocontrole, dor de cabeça, palidez; a pessoa começa a ver e ouvir coisas.

- TERCEIRA FASE: a depressão se aprofunda com redução acentuada do alerta, incoordenação ocular (a pessoa não consegue mais fixar os olhos nos objetos), incoordenação motora com marcha vacilante, fala "enrolada", reflexos deprimidos; já podem ocorrer evidentes processos alucinatórios.

- QUARTA FASE: depressão tardia, que pode chegar à inconsciência, queda da pressão, sonhos estranhos, podendo ainda a pessoa apresentar surtos de convulsões. Esta fase ocorre com frequência entre aqueles cheiradores que usam saco plástico e após um certo tempo já não conseguem afastá-lo do nariz e assim a intoxicação torna-se muito perigosa, podendo mesmo levar ao coma e morte.

C. Drogas perturbadoras do SNC:

1. MACONHA E HAXIXE:

O termo maconha designa a planta do cânhamo indiano (*Canabis sativa*) ou qualquer parte ou extrato da mesma que produza modificações somáticas ou psíquicas no homem. É produzida pela secagem das folhas e das partes superiores da planta em florescência, e apresenta grande variedade quanto a sua potência, dependendo da origem e da seletividade do tipo de planta utilizado. O cânhamo dos Estados Unidos é considerado de qualidade inferior, enquanto as variedades da Jamaica, da Colômbia e do México, de qualidade superior, principalmente quando é extraída da planta feminina não polinizada e, portanto, sem sementes. Essa diferença na qualidade deve-se às diferentes concentrações da substância ativa, que produz os efeitos da maconha: o **tetrahidrocanabiol (THC)**. Enquanto a variedade dos Estados Unidos contém menos de 0,5% de THC, as variedades consideradas de qualidade superior podem chegar até a 11%.

A maconha é consumida usualmente na forma de cigarros feitos com pedaços de caules, folhas e flores de cânhamo. Os chamados “Thai sticks” (bastões da Tailândia), provenientes do sudeste da Ásia, são feitos de botões da flor do cânhamo amarrados em pequenos segmentos de bambú, e são encontrados frequentemente no mercado ilícito dos Estados Unidos.

Do cânhamo também pode ser extraída uma resina produzida pela flor da planta fêmea - o haxixe. O Oriente Médio é a principal fonte de haxixe. Trata-se de secreções resinosas da planta do cânhamo, ricas em THC (varia de apenas traços até 10%), as quais são coletadas, secadas e, em seguida, comprimidas em uma variedade de formatos, tais como bolas, bolos ou placas parecidas com biscoitos.

Após repetidas extrações de materiais da planta do cânhamo, obtêm-se um líquido escuro e viscoso, cujas amostras atuais contêm em média 20% de THC: o óleo de haxixe. Em termos de seu efeito psicoativo, uma ou duas gotas desse líquido equivale a um cigarro de maconha (“baseado”).

O THC é um depressor, mas quando a maconha é consumida em grupo costuma trazer euforia.

Além da maconha e do haxixe, drogas naturais, existe o **skunk**, maconha sintetizada em laboratório que atua diretamente sobre o sistema nervoso central, provocando sensação de leveza e bem estar no usuário. Seu uso continuado pode originar crises de ansiedade e pânico, alucinações visuais e auditivas, delírios, psicoses e depressão com tentativas de suicídio, parada cardíaca e morte. Leva à dependência psíquica.

A planta contém cerca de sessenta substâncias, chamadas coletivamente de canabinóides. Elas são responsáveis pelos efeitos da planta no corpo. Em 1991 descobriu-se que as células do cérebro têm uma substância, ainda sem nome, cuja função é reagir quimicamente com os canabinóides; ou seja, é por meio dela que os canabinóides afetam o cérebro e, a partir daí, o resto do organismo. Substâncias desse tipo são denominadas “receptores”. O mapa dos receptores mostra que os compostos da planta atuam em regiões cerebrais relacionadas com a memória, com os sentidos, com a capacidade de aprender e com os movimentos do corpo, inclusive a sensação de equilíbrio. E a maconha realmente afeta a memória, os sentidos, o aprendizado e o equilíbrio.

Os efeitos dessa droga variam muito com a quantidade consumida, as partes da planta que entram na mistura, o terreno em que a erva é cultivada, o ambiente em que ela é consumida, a constância do uso e a personalidade do fumante. Os efeitos se fazem sentir dentro de alguns minutos após ser fumada a droga; atingem seu pico dentro de 10 a 30 minutos e podem prolongar-se por duas ou três horas.

Para bom entendimento é melhor dividir os efeitos que a maconha produz sobre o homem em **físicos** (ação sobre o próprio corpo ou partes dele) e **psíquicos** (ação sobre a mente). Esses efeitos físicos e psíquicos sofrerão mudanças de acordo com o tempo de uso que se considera, ou seja, os efeitos são **agudos** (quando decorre apenas algumas horas após fumar) e **crônicos** (consequências que aparecem após o uso continuado por semanas ou meses ou anos).

Os efeitos **físicos agudos** são muito poucos: os olhos ficam meio avermelhados (hiperemia das conjuntivas), a boca fica seca (xerostomia) e o coração dispara (taquicardia). Os efeitos **psíquicos agudos** dependerão da qualidade da maconha fumada e da sensibilidade de quem fuma. Para uma parte das pessoas são uma sensação de bem-estar acompanhada de calma e relaxamento, sentir-se menos fatigado, vontade de rir (hilariedade). Para outras pessoas os efeitos são mais para o lado desagradável: sentem angústia, ficam aturdidadas, temerosas de perder o controle da cabeça, trêmulas, suando. É o que comumente chamam de “má viagem”.

Há ainda evidente perturbação na capacidade da pessoa em calcular tempo e espaço e um prejuízo na memória e atenção. A pessoa não consegue executar tarefas múltiplas e há aceleração do tempo subjetivo, fazendo minutos parecerem horas e confusão entre passado, presente e futuro. Os sentidos ficam aguçados mas o indivíduo tem menor equilíbrio e força muscular. Aumentando-se a dose e/ou dependendo da sensibilidade, os efeitos psíquicos agudos podem chegar até a alterações mais evidentes, com predominância de delírios e alucinações e despersonalização (sente que não é mais ele mesmo).

Os efeitos **físicos crônicos** da maconha já são de maior monta. De fato, com o continuar do uso, vários órgãos do nosso corpo são afetados. A maconha contém alto teor de alcatrão (maior que o cigarro comum), e nele existe uma substância chamada **benzopireno**, conhecido agente cancerígeno. Também traz os mesmos problemas que o cigarro (tabaco): bronquite, asma, faringite, enfizema e câncer (devido ao benzopireno). Outro efeito adverso (indesejável) do uso crônico da maconha refere-se à testosterona, hormônio sexual masculino. Já existem provas de que a maconha diminui em até 50-60% a quantidade de testosterona, reduzindo drasticamente a quantidade de espermatozóides, o que leva o homem à infertilidade. Esse efeito desaparece quando a pessoa deixa de usar a droga. Alguns cientistas afirmam que a maconha reduz a resistência das pessoas, tornando-as facilmente vítimas de doenças infecciosas.

Há ainda a considerar os efeitos **psíquicos crônicos**. Sabe-se que o uso continuado da maconha interfere com a capacidade de aprendizagem e memorização e pode induzir um estado de amotivação, isto é, não sentir vontade de fazer mais nada, pois tudo fica sem graça e importância (síndrome amotivacional). Além disso, a maconha pode levar algumas pessoas a um estado de dependência. Há provas científicas de que, se a pessoa tem uma doença psíquica qualquer, mas que ainda não está evidente ou a doença já apareceu, mas está controlada com medicamentos adequados, a maconha faz surgir a doença ou piora o quadro.

A dependência pode ocorrer por uso repetido durante bastante tempo. Pode haver tolerância, de forma que a pessoa passa a fazer uso diário da droga; no entanto a suspensão abrupta do uso não produz sintomas físicos (dependência apenas psíquica). O dependente se afasta da família, do trabalho e do lazer, para ficar usando a droga.

