

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

VOLUME 1

PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS

RICHARD BUCHER
(org.)

EDITORA

UnB



CEAD
Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância

CORDATO
Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos
Universidade de Brasília

VOLUME 1

PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS

**RICHARD BUCHER
(org.)**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Reitor:

Cristóvam Buarque

Vice-Reitor:

João Cláudio Todorov

Decanos:

Eva Terezinha S. Faleiros (Assuntos Comunitários), Érico Siegmar Weidle (Administração e Finanças), Isaac Roitman (Pesquisa e Pós-Graduação), Paulina de Freitas Targino (Ensino de Graduação), Volnei Garrafa (Extensão).

CENTRO DE EDUCAÇÃO ABERTA, CONTINUADA, A DISTÂNCIA/CEAD

Diretora:

Maria Rosa Abreu de Magalhães

Equipe técnica:

Ana Lúcia Caldeira Menescal, Aracy Costa Paiva, Celso Limp, Colandi Carvalho de Oliveira, Izabel Batista da Silva, Kátia Siqueira de Freitas, Maria de Fátima Souza da Silva, Maria Inês Ataíde Boucinha, Maria Riza Baptista Dutra, Maria Rosa Abreu de Magalhães, Maria Terezinha Galhardo de Castro, Marlene Raimundo de Almeida e Sérgio Xavier da Tindade.

Secretaria:

Adailton Marques do Bonfim, Maria Rodrigues das Graças, Míriam Paranaguá de Santana e Reginaldo Rosa do Nascimento.

NÚCLEO PEDAGÓGICO

Anésio Pereira de Mendonça, Elfcio Pontes, Gianeti Olivatti Menegazzi, Hélène Barros, Jacira da Silva Câmara, José Florêncio Rodrigues Júnior, Maria Lucflia Neves Aires de Alencar, Terezinha Rosa Cruz.

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

VOLUME 1

**PREVENÇÃO AO USO
INDEVIDO DE
DROGAS**

**RICHARD BUCHER
(org.)**



CEAD
Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância
CORDATO
Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos
Universidade de Brasília

PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS

Produção:

Equipe do Cordato
Richard Bucher (organizador)
Ana Carolina Linhares Lustosa da Costa
Cláudio Côrtes Paiva
Elizabeth Costa Gonçalves
Francisco Catunda Martins
José Mário Simil Cordeiro
Jozenir Alves de Oliveira
Priscila Fernandes Costa

Assessor Pedagógico:

José Florêncio Rodrigues Júnior

Equipe de produção técnica:

Guilherme de Azevedo França, Ivônio Barros Nunes, Maria Terezinha Galhardo de Castro e Renata Maria Braga Santos

Editoração:

Maria Riza Baptista Dutra

Diagramação:

Nanche Las-Casas e Lufs Eduardo Resende

Arte-final:

Valperino Andrade

Ilustração:

Lufs Eduardo Resende

Composição:

Anésio Bento de Oliveira

Datilografia:

Reginaldo Rosa do Nascimento

A realização deste curso contou com o apoio do Decanato de Extensão.

Copyright © 1989 by Richard Bucher, Ana Carolina Linhares Lustosa da Costa, Cláudio Côrtes Paiva, Elizabeth Costa Gonçalves, Francisco Catunda Martins, José Mário Simil Cordeiro, Jozenir Alves de Oliveira e Priscila Fernandes Costa.

ISBN: 85-230-0265-0

P944u Prevenção ao uso indevido de drogas / [pela]
equipe do Cordato; coordenador do Cordato: Richard Bucher. — Brasília; Editora Universidade de Brasília, c1989.
97 p.: il.
613.83
Bucher, Richard, org.

SUMÁRIO

Apresentação	7
Objetivos	9
Programa	10
Guia de estudos	
Instruções para o estudo	12
Acompanhamento	13
Avaliação	15
 UNIDADE I	
Visão histórica e antropológica das drogas	
Objetivos	17
Resumo	17
Aspectos Gerais	18
História das drogas na humanidade	20
Considerações Finais	27
Bibliografia	30
Auto-avaliação: Questões	31
Respostas	32
 UNIDADE II	
As drogas e seus efeitos	
Objetivos	33
Resumo	33
Enfocar o produto: uma estratégia de estudo	34
Classificação das drogas com base em seus efeitos no psiquismo do usuário durante a sua ação	36
Conclusão	46
Bibliografia	46
Auto-avaliação: Questões	47
Respostas	48
 UNIDADE III	
As drogas perante a lei	
Objetivos	49
Resumo	49
Introdução	50
Uma questão semântica	53
A prevenção	55
O tratamento e a recuperação	56
Os crimes e as penas previstos	57
A questão da discriminação	59
Conclusão	60
Bibliografia	60
Auto-avaliação: Questões	61
Respostas	62