EFEITOS NO USUÁRIO:

- É comum uma sensação de bem-estar, às vezes com acessos de euforia e de riso incontrolável. Também se sente relaxamento muscular e sonolência. Diminui a capacidade de seguir objetos em movimento.
- O usuário ganha uma hipersensibilidade, mas perde a noção de tempo e tem falhas de memória. Mais de quatro cigarros podem levar a alucinações, provocar confusão mental, apatia e indolência.
- Dilatação das pupilas e boca seca são efeitos comuns, assim como um pouco de taquicardia. Estudos mostram ainda queda da taxa de açúcar no sangue, da quantidade do hormônio testosterona e de espermatozóides, o que pode levar à impotência sexual.
- Queda nas defesas do organismo contra infecções.
- Irritação nas vias respiratórias.
- Diminuição da memória e da capacidade de aprendizado.
- A dependência psíquica faz o usuário sentir vontade de usar a droga, acompanhada, às vezes, de irritação, insônia ou perda de apetite.
- O consumo da maconha pode abrir caminho para o uso de drogas mais fortes e perigosas, seja porque, como droga ilícita, leva seu consumidor a entrar em contato com traficantes, ou porque estimula a pessoa a experimentar drogas mais caras e que trazem dependência física.

A maconha não é inofensiva: do mesmo modo que outras drogas, serve como fuga dos problemas que a vida apresenta, prejudicando o desenvolvimento normal da personalidade e o relacionamento com outras pessoas e com o mundo.

Na produção do haxixe, as secreções resinosas da flor do cânhamo são coletadas, secadas e comprimidas em vários formatos. Existe também o óleo de haxixe que é produzido por processos de repetidas extrações de materiais do cânhamo, para obtenção de um líquido escuro, que possui 20% de THC e é acrescentado ao cigarro.

Apesar dos efeitos maléficos citados, o THC tem propriedades que podem ser usadas medicinalmente. Seu uso terapêutico vem sendo discutido em casos de tratamento ou adjuvante no tratamento de doenças como o câncer, a AIDS, esclerose múltipla e glaucoma.

O coquetel de drogas e a quimioterapia, que combatem a proliferação de células cancerosas provocam náuseas e vômitos, muitas vezes intoleráveis. O THC reduz o mal-estar e supera as crises de náuseas e vômitos, permitindo que pacientes menos tolerantes consigam dar prosseguimento ao tratamento.

A perda de peso pelos aidéticos (devido à diarreias, ação de toxinas etc) é agravada pela falta de apetite. O THC, como estimulante do apetite, principalmente de “doces”, resolve parcialmente esse problema, combatendo a fraqueza.

A esclerose múltipla ataca o cérebro, ocasionando espasmos musculares involuntários. O THC, devido à propriedade de relaxante muscular, ameniza esse problema, devolvendo o controle dos braços e pernas.

Devido à maconha causar dilatação dos brônquios e diminuir a sufocação provocada pela asma, tentou-se atribuir a essa droga poderes medicinais para doença. Porém, a fumaça é prejudicial aos pulmões, além da maconha conter mais alcatrão que o tabaco, substância de natureza cancerígena.

O uso medicinal da maconha ainda está em discussão. Como a droga não possui apenas THC e os agentes químicos que contém são semelhantes aos do cigarro (tabaco), existe controvérsia no seu uso terapêutico. Alguns médicos propõem o uso do THC (e não da maconha), no tratamento dessas enfermidades, utilizando-o na forma de comprimidos ou supositórios.

2. ECSTASY (ÊXTASE):

Droga sintética nascida na Alemanha e espalhada pela Europa a partir de Londres, o ecstasy (ou êxtase) chegou ao Brasil depois de uma rápida escala nos E.U.A. A polícia brasileira mal o conhece; as autoridades não dispõem de dados sobre os consumidores, mas seu uso não pára de aumentar.

Sintetizada e patenteada por um laboratório alemão em 1914, a droga, cientificamente conhecida como MetilenoDioxilMetAnfetamina (MDMA), foi desenvolvida para ser um moderador de apetite. Depois passou a ser empregada para desinibir pacientes em processos psicoterapêuticos. Na verdade, trata-se de um coquetel produzido a partir de anfetaminas e alucinógenos, capaz de viciar rapidamente. Nos Estados Unidos, o ecstasy foi tido como a droga da moda no início dos anos 80 e seu consumo foi proibido a partir de 1986. No Brasil, os comprimidos começaram a chegar em larga escala no final de 1994, basicamente pelas mãos de turistas alemães e holandeses, normalmente no interior de caixas de remédios aparentemente inofensivos, como o Plasil, muito usado para evitar enjoos em aviões.

Provoca dependência psíquica e, em alguns casos, até a morte. De amplo uso nos *clubs* das grandes cidades brasileiras, principalmente São Paulo, é vendido na porta ou mesmo dentro das danceterias, sendo conhecido como a droga do amor, o que remete imediatamente a algum suposto afrodisíaco, pois provoca uma excitação quase incontrolável no usuário, ajudando a romper bloqueios emocionais, aflorar a libido (desejo sexual), além de proporcionar sensação de bem-estar. Porém, os celebrados poderes eróticos do ecstasy são uma lenda: aumenta o desejo sexual, mas prejudica o desempenho. No homem, diminui em 50% a capacidade de ereção e torna o orgasmo difícil. É por isso que nas boates em que se consome muito ecstasy são comuns cenas de “bolos” de corpos humanos abraçados, rolando ao som alucinante das pistas.

O que prende a turma do ecstasy às casas noturnas é o som. “A combinação da droga com a música produz um estado de transe similar ao experimentado em rituais tribais ou em cerimônias religiosas”, o que parece amplificar o efeito da droga.

Com o estômago vazio, alguém que ingira a droga demora de vinte a trinta minutos para sentir os efeitos. É o tempo que leva para a molécula-base do ecstasy (MDMA) atingir o sistema nervoso. Nos neurônios, a substância aumenta as concentrações de serotonina, ligada às sensações amorosas (regula o humor e a libido), e de dopamina, um anestésico natural. O “barato” pode durar de seis a oito horas.

O ecstasy atende a um circuito fechado: seus consumidores são jovens da classe média alta. Como é caro - R\$50,00 o comprimido, contra R\$30,00 para o grama de cocaína e R\$7,00 para uma pedra de crack, o ecstasy é uma droga elitista.

A droga, num primeiro momento, deixa seus usuários falantes, felizes, seguros de si, receptivos ao contato social e com a sensualidade em alta. Mas esses efeitos são passageiros e quando eles terminam, pode vir o pior. São frequentes os acidentes durante a “viagem”, que vão desde insuficiência hepática e renal, convulsões, hemorragia cerebral até morte súbita. O chamado “revertério” ocorre porque a droga aumenta a temperatura do corpo (que pode chegar a 42° C) e provoca sudorese e sede. Ao transpirar em abundância, a pessoa não perde apenas água, mas também minerais fundamentais para o organismo. A isso se dá o nome de desequilíbrio hidroeletrólítico. Uma das substâncias eliminadas é o sódio, responsável pela retenção de líquidos dentro dos vasos sanguíneos. Com o refluxo dos líquidos para fora dos vasos sanguíneos do cérebro, este, como não possui um sistema de drenagem, pode sofrer compressão em regiões vitais, como o centro de controle do sistema respiratório, provocando parada respiratória e morte. Dois usuários morreram por excesso de consumo de água _ um deles chegou a beber 14 litros de água. Isso é possível porque o ecstasy pode desregular o sistema antidiurético, que evita perda de líquido pelo organismo. Há também casos de mortes por reações alérgicas. Na literatura há descrições de mortes causadas, principalmente, quando a droga é associada a outras, como a cocaína e o álcool.

Quando não mata, o ecstasy pode provocar ainda distúrbios psiquiátricos, como síndrome de pânico, depressão, déficit de memória, delírios e alucinações.

No final do primeiro semestre de 1985, no Rio de Janeiro, um outro comprimido chamado ecstasy - com “c” -, cuja composição nada tem a ver com a do ecstasy, também virou moda nas boates. É um coquetel fabricado com uma legião estrangeira de ervas - algumas inofensivas, outras nem tanto. Constam da fórmula ervas do Tibet, China, Alemanha, África, Rússia, Indonésia e até o familiar guaraná brasileiro. Mas o ponto mais perigoso está num vegetal chamado Rou Gui, uma forma rara de noz-moscada chinesa. Ela tem um componente ativo igual ao que funciona no ecstasy. A diferença é que é mais leve. Cada cartela custa R\$30,00 e contém 10 comprimidos. No Brasil, o ecstasy é vendido de forma clandestina. A droga, fabricada pela empresa Global World Media, é comercializada há

cerca de 5 anos nos EUA como complemento alimentar. O produto foi registrado como Herbal Ecstasy e recomenda-se que os comprimidos sejam consumidos com cuidado, já que podem alterar o comportamento, provocar dependência e desidratação.

3. ALUCINÓGENOS:

O **LSD**, como é conhecida a **dietilamida do ácido lisérgico**, é o mais potente alucinógeno conhecido. Extraído inicialmente de um tipo de cogumelo e hoje produzido sinteticamente, o **LSD** - juntamente com a **mescalina** extraída do cacto peiote, a **psilocibina**, obtida de um cogumelo mexicano, o **vinho de Jurema**, preparado à base da planta brasileira *Mimosa hostilis*, **Caapi** e **Chacrona**, plantas alucinógenas utilizadas conjuntamente na forma de bebidas - faz o consumidor ver, ouvir e imaginar coisas de forma anormal ou exagerada.

O consumo do LSD atingiu o auge na década de 60, quando grande número de pessoas, sobretudo jovens, o usaram para provocar alucinações ou “viagens”. Ao relatar suas experiências com o LSD, em geral as pessoas descrevem sensações muito intensas, com objetos familiares adquirindo novas formas, cores muito vívidas, distorções de tempo e de espaço.

Às vezes, porém, as alucinações consistem em pesadelos aterrorizantes, acompanhados de sentimentos de medo e pânico, com impulsos violentos e suicidas. Frequentemente o indivíduo experimenta também a sensação de ter ficado louco e, realmente, muitos tiveram este fim. Há dependência psíquica em graus variáveis, sem dependência física, não ocorrendo desenvolvimento de síndrome de abstinência. O fenômeno da tolerância desenvolve-se muito rapidamente, mas também há o desaparecimento rápido do mesmo com o cessar do uso. Podem aparecer sintomas físicos pouco salientes como dilatação das pupilas, suor excessivo, taquicardia e náuseas seguidas de vômitos. Estes últimos são mais comuns com a bebida do Santo Daime (duas plantas alucinógenas, Caapi e Chacrona, que são utilizadas conjuntamente sob forma de uma bebida que é ingerida no ritual do Santo Daime ou Culto da União Vegetal e várias outras seitas dos Estados do Norte do Brasil, São Paulo, Rio de Janeiro etc).

Estudos recentes mostram ainda que o LSD provoca lesões nos cromossomos das células nervosas, nos glóbulos do sangue e nas células reprodutoras, podendo, portanto, causar danos não somente ao organismo de quem o usa, mas também aos filhos que venha a ter.

O perigo do LSD-25 não está tanto na sua toxicidade para o organismo mas sim no fato de que, pela perturbação psíquica, há perda da habilidade de perceber e avaliar situações comuns de perigo. Isto ocorre, por exemplo, quando a pessoa com delírio de grandiosidade, julga-se com capacidades ou forças extraordinárias, sendo capaz de, por exemplo: voar, atirando-se de janelas; com força mental suficiente para parar um carro numa estrada, ficando na frente do mesmo: andar sobre as águas, avançando mar adentro. Há também descrições de casos de comportamento violento, gerado principalmente por delírios de perseguição: o drogado pode atacar pessoas por julgar que estão tramando contra ele.

Ainda no campo dos efeitos tóxicos, há também descrições de ansiedade muito grande, depressão ou mesmo acessos psicóticos. Semanas ou até meses após experiências com LSD, a pessoa repentinamente passa a ter todos os sintomas psíquicos daquela experiência anterior e isto, **sem ter tomado** de novo a droga, fenômeno do Flashback, que faz a pessoa pensar que está ficando louca.

A substância alucinógena, responsável pelos efeitos do vinho de Jurema e da bebida do Santo Daime é a **dimetiltriptamina** ou **DMT**. Além de ingerida, como no caso do vinho da Jurema ou bebida do Santo Daime, o DMT pode também ser preparado como um inalante ou mesmo fumado. Causa alucinações intensas que duram cerca de 30 minutos ou menos. Utilizada principalmente em cerimônias mágicas e religiosas de certos índios.

O chamado chá do Santo Daime é uma bebida “mágica” do oeste da Amazônia. É conhecida pelo nome de caapi ou iagê e é basicamente feita com plantas, sendo que a espécie mais usada no Brasil é a do caapi. Os índios Tukanoam usam o caapi para provocar estados de transe. Entre os vários efeitos da droga, ocorrem alucinações visuais coloridas, além de um estado de grande coragem e valentia. A bebida é geralmente preparada com os talos da planta; às vezes juntam as folhas do cipó, triturando o material em um pilão e adicionando água. Outras vezes, pedaços de tronco ou sua casca, inteira ou raspada, são fervidos em água. Segundo o folclore das tribos da região, a bebida é usada pelos nativos com diversas finalidades: descobrir certos casos de solução difícil, responder convenientemente aos emissários de tribos em disputa ou em guerra, decifrar planos do inimigo, tomar decisões certas para ataque e defesa, descobrir doenças em familiares etc. A bebida ainda é largamente usada por certas tribos indígenas da Amazônia. Recentemente verificou-se os ingredientes ativos da bebida (tanto na casca como nas folhas): são a harmina, a harmalina e a D-tetrahydroharmina; todas elas efetivamente alucinógenas. Além disso, adiciona-se à bebida uma planta da família das Rubiáceas que contém N-dimetiltriptamina, com comprovada ação alucinógena.

A psilocibina é um ingrediente ativo de numerosos cogumelos alucinógenos mexicanos. O uso é comum entre os indígenas de alguns países da América Latina, em cerimônias religiosas. Seu emprego representa um traço cultural, folclórico ou religioso desses povos. Os efeitos psíquicos duram de 5 a 6 horas, dependendo da quantidade usada,

geralmente de 20 a 60 mg. Os cogumelos causam náuseas, vômitos, perturbações neurovegetativas, pulso lento, perturbações vasomotoras e neuro-sensoriais e sensações de vertigem. Aparecem mal-estar, cansaço e sonolência, seguidos de estados de super-excitação, euforia, paz interior e necessidade de movimento. Terminado o ciclo, o usuário volta ao seu estado de consciência normal, guardando lembrança mais ou menos precisa de sua experiência.

A mescalina é uma droga poderosa que provoca alucinações visuais e auditivas e intensifica as emoções. Atualmente seu uso é proibido; é usada pelos indígenas em cerimônias religiosas. Seus efeitos duram cerca de 12 horas e se assemelham ao do LSD. Seu uso geralmente não produz dependência, porém, quem a usa regularmente pode desinteressar-se pela vida. Na maioria dos casos, as reações cessam com a suspensão do uso da droga.

Ainda no campo dos alucinógenos, temos o PCP ou fenciclidina (pó-de-anjo), alucinógeno mais adulterado. Era usado na veterinária, mas a frequência e a gravidade de seus efeitos tóxicos limitou-lhe o uso. O fornecimento de PCP é ilegal; ele pode ser fumado, inalado, ingerido ou injetado. Seus efeitos são: dissociação físico-psíquica e privação sensorial. Distorce as mensagens sensoriais enviadas ao sistema nervoso central, suspende a inibição e amortece a dor e eleva a pressão sanguínea. Doses moderadas incapacitam a fala, provocam atitude rígida de robô, confunde e agita. Doses mais fortes podem causar catatonia (tipo de esquizofrenia caracterizado por períodos de negativismo, excitação e atitudes ou atividades estereotipadas, ou seja, fixas, que não variam), coma, convulsões, depressão respiratória, insensibilidade cardiovascular, além de produzir amnésia enquanto dura o efeito (de 2 a 48 horas). O PCP é retido pelo organismo durante meses em células adiposas e pode ser liberado durante exercícios ou jejum, quando retorna em sua forma de agente químico, voltando a circular pelo corpo. Não é muito procurado por ser associado à "viagens ruins".

4. ANTICOLINÉRGICOS:

Incluem nesse grupo a planta trombeteira ou lírio e os medicamentos Artame, Akineton e Bentyt, drogas que são capazes de, em doses elevadas, produzir, além dos efeitos no nosso corpo, alterações em nossas funções psíquicas.

Assim, as pupilas ficam muito dilatadas, a boca seca e o coração pode disparar, sintomas esses que são acompanhados de alucinações provocadas por alterações mentais do tipo percepção mental sem objeto (ver ratos, índios e estrelas quando esses objetos não existem, por exemplo). Os intestinos ficam paralisados (são usados medicamente como antidiarréicos) e a bexiga fica "preguiçosa" ou há retenção de urina.

Os anticolinérgicos podem produzir, em doses elevadas, grande elevação da temperatura corporal que chega, às vezes até 40-41° C. Nestes casos, felizmente não muito comuns, a pessoa apresenta-se com a pele muito seca e quente, com vermelhidão, principalmente no rosto e pescoço. Essa temperatura elevada pode provocar convulsões. Existem pessoas que descrevem "ter engolido a língua" e quase se sufocarem por causa disso. O número de batimentos cardíacos sobe exageradamente, podendo chegar a 150 por minuto.