UNIDADE IV

A fase adolescente e as motivações para a droga

Objetivos	63
Resumo	63
Os usuários de drogas e suas motivações	64
A adolescência	66
Motivações para o uso de drogas na adolescência	70
Conclusão	73
Bibliografia	74
Auto-avaliação: Questões	75
Respostas	76

UNIDADE V

A família e as drogas

Objetivos	77
Resumo	77
Introdução	78
Cegueira familiar	79
A revelação do uso de drogas – um momento de crise	81
A dinâmica familiar	82
Conclusão	84
Bibliografia	84
Auto-avaliação: Questões	85
Respostas	86

Questões para reflexão	89
Bibliografia Complementar	90
O que é o CORDATO	91
CEAD – Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância	93
O CEAD na Universidade de Brasília	95
Sobre os autores	97

APRESENTAÇÃO

Os problemas do uso indevido de drogas (ou “substâncias entorpecentes”) preocupam, cada vez mais, a sociedade e os órgãos públicos. Longe de atingir as dramáticas freqüências de consumo, de dependência e de mortalidade que se observam nos países industrializados, no Brasil também este consumo aumenta, alastrando-se tanto por populações de baixa renda quanto pelas classes média e alta (embora com determinantes e motivações muito diferentes).

Embora seja difícil chegar-se a uma estimativa correta desse consumo, uma vez que existem poucos levantamentos epidemiológicos a respeito, sabe-se que ampla faixa da população jovem do país tem contato com drogas. Isto não significa necessariamente dependência de drogas ou toxicomania; porém as primeiras experiências com drogas podem, em circunstâncias desfavoráveis, levar a um aumento crescente do consumo e, no extremo, à dependência. Sabe-se, ainda, que a abordagem repressiva, tão importante que seja a nível do tráfico de drogas, é insuficiente e mesmo contraproducente quando se trata da questão do consumo de drogas pelos jovens. Eis a importância da **abordagem preventiva**, cujos objetivos devem ser fixados de maneira realista, levando-se em conta as características psicossociais da população-alvo, os jovens, bem como o seu contexto sócio-econômico.

As atividades preventivas ao abuso de drogas conhecem já toda uma história, que vem desde o início do século. Quatro modelos orientaram sucessivamente os esforços empenhados para controlar o alastramento do consumo de drogas. O modelo jurídico-moral baseia-se na prevenção pela repressão, argumentando, para intimidar, com idéias sobre a periculosidade moral das drogas. Esses argumentos foram reforçados pelo modelo sanitarista, cujos esforços em prol da saúde pública invocam a nocividade das drogas. Ambos os modelos responsabilizam a droga pela farmacodependência, mas esquecem de levar em consideração a pessoa que procura a droga e o meio sócio-cultural que a oferece e incentiva. Eis que os modelos psicossocial e sócio-cultural sucederam-se aos dois primeiros e os completaram, oferecendo um leque mais amplo para a compreensão do fenômeno e para intervenções preventivas mais pertinentes, isto é, levando em conta o conjunto dos três fatores que contribuem à eclosão de tal fenômeno: o produto (a droga), o indivíduo (a sua personalidade) e o contexto sócio-cultural (a sociedade).

As atividades do Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos – CORDATO, tentam adaptar-se à complexidade do fenômeno, integrando, para a sua compreensão, diversas abordagens científicas e clínicas, com vistas a desenvolver tipos de intervenção eficazes e adaptados às particularidades de cada população-alvo. Para conseguir realizar essa meta, o CORDATO desenvolve

cursos de informação e formação com a finalidade de capacitar profissionais das diferentes áreas sociais para atuarem como interventores e mediadores em assuntos de drogas.

Visto que a atuação preventiva do CORDATO encontra sérias limitações, geográficas e financeiras notadamente, decidiu-se criar este curso a distância sobre o uso indevido de drogas e a sua prevenção. Os destinatários deste curso são, prioritariamente, todos aqueles profissionais que tratam com a população, sobretudo jovem, nas áreas de educação, assistência social, saúde e justiça, onde são (ou podem vir a ser) diretamente envolvidos por problemas decorrentes do uso indevido de drogas.