O abuso de anticolinérgicos é relativamente comum no Brasil e tem sido responsável por internações de emergência. O Artame chega a ser a terceira droga mais usada pelos meninos de rua (após os inalantes e a maconha). Essas drogas não desenvolvem tolerância e não há descrição de síndrome de abstinência.

6- As drogas mais usadas no Brasil

Entre todas as consumidas no país, o **álcool** é a que mais se destaca. Estima-se que o alcoolismo (uso crônico) atinja de 3 a 10% da população, e o uso ocasional, 84%. O abuso de **álcool**, como se sabe, cria graves problemas e sofrimentos, com altíssimo custo social. O uso crônico leva a uma degradação física e moral provocando, na falta do produto, uma síndrome de abstinência violenta. Ele pode levar à morte (por coma alcoólico ou por complicações orgânicas, como a cirrose). Instiga com frequência violência e acidentes, e absenteísmo no trabalho.

As drogas depressoras

Os **tranquilizantes** (calmantes, ansiolíticos, sedativos) são muito usados no mundo inteiro. A base da substância ativa é o **diazepan** (por isso são chamados de benzodiazepínicos). Quando usados sem justificativa médica, procura-se uma "anestesia das emoções". O abuso destes medicamentos provoca dependência.

Os **opíáceos** ilegais como **ópio** e **heroína**, objeto do narcotráfico oriundo da Ásia, são pouco presentes no Brasil. A **morfina** é um potente analgésico, mas cria dependência quando usada por períodos prolongados.

O opíáceo mais consumido no Brasil é a **codeína**, presente na forma de xaropes contra a tosse ou de analgésicos. O abuso, além de dependência e síndrome de abstinência, pode provocar parada respiratória. Os inalantes ou solventes representam hoje, na juventude brasileira, a "droga de iniciação" (como antigamente a maconha), em particular o "cheirinho de loló". Eles têm a fama de produzir efeitos mirabolantes ("barato"), mas podem provocar danos graves.

Entre meninos e meninas de rua é bem conhecido o uso de cola de sapateiro e esmalte, funcionando como uma espécie de "tapa-fome", ajudando-os a agüentar ou esquecer a miséria.

As drogas estimulantes

A **cafeína** é amplamente consumida, sendo que o café representa a bebida nacional por excelência. Dosagens excessivas, no entanto, podem causar danos.

A **nicotina**, aspirada pelo fumo do tabaco, causa inúmeros malefícios cardiovasculares e respiratórios. Seu consumo é hoje cada vez mais questionado, mas continua protegido pelo Estado. A estimativa é que 50% dos homens e 33% das mulheres brasileiras fazem uso de cigarro. Em um cotejo internacional esta proporção deve ser considerada elevada.

A **cocaína** e subprodutos, como o crack, são extraídos da coca, planta nativa dos Andes. Objeto do narcotráfico oriundo dos países andinos, ela é injetada ("pico"), pode transmitir infecções graves, como a hepatite ou o vírus da AIDS. O **crack**, pedras cristalizadas a partir da pasta base de cocaína, é fumado em cachimbos. Seu efeito é devastador, provocando forte decadência física e alta mortalidade.

Embora proibidas, as **anfetaminas** são medicamentos ainda consumidos, em particular para manter a vigília (estudantes, caminhoneiros).

Substâncias anfetamínicas estão contidas nos **moderadores de apetite** (anorexígenos); além de emagrecimento, criam dependência. Todo abuso de substâncias estimulantes pode provocar insônia, nevrosismo, irritabilidade, instabilidade emocional e idéias de perseguição (paranóia), chegando a formações delirantes.

As drogas alucinógenas

Os produtos "psicodélicos" foram popularizados na década de 60, com o movimento *hippie*. As "viagens" que propiciam não são nada inocentes, pois podem provocar seqüelas prolongadas.

O **LSD** é o produto de origem sintética mais conhecido. Pode provocar alucinações e confusão mental de demorada remissão; "viagens ruins" podem levar ao suicídio.

A **maconha** é uma das substâncias mais antigas. Ela favorece a introspecção e o desligamento do mundo. O uso intensivo e prolongado provoca a chamada "síndrome amotivacional", prejudicando o engajamento ativo.

Outros alucinógenos vegetais, de origem sobretudo indígena, são hoje usados conforme modismos. Um exemplo é a ayahuasca, usada nas seitas Santo Daime e União do Vegetal. Todos eles "fazem viajar", com riscos imprevisíveis (como acidentes) pois a intensidade de tal viagem, sua duração e a volta ao ponto de partida são muito variáveis.

Encerramos aqui a descrição sumária das drogas mais comuns no Brasil. De posse dessas informações você poderá lidar mais facilmente com os problemas de drogas com os quais se defrontar, seja na sua família, no seu meio social ou seu ambiente de trabalho.

7- Uso de drogas e AIDS

Nos últimos anos, a infecção pelo HIV cresceu muito entre **usuários de drogas injetáveis (UDI)**. No mundo inteiro, eles representam hoje um grupo significativo com conduta de risco. O grupo dos UDI com certeza não é homogêneo, mas algumas características psicossociais são comuns. Assim, a maioria vive na marginalidade ou clandestinidade, perseguida tanto pela repressão policial quanto pela opinião pública.

O ato de **compartilhar seringas e agulhas** expõe os UDI a elevados riscos de contaminação pelo HIV. Este, no entanto, não circula apenas entre os pares, mas como a maioria é sexualmente ativa, também entre seus **parceiros sexuais**. Esta via é, em parte, responsável pelo grande aumento de AIDS entre mulheres. Outra causa importante é a transmissão heterossexual.

Portanto, não é o "vício" em si, mas as atividades não protegidas dos UDI que causam a disseminação do vírus.

Diante da confluência constatada de drogas e AIDS, a adaptação de novas medidas de prevenção tornou-se urgente. Deve-se insistir na prevenção ao abuso de drogas, mas como danos maiores se espalham rapidamente no bojo do seu uso deve-se também priorizar a adoção de práticas para enfrentar a disseminação do HIV entre os usuários. Países como Inglaterra, Holanda, Áustria e alguns estados dos EUA já adotam práticas de redução de danos.

8- Redução de Danos pelo Consumo de Drogas

Pesquisas têm demonstrado que mesmo os **usuários de drogas injetáveis** (UDI) mais inveterados são capazes, quando abordados em um contexto propício, de adotar medidas preventivas simples. Não com o objetivo imediato de parar de usar drogas, mas de usá-las sem correr o risco de se contaminar e/ou de transmitir o HIV. Da mesma maneira que não se preconiza a abstinência sexual, mas sexo seguro, recomenda-se aqui "**uso limpo**" de drogas, enquanto a dependência impedir de abster-se delas. Esta é a proposta de "redução de danos" ou "redução de riscos" ("harm reduction"), sustentada hoje pela OMS e outros organismos das Nações Unidas. Ela não dispensa o engajamento pela "redução do uso" ou "redução da demanda", mas, diante da dificuldade para o controle do tráfico de drogas e o alastramento do HIV entre os UDI, e a partir deles para a população em geral, constitui-se em ação concreta para reduzir a transmissão do HIV entre os próprios UDI e seus contatos. A recomendação, portanto, é **tríplice**:

- não use drogas;
- se você as usar, não faça uso injetado;
- se você é dependente de drogas injetáveis, faça uso limpo.

A proposta de redução de danos não legitima o uso e nem sequer o incentiva: corresponde a uma medida emergencial dentro de uma situação de calamidade pública. Experiências internacionais mostram que tais ações, implantadas com lucidez e circunspeção no contexto de toda uma programação preventiva, levam a uma diminuição sensível da infecção pelo HIV entre os UDI e seus parceiros; a mais longo prazo, pelo potencial de conscientização que contêm, conduzem a uma redução do consumo e suscitam demandas de tratamento.

Os métodos utilizados para redução de danos são variados e estão descritos no capítulo terceiro deste manual.

Aconselhamento

É um processo dinâmico que se desenvolve numa relação de confiança entre duas ou mais pessoas, voltadas para a consideração de algo vital. Nesta relação a ação é definida, o aconselhando precisa falar de suas tensões, pensar com o outro, compartilhar, compreender seus sentimentos de conflito, trilhar um caminho.

No contexto das DST e AIDS, esta relação tem conteúdos específicos e objetivos determinados. Considerando as formas de transmissão do HIV, outras DST e as características da AIDS, ainda encontramos atitudes de estigma e discriminação, incertezas quanto a possibilidade de cura ou de tratamento. A população brasileira ainda "resiste" na adoção de práticas mais seguras para evitar as infecções. "Sou forte e não pego AIDS", "Não transo com gay", "Mulher não transmite AIDS", "Eu confio no meu parceiro(a)", "Camisinha diminui o prazer"; são algumas das muitas representações sociais existentes entre nós. Por outro lado, existem muitas pessoas vivendo com estresse e conflitos frente à possibilidade de se infectarem. E quanto aos contaminados ou doentes, ainda apresentam muitas dificuldades de conviver satisfatoriamente consigo mesmos, com seus parceiros, com sua família, no seu trabalho ou com seus amigos. Com frequência, sentem-se incapazes de resolver problemas ou tomar decisões oportunas. Esta é a realidade do nosso trabalho.

Portanto, nossa abordagem sempre vai envolver assuntos sensíveis e complexos como: questionamentos sobre a intimidade das pessoas, sua sexualidade, conhecimento e confronto de questões emocionais e culturais, discussão de como manter as relações afetivas, como enfrentar perdas, como manter a motivação para a vida naquelas pessoas que consideram ter boas razões para sentir total ausência de esperança.

A função básica de quem aconselha neste contexto é facilitar a percepção de risco, motivar as pessoas para a adoção de práticas mais seguras e responsáveis de prevenção das infecções. Devemos dirigir as informações pertinentes numa linguagem acessível, identificar as capacidades no outro para encaminhar seus problemas e tomar decisões. Podemos dizer ainda, que as ações de Aconselhamento se diferenciam de uma conversa informal entre amigos ou das campanhas informativas voltadas para a população em geral pois,

a) dirige as informações, orienta e oferece apoio emocional conforme as necessidades específicas apresentadas em cada grupo ou indivíduo;

b) oportuniza o conhecimento de si mesmo, a reflexão e transformações de valores culturais, como superação de preconceitos e resgate da cidadania, contribuindo para a adoção de novas práticas. Por estas razões esta abordagem se torna importante na prevenção das infecções.

Como estamos vendo, não é uma tarefa fácil. Isto não quer dizer que somente especialistas possam desenvolver esta atividade. A arte de aconselhar pode ser desenvolvida e, considerando os índices elevados de contaminação devemos nos preocupar em preparar um maior número de trabalhadores nesta abordagem. No aconselhamento as necessidades emocionais das pessoas são consideradas com a mesma prioridade que as necessidades médicas, financeiras e legais. Através da expressão das emoções pode-se identificar valores, crenças, concepções, que muitas vezes dificultam as pessoas na promoção da sua saúde. Recomendamos que todos que trabalham na área de prevenção ou de assistência no contexto das DST/AIDS, desenvolvam habilidades para prestar aconselhamento.

Um bom começo é participar dos treinamentos e praticar muito.

A aprendizagem na área de aconselhamento deve necessariamente contemplar conteúdos como:

- aspectos teóricos de aconselhamento e sua prática: conceito, objetivos, princípios, habilidades;
- conhecimento básico sobre a infecção pelo HIV, sobre a AIDS e outras DST;
- aspectos éticos, psicossociais: sexualidade, estigma e discriminação, vida e morte, auto-estima, legislação pertinente. Especificidades culturais de cada grupo a ser trabalhado;
- avaliação de situações de risco específicas do indivíduo/grupo que devem ser modificadas;
- avaliação de situações ou argumentações que motivam ou dificultam a adoção de práticas mais seguras;
- manejo das reações emocionais decorrentes do resultado do teste (positivo ou negativo) e encaminhamento;
- Conhecimento sobre as especificidades culturais da população a ser trabalhada: concepções, significados dos temas abordados (conceito de risco, de camisinha, saúde x doença).

Para se trabalhar assuntos tão complexos os treinamentos devem prever, além de aulas expositivas, a utilização de técnicas de dinâmica de grupo que favoreçam a mobilização espontânea de conteúdos afetivo-emocionais. É importante que o grupo exponha suas dificuldades, suas concepções e valores. Oficinas de sexualidade e dramatizações são exemplos sempre úteis para se atingir estes objetivos instrucionais. Sempre que possível, incluir na carga horária, uma parte de prática supervisionada, pois esta etapa é fundamental como aproximação sucessiva da realidade que se vai enfrentar.

Observamos ainda, que a aprendizagem e a prática do aconselhamento devem sempre levar em consideração dois aspectos que se complementam:

1) Dificuldades pessoais que possam estar interferindo no desenvolvimento das ações nesta área. Estar atento às próprias emoções, conhecer-se a si mesmo torna-se condição fundamental para caminhar na direção do conhecer e lidar satisfatoriamente com as emoções do outro. É comum neste trabalho surpreendermos-nos com **atitudes preconceituosas** quando lidamos com pessoas que têm estilos de vida diferentes, ou **atitudes de superioridade** "vou transformar aquela realidade", ou **de revolta** - por exemplo, quando o usuário não tem acesso ao medicamento necessário ou ainda outras **ansiedades** - o que eu digo para alguém, que acredita que vai morrer mesmo, e não há mais nada a fazer? Sabemos que estes sentimentos e atitudes, se não estiverem equilibrados, só servem para dificultar a relação de confiança e nos distanciarmos da real necessidade do outro.

2) Manejo de situações difíceis que irá enfrentar no seu trabalho, como por exemplo:

- como auxiliar uma profissional do sexo a adotar o uso da camisinha com seu parceiro fixo, quando ele se recusa radicalmente?
- como argumentar com o preso sobre a importância da prevenção das infecções se ele só conheceu restrição, morte, violência e não valoriza a própria vida?
- como abordar sobre o uso de camisinha com a dona de casa que corre riscos de contrair as infecções com o parceiro, quando ela acredita que ele é fiel? Ou vice-versa?
- como abordar o aconselhando sobre a importância de contar ao parceiro(a) que é soropositivo(a), quando ele está resolvido a não revelar para ninguém?
- como abordar a mulher gestante soropositiva que teme a possibilidade de transmissão do HIV para seu filho?

Nosso esforço será inútil se não houver envolvimento, empatia com o outro. Precisamos entender o nosso interlocutor na sua realidade, compreender seus significados, para que possamos dar uma resposta que faça sentido e não apenas repetirmos mensagens de prevenção.

Conclusão:

Um dos pressupostos básicos da proposta de redução de danos é o fato de que se deve levar em conta a importância do contexto no qual o comportamento de risco tem lugar. Propostas que implicam simplesmente em "dizer não às drogas", ou estratégias que passam exclusivamente pela busca da abstinência não são efetivas. É essencial entender os comportamentos específicos de cada segmento mais exposto a risco, o seu porquê e como eles ocorrem. A proposta de redução de danos tenta compreender as normas culturais e trabalhar no seu âmbito, focalizando a alteração dos fatores que, de fato, permitam uma mudança de comportamento. O comportamento seguro tem de se tornar o comportamento mais natural.

EFEITOS DAS DROGAS NO ORGANISMO (Resumo - Quadro Comparativo)

DROGA	FORMA DE INGERIR	PISTAS CONCRETAS	EFEITOS CURTO PRAZO	EFEITOS MÉDIO E LONGO PRAZO
NICOTINA	cigarro, cigarilha,	dentes amarelos,	perda de fôlego, asma	asma brônquica, enfizema

	charuto, cachimbo	hálito característico, pigarro, tosse	brônquica	pulmonar, câncer
ALCOOL	bebidas alcoólicas, xaropes	alteração do comportamento	desinibição incomum	inibição do centro respiratório e morte, gastrite, cirrose, neurite
BARBITÚRICOS	tranquilizantes, soníferos	ingestão por via oral	sonolência, sensação de bem-estar	perda de contato com a realidade, overdose pode provocar a morte
COGUMELO	infusões, chás	vômitos, ansiedade, alucinações	taquicardia, tontura, fraqueza	euforia e hiperexcitação juntas podem levar a uma parada cardíaca
ANFETAMINAS	pílulas estimulantes, remédios contra apetite. Via oral, injeção	hiperexcitação, agressividade, perda de contato com a realidade	diminuição do sono, falta de apetite, dilatação de pupilas, aumento da pressão	pode provocar parada cardíaca e morte
LSD	ácido lisérgico via oral, injeção	perda de peso, desligamento do real, delírios	aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas	psicose definitiva, loucura e morte provocada por overdose
BENZINA	cola de sapateiro aspiração	riso, vertigens, euforia	Na hora pode provocar parada respiratória	modificação na formação dos glóbulos vermelhos e conseqüente anemia
HEROÍNA	injeção	alheamento do mundo	tremores, calafrios, suor, dores musculares, articulares, sangramento	uma overdose pode provocar parada cardíaca
COCAINA	aspiração, injeção, misturado no álcool	excitabilidade, hematomas nos braços	extrema excitação, perda de apetite	causa impotência nos homens e frigidez nas mulheres. Em casos mais raros provoca psicose, inclusive com delírios
MACONHA	em cigarros	Queda do rendimento escolar (notas baixas), pupilas dilatadas, perda de interesse, cheiro característico	perda da salivagem, queimadura nos lábios, cansaço crônico, perda de memória, olhos vermelhos	atraso na puberdade mais acentuado nos homens, baixa produção de espermatozoides na ejaculação
CRACK	fumado em cachimbos de fabricação caseira	Excitabilidade, paranóia de perseguição, perda de peso	euforia, desinibição, agitação psicomotora, taquicardia, dilatação da pupila, aumento da pressão arterial e transpiração, e, eventualmente, alucinações visuais ou táteis seguida de sensação de medo e paranóia de perseguição	perda de peso, sonolência e cansaço constante, porém com incapacidade de conciliar o sono, graves danos cerebrais, em muitos casos irreversíveis, ansiedade, perda progressiva do desejo sexual, impotência e frigidez, problemas de comportamento, destruição da personalidade, incapacidade para se concentrar, estudar e trabalhar, estado acentuado de depressão crescente, podendo levar ao suicídio, fibrose pulmonar; perda dos dentes, agressividade e violência com outras pessoas.
MERLA	Fumado junto com cigarro comum ou maconha	Excitabilidade, paranóia de perseguição, dentes coroados, perda de peso	euforia, desinibição, agitação psicomotora, taquicardia, dilatação da pupila, aumento da pressão arterial e transpiração, e, eventualmente, alucinações visuais ou táteis seguida de sensação de medo e paranóia de perseguição	perda de peso, sonolência e cansaço constante, porém com incapacidade de conciliar o sono, graves danos cerebrais, em muitos casos irreversíveis, ansiedade, perda progressiva do desejo sexual, impotência e frigidez, problemas de comportamento, destruição da personalidade, incapacidade para se concentrar, estudar e trabalhar, estado acentuado de depressão crescente, podendo levar ao suicídio, fibrose pulmonar; perda dos dentes, agressividade e violência com outras pessoas.
ANABOLIZANTES	Ingerido na forma de comprimidos ou injetado	Excitabilidade, agressividade, aumento de massa muscular em pouco tempo	Excitabilidade, auto-confiança, agressividade, aumento de massa muscular em pouco tempo	dores de cabeça, tonturas, aumento da agressividade, irritação, alteração do humor, comportamento anti-social, paranóia, depressão, excitação e insônia, aumento do músculo cardíaco,

				que pode levar a infarto em jovens, tumores no fígado e nos rins, cirrose, icterícia, <i>peliosis hepatis</i> (cistos cheios de sangue no fígado que podem levar a hemorragias), náuseas e vômitos, edema nos rins devido à retenção de água e sais minerais (sódio, cloretos, fosfato, potássio e cálcio) queimação e dores ao urinar, esterilidade, aumento da libido inicialmente e queda depois do uso repetido, acne (tipo grave que deixa cicatrizes no rosto e no corpo), estrias, padrões masculinos de calvície, calafrios, aumento da massa muscular pelo depósito de proteínas nas fibras musculares, diminuição da quantidade de gordura do corpo., mais chance de ruptura de ligamentos, redução do bom colesterol (HDL) e aumento do mau colesterol (LDL), o que pode levar à hipertensão arterial, aumento do número de hemácias jovens e diminuição dos glóbulos brancos de defesa, anemia ferropriva (por deficiência de ferro), na puberdade, os anabolizantes aceleram o fechamento das epífises (regiões de ossos responsáveis pelo crescimento), reduzindo o período de crescimento, resultando em uma estatura menor, hipertrofia do clitóris nas mulheres e ginecomastia (aumento das mamas) em homens.
ECSTASY	Ingerido na forma de comprimidos	Euforia, desinibição, a pessoa fica falante e com vontade de tocar outras pessoas	excitação quase incontrolável, ajudando a romper bloqueios emocionais, aflorar a libido (desejo sexual), além de proporcionar sensação de bem-estar	insuficiência hepática e renal, convulsões, hemorragia cerebral até morte súbita

DROGA	DEPENDÊNCIA		TOLERÂNCIA	CLASSIFICAÇÃO
	PSÍQUICA	FÍSICA		
TABACO	sim	sim	sim	Estimulante do SNC
COCAÍNA	sim (forte)	não	não	Estimulante do SNC
CRACK E MERLA	sim	provável	sim	Estimulante do SNC
ANFETAMINAS	sim	não	sim	Estimulante do SNC
ESTERÓIDES ANABOLIZANTES	Provável (em estudo)	Provável (em estudo)	em estudo	Estimulante do SNC
ALCOOL	sim	sim	sim	Inibidora do SNC
NARCÓTICOS (ópio, morfina, heroína, codeína)	sim	sim	sim	Inibidora do SNC
BARBITÚRICOS BENZODIAZEPÍNICOS	sim	sim	sim	Inibidora do SNC
INALANTES, SOLVENTES	sim	não	não	Inibidora do SNC
MACONHA	sim (pouca)	não	não (pouca)	Perturbadora do SNC
LSD, PSILOCIBINA, Mescalina	sim (variável entre os usuários)	não	sim (alta; porém acaba rápido com o cessar do uso)	Perturbadora do SNC
ECSTASY	sim	não	não	Perturbadora do SNC
ANTICOLINÉRGICOS	sim	não	não	Perturbadora do SNC

9- ONDE PROCURAR AJUDA:

- Disque drogas: (061) 273-0455
- Centro de valorização da vida: SEPN 515 - Bloco B - Térreo - Fundação de serviço social - Fone: (061)274-4111
- SOS drogas (061) 349-9333
- Força para vencer: (061) 371-7009
- Alcoólicos anônimos: Telefax: (061)226-0091 - SDS - Conj. D- número 60 -Ed. Eldorado - Sala 313 - Brasília - DF
- Hospital Universitário de Brasília (Ambulatório de atendimento ao alcoolismo): Av. L2 Norte, Quadra 604/5 - Fones: (061) 272-3053/274-4162/ 274-7722 - Ramal 434
- Programa de Estudo e Atenção às Dependências Químicas (Prodequi) UNB - SCS - Q.2- Bloco C - Número 78 - Ed. OK - 6º andar - Fone: (061)224-9471
- Droga e álcool: (061): 676-3838
- Desafio jovem: (061) 273-0455/272-2119
- Servos-fazenda Senhor Jesus - Comunidade terapêutica: (061) 248-1796/ 248-2627
- Praia- Programa de Atenção Integral ao Adolescente: (061) 274-7529/ 322-1709/ 325-4909
- IDHUM - Instituto de desenvolvimento humano: (061) 244-8895/ 500-3080
- Movimento para vencer: (061) 581-8089
- Clínica Renascer: (061) 567-4632
- Clínica Reviver: (061) 567-3350
- Projeto Phoenix: (011) 802-2620
- Cruz Vermelha Brasileira/RS: (051)221-5140
- Denarc/SP: (011) 229-4530
- Fundação Mokiti Okada/SP: (011) 575-1286
- GREA/SP: (011) 3064-4973
- Hospital Geral de Taipas/SP: (011) 841-1490
- Narcóticos Anônimos: (021) 533- 5015, (011) 227-4096, (0192) 55-6688
- Nepad/RJ: (021) 589-3269
- Pacto -Pastoral de Auxílio Comunitário a Toxicômanos e Alcoólicos/ RS: (051) 228-9669
- Proad/SP: (011) 576-4472
- Uniad/Sp: (011) 570-2828
- Vila Serenal/SP: (011) 520-9094

EXERCÍCIOS

1) O abuso de drogas entre os meninos de rua é uma triste realidade, com trágicas consequências. Os produtores e os traficantes de drogas ilícitas têm intimidado e corrompido funcionários públicos, assassinado um grande número de agentes de repressão e até mesmo desestabilizado governos. O próprio volume e o fluxo errante do dinheiro das drogas contaminam economias inteiras. Os países em desenvolvimento têm sido particularmente afetados pelas consequências adversas do abuso de drogas, devido à falta de recursos, que impede a adoção das medidas necessárias. Em relação ao abuso de drogas no Brasil e fatos correlatos, julgue os itens a seguir:

0 () A merla é uma droga típica do Distrito Federal. Fora daqui, podemos encontrá-la em apenas alguns poucos Estados da região Norte, onde é conhecida por outros nomes: melado (Pará), bazuco (Amazônia) e mela (Rondônia). A merla é como o crack em São Paulo, uma verdadeira praga. Tem-se a ilusão de que a merla é barata; porém, só é barata no início. À medida que o nível de tolerância do viciado vai aumentando, ele precisa consumir cada vez mais para satisfazer sua necessidade e, com isso, gasta até o que não tem para conseguí-la.

1 () Entre os milhares de menores abandonados que perambulam pelas ruas do centro de São Paulo, o uso do crack é difundidíssimo, tanto quanto a cola de sapateiro. A rapidez com que o crack cria dependência é uma característica marcante da droga: a intensidade do prazer obtido e o contraste entre o estado normal e a euforia experimentada leva a pessoa a querer repetir as doses, sintoma conhecido por fissura.

2 () Tanto a merla quanto o crack provocam, após a euforia, efeitos como depressão, sensação de medo e paranóia de perseguição, o que comumente é chamado de *nóia* por traficantes.

3 () O uso abusivo de merla e crack é restrito à classe baixa, ficando apenas entre os meninos de rua.

4 () A cocaína, droga que provoca dependência física e psíquica é mais cara que o crack e a merla, seus derivados, sendo, por isso, restrita às classes média-alta e alta.

2) O abuso de drogas pode produzir tolerância, dependências psíquica e física e alterações significativas do comportamento humano. Essas alterações têm sido consideradas como uma doença social epidêmica, devido às suas consequências para o indivíduo e para a coletividade. Com relação a esse assunto, julgue os itens que se seguem:

0 () As drogas que produzem dependência são geralmente divididas em duas classes: as que causam principalmente a dependência psíquica e as que causam dependência psíquica e física.

1 () O uso crônico da maconha pode levar a uma diminuição da espermatogênese ou da ovulação, reduzindo, assim, a fertilidade do usuário.

2 () O álcool etílico raramente produz tolerância, dependência física ou síndrome de abstinência.

3 () A dependência física a medicamentos tranquilizantes pode ocorrer durante o uso ilícito ou mesmo durante um tratamento médico prolongado com essas substâncias.

3) A organização Mundial de Saúde (OMS) já definiu o abuso de drogas, na atualidade, como uma doença social epidêmica, isto é, uma verdadeira epidemia social. Como toda epidemia, ela apresenta os três fatores fundamentais: o agente, o hospedeiro e o ambiente favorável. Com base no trecho acima, no contexto social e no que foi aprendido sobre drogas, julgue os itens a seguir:

0 () Em relação ao abuso de drogas pode-se concluir que o agente seria a droga, o hospedeiro o homem e o ambiente poderia ser a escola, família ou grupo.

1 () De acordo com a afirmação da OMS, podemos afirmar que um indivíduo viciado em cocaína é um potencial transmissor desse vício.

2 () Um indivíduo alcoólico deixou de usar a droga durante dois dias. Nesse período apresentou mudanças no metabolismo orgânico. Podemos dizer que o indivíduo teve síndrome de abstinência.

3 () Um jovem, ao final de dois anos, estava usando o triplo de morfina que usava inicialmente. Este é um indício de que a droga induz tolerância.

4) No Brasil, muitas são as pessoas adeptas do uso da maconha e de sua legalização. Um dos fatos alegados é que a droga faz menos mal que o cigarro (tabaco), que é legalizado, e não causa danos ao organismo, como outras drogas ilícitas “mais pesadas”. Com base no estudo sobre os efeitos das drogas no organismo, julgue as afirmativas abaixo:

0 () A nicotina provoca dependência física e psíquica, enquanto a maconha, só psíquica, sendo mais difícil abandonar o fumo (tabaco) devido à síndrome de abstinência.

1 () O uso contínuo da maconha predispõe mais o indivíduo ao câncer do que o tabaco, uma vez que seu teor de alcatrão é maior.

2 () O uso contínuo da maconha por homens pode levar à infertilidade, devido à baixa de testosterona, que reduz drasticamente a quantidade de espermatozoides, processo irreversível, mesmo com o cessar do uso.

3 () O cigarro predispõe à impotência masculina, devido ao efeito vasoconstritor da nicotina, que dificulta as ereções, o mesmo ocorrendo com a maconha.

4 () A maconha leva à tolerância, enquanto o cigarro não, o que acelera seu efeito destruidor, levando à síndrome de amotivação.

5) (PAS/1997) O abuso de drogas pode produzir tolerância, dependências psíquica e física e alterações significativas do comportamento humano. Essas alterações têm sido consideradas como uma doença social epidêmica, devido às suas consequências para o indivíduo e para a coletividade. Com relação a esse assunto, julgue os itens que se seguem:

0 () As drogas que produzem dependência são geralmente divididas em duas classes: as que causam principalmente a dependência psíquica e as que causam dependência psíquica e física.

1 () O uso crônico da maconha pode levar a uma diminuição da espermatogênese ou da ovulação, reduzindo, assim, a fertilidade do usuário.

2 () O álcool etílico raramente produz tolerância, dependência física ou síndrome de abstinência.

3 () A dependência física a medicamentos tranquilizantes pode ocorrer durante o uso ilícito ou mesmo durante um tratamento médico prolongado com essas substâncias.

6) A organização Mundial de Saúde (OMS) já definiu o abuso de drogas, na atualidade, como uma doença social epidêmica, isto é, uma verdadeira epidemia social. Como toda epidemia, ela apresenta os três fatores fundamentais: o

agente, o hospedeiro e o ambiente favorável. Com base no trecho acima, no contexto social e no que foi aprendido sobre drogas, julgue os itens a seguir:

0 () Em relação ao abuso de drogas pode-se concluir que o agente seria a droga, o hospedeiro o homem e o ambiente poderia ser a escola, família ou grupo.

1 () De acordo com a afirmação da OMS, podemos afirmar que um indivíduo viciado em cocaína é um potencial transmissor desse vício.

2 () Um indivíduo alcoólico deixou de usar a droga durante dois dias. Nesse período apresentou mudanças no metabolismo orgânico. Podemos dizer que o indivíduo teve síndrome de abstinência.

3 () Um jovem, ao final de dois anos, estava usando o triplo de morfina que usava inicialmente. Este é um indício de que a droga induz tolerância.

7) Na ânsia do lucro fácil o traficante tenta vender o gato por lebre, envolvendo sua vítima em fantasias e sugerindo vantagens a respeito da droga. Entre os efeitos “inesperados” dos alucinógenos, podemos esperar: julgue os itens.

0 () O tetraidrocanabinol, substância ativa da maconha, causa dependência física e psicológica.

1 () A cocaína e o LSD causam dependência física além de serem mutagênicos.

2 () Os produtos químicos adicionados durante a preparação, com a finalidade de avolumar e baratear a droga, predispoem os fumantes a um risco maior no sistema respiratório.

3 () A impureza detectada no “crack” e outras drogas preparadas em condições promíscuas levam o organismo a uma intolerância, fazendo com que o indivíduo recuse uma nova aplicação.

4 () A tolerância é o mecanismo que leva à dosagens cada vez maiores para obtenção do mesmo resultado orgânico ou psíquico.

8) A proibição do fumo em bares e restaurantes, adotada em São Paulo em 1995, com o intuito de proteger o não-fumante (fumante passivo), gerou grande polêmica, inclusive jurídica. Julgue as alternativas abaixo em relação às ações da fumaça do tabaco:

0 () causa problemas respiratórios, principalmente em crianças.

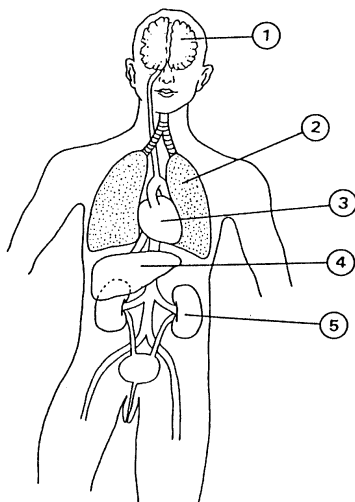
1 () contém monóxido de carbono, que bloqueia a função de certas células sanguíneas.

2 () contém nicotina que libera a adrenalina que despigmenta a pele.

3 () tem ação cancerígena tanto para o fumante ativo quanto para o passivo.

9) (UFMG modificada) Sabe-se que o *crack* é uma droga inalável que vicia e pode levar à morte. Entre seus possíveis efeitos estão a hiperatividade motora e sensorial, taquicardia, hipertensão arterial, convulsões e derrame cerebral.

A figura abaixo representa alguns componentes de sistemas orgânicos humanos, dos quais alguns foram numerados



de 1 a 5.

Com base na figura e em seus conhecimentos sobre o *crack*, julgue os itens:

0 () Distúrbios motores e sensoriais ocorrem pela sua ação em 1.

- 1 () É absorvido em 2 e atinge os diversos órgãos pela ação de 3.
2 () É metabolizado em 5.
3 () Sua excreção ocorre em 4

10) (UnB/99- 2º vestibular) A cartilha de prevenção ao uso e ao abuso de drogas da Secretaria de Segurança Pública do DF aponta, entre outros, os seguintes sinais do uso habitual de drogas por estudantes:

- . o absenteísmo ou a evasão;
- . piora das notas escolares;
- . mudança de humor: euforia, depressão, hostilidade, supersensibilidade;
- . uso de óculos escuros e colírios.

Com relação a esses sinais, julgue os itens que se seguem.

- (1) As notas de estudantes que fazem uso habitual de drogas pioram, em parte, porque muitas drogas afetam a memória e a capacidade de raciocínio.
(2) O uso de óculos escuros visa somente disfarçar a vermelhidão dos olhos.
(3) As mudanças de humor descritas revelam o uso de mais de uma droga pela mesma pessoa.
(5) A negligência na escola é um dos aspectos do desinteresse geral muitas vezes desenvolvido pelo usuário de drogas, que pode incluir também o afastamento das relações sociais e o desleixo na higiene pessoal.

11) (UnB/99- 1º vestibular) Um motorista embriagado, mesmo que se sinta lúcido, terá seus reflexos psicomotores desorganizados: por isso, é um suicida e um criminoso em potencial, ainda que involuntário. O modo como o álcool afeta o comportamento humano varia de indivíduo para indivíduo. Muitos dos sintomas resultam da desidratação. A tabela seguinte relaciona os níveis de etanol sangüíneo aos sinais e sintomas de intoxicação.

NÍVEL DE ETANOL SANGÜÍNEO	NÍVEL DE INTOXICAÇÃO/ SINTOMAS
20	Leve: diminuição da inibição, leve incoordenação
100	Leve e moderado: diminuição das reações, alteração das habilidades sensoriais, inabilitação para dirigir
200	Moderado: náusea, vômito, confusão mental, andar cambaleante
300	Moderado e severo: fala arrastada, diminuição sensorial, distúrbios visuais
400	Severo: hipotermia, hipoglicemia, perda de controle muscular, perda da memória, convulsões
700	Potencialmente letal: inconsciência, diminuição dos reflexos, falência respiratória, morte

Com o auxílio dessas informações e sabendo que a massa molar do etanol é igual a 46 g/mol, julgue os itens a seguir:

- (1) Os centros cerebrais do julgamento lógico são os primeiros a serem afetados pelas bebidas alcoólicas.
(2) O corpo desidrata-se depois de uma bebedeira porque o álcool afeta diretamente o fígado.
(3) O etanol sangüíneo em uma concentração de 200 mg/dL provoca a irritação do epitélio de revestimento do estômago.
(4) Um indivíduo cuja concentração de etanol sangüíneo seja igual a 0,16 mol/L pode apresentar sérios problemas respiratórios.

12) (UnB-PAS/98) O "espetáculo da vida" foi, há alguns anos, uma descoberta para Joel, que atualmente trabalha em uma clínica de recuperação de dependentes químicos. Eis o seu "A vida é muito bela para ser desperdiçada desta maneira. Descobri que há muitos modos de curtir a vida, que dão um prazer mais profundo e duradouro que o efêmero prazer da droga. Por isso, quis ficar trabalhando aqui. Comecei a usar drogas misturando medicamentos ao álcool, quando tinha 12 anos. Aos 14, já umava

maconha, aos 15, passei para a cocaína, que cheirava e tomava nos canos [veias]. Eu ficava eufórico e desinibido, parecia que era mais eu mesmo, achava que ia comer o mundo ! Mas depois... entrava em depressão e ficava louco por mais droga. Comecei a furtar objetos de casa e depois a roubar fora de casa. Trafiquei, parei de estudar e de trabalhar. Fui preso várias vezes, tentei me matar... Finalmente, resolvi procurar ajuda, vim para cá e foi o que me salvou. Por isso, agora procuro dar a outros essa ajuda que foi tão importante para mim."

Extraído de um folheto de divulgação de uma clínica de recuperação (com adaptações).

Com o auxílio do texto, julgue os itens abaixo.

- (1) No trecho "Aos 14, já fumava maconha, aos 15, passei para a cocaína" (1.11-12), a experiência descrita por Joel é rara, pois o uso de maconha não costuma levar ao consumo de outras drogas.
- (2) A euforia e a desinibição mencionadas na linha 13 são resultados da ação da cocaína nas sinapses do sistema nervoso central.
- (3) No relato, o trecho entre "entrava em depressão" (1.15) e "tentei me matar" (1. 18) caracteriza dependência física da droga.
- (4) Desenvolver a auto-estima e ter um ideal de Vida são aspectos importantes na prevenção ao uso de drogas e na recuperação de dependentes químicos.

10- BIBLIOGRAFIA:

- 1-VASCONCELLOS, J.L. & GEWANDSZNAJDER, F. Programas de saúde. 13º ed., São Paulo, Ed. Ática S.A, 1987.
- 2- Revista Superinteressante, janeiro de 1994 - ano 8 número 1
- 3- Revista Super interessante, agosto 1995
- 4- Revista Globo Ciência ano 4 número 38 (setembro 1994)
- 5- Revista Globo Ciência, ano 5 número 58 (maio 1996)
- 6- Sem dúvida - 200 perguntas e respostas - publicadas na revista Globo Ciência
- 7- Globo Ciência - ano 6- número 61- agosto de 1996
- 8- Veja - 17 de janeiro 1996
- 9- Veja - número 22 ano 29- 29 maio 1996
- 10- Veja - ano 29 número 14 - 3 de abril de 1996
- 11- Veja - ano 29 - número 24 - 12 de junho de 1996
- 12- Veja - setembro de 1997
- 13- "Folders" sobre drogas do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas)
- 14- "Folders" sobre drogas: Desafio jovem de Brasília
- 15- "Folders" sobre drogas: Polícia civil do Distrito Federal
- 16- Correio Brasiliense - 20 de outubro de 1996
- 17- Internet: pssst@earthlink.net
- 18- Internet: <http://www2.iqm.unicamp.br/everson/muscul.htm>
- 19- BUCCHER, R. Prevenção ao uso indevido de drogas. Brasília, Ed. UNB, 1991. Vol. I e II.
- 20- Trabalhos realizados pelos alunos do primeiro ano do segundo grau de 1996 e 1997 - Leonardo Da Vinci - Asa Norte
- 21- Jornal do Brasil de 23/06/96
- 22- Revista Isto é. 20 janeiro de 1993.
- 23- Revista Isto É. 6 de setembro de 1995.
- 24- Revista Isto é. 15 outubro de 1997.
- 25- Revista Saúde é vital, outubro de 1996
- 26- Revista Saúde é vital, janeiro de 1997
- 27- Revista Saúde é vital, junho de 1997
- 28- Revista Saúde é vital, julho de 1997
- 29- Cartilha de Prevenção ao uso e abuso de drogas - Museu de Drogas - Secretaria de Segurança Pública do DF - Polícia Civil do DF
- 30- MURAD, JOSÉ ELIAS. Alcoolismo - Doença ou distúrbio do comportamento. Associação Brasileira Comunitária e de Pais para a Prevenção do Abuso de Drogas. Belo Horizonte, 1993.
- 31- ABUSO DE DROGAS - U.S. Department of Justice - Drug Enforcement Administration.
- 32- LINHARES, J.C. Entorpecentes e drogas afins.
- 33- COSTA E SILVA, V.L. Tabagismo, um problema de saúde pública no Brasil. **Jornal Brasileiro de Medicina**. V.59, n.2, p. 14-16, agosto 1990.

34- CORREIO BRAZILIENSE - 4 de novembro de 1997.

35- Revista Desfile - setembro de 1997.

36- Revista Ciência Hoje, setembro de 1997.

37- "Folder" sobre prevenção ao uso indevido de drogas da Delegacia de Polícia de Investigações Sobre Entorpecentes de Araraquara

38- www.aids.gov.br