Outros destinatários são os familiares de usuários de drogas, os próprios usuários (dependentes ou não) e o público em geral, interessado em adquirir um maior conhecimento do tema.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Contribuir para a diminuição do uso indevido de drogas no Brasil.

Objetivos específicos:

- Transmitir conhecimentos sobre drogas, os seus efeitos e seus usuários, à população interessada;
- Capacitar profissionais da área social para intervir em problemas referentes ao uso indevido de drogas;
- Iniciar a formação de profissionais da área social como especialistas-mediadores e multiplicadores no trato de problemas decorrentes do uso indevido de drogas;
- Atingir pessoas leigas interessadas em estudar a problemática do consumo de drogas, para que possam servir de mediadores em seu lugar de trabalho, nas famílias ou na população em geral;
- Atingir famílias confrontadas com a problemática do uso de drogas, incentivando uma compreensão equilibrada e uma relação adequada com o problema;
- Atingir usuários de drogas para que possam ter uma auto-compreensão aprofundada do seu uso e procurem evitar o seu abuso ou se livrar dele;
- Incentivar um debate científico e eticamente responsável acerca das questões levantadas pela prevenção ao uso indevido de drogas.

PROGRAMA

O conteúdo programático do curso divide-se em dois volumes, cada um constituído de cinco unidades conforme é apresentado a seguir:

Volume I

Unidade nº 1 – Visão histórica e antropológica das drogas

- I – Aspectos gerais
- II – História das drogas na humanidade
- III – Considerações finais

Unidade nº 2 – As drogas e seus efeitos

- I – Enfocar o produto: uma estratégia de estudo
- II – Classificação das drogas com base em seus efeitos no psiquismo do usuário durante a sua ação
- III – Conclusão

Unidade nº 3 – As drogas perante a lei

- I – Introdução
- II – Uma questão semântica
- III – A prevenção
- IV – O tratamento e a recuperação
- V – Os crimes e as penas previstos
- VI – A questão da discriminação
- VII – Conclusão

Unidade nº 4 – A fase adolescente e as motivações para a droga

- I – Os usuários de drogas e suas motivações
- II – A adolescência
- III – Motivações para o uso de drogas na adolescência
- IV – Conclusão

Unidade nº 5 – A família e as drogas

- I – Introdução
- II – Cegueira familiar
- III – A revelação do uso de drogas: um momento de crise
- IV – A dinâmica familiar
- V – Conclusão

Volume II

Unidade nº 6 – A abordagem preventiva do uso indevido de drogas

I – Considerações históricas

II – Modelos de prevenção

III – A informação na educação preventiva moderna

Unidade nº 7 – Medidas preventivas nas instituições

I – Os três níveis de prevenção e a educação

II – Medidas preventivas nas escolas e outras instituições: linhas gerais de planejamento e ação

III – Conclusões

Unidade nº 8 – O tratamento do toxicômano

I – Breve histórico

II – Os modelos de tratamento

III – Conclusões

Unidade nº 9 – Sociedade e consumo de drogas

I – Introdução

II – Toxicomania hoje

III – Sociedades urbanas industriais e o consumo de drogas

IV – Cultura das drogas

V – Drogas nas sociedades desenvolvidas e nas sociedades subdesenvolvidas

VI – Conclusões

Unidade nº 10 – Os usuários de drogas e a SIDA/AIDS

I – Introdução

II – Os grupos de risco para SIDA/AIDS

III – Os usuários de drogas e a SIDA/AIDS

IV – Medidas preventivas entre usuários de drogas e seus limites

GUIA DE ESTUDO

INSTRUÇÕES PARA O ESTUDO

O curso, ministrado sob a forma de **unidades**, aborda o tema do “uso indevido de drogas” em textos de caráter teórico e reflexivo, sempre vinculados à realidade do consumo de drogas no Brasil. Antes de iniciar o estudo propriamente dito, leia com atenção a apresentação, os objetivos e o programa do curso como um todo.

Recomendamos que você estude cada unidade, individualmente ou em grupo, sempre que possível sem interrupções. Leia inicialmente o **resumo**, onde você encontrará as idéias centrais que serão desenvolvidas em seguida. Reflita sobre as mesmas, procurando relacioná-las com o seu conhecimento prévio do assunto.

Logo em seguida, comece a leitura do texto, que discorre sobre o tema da unidade. Não tenha pressa! Procure sempre vincular, de forma integradora, o que lhe é apresentado com as idéias centrais contidas no resumo. A repetição de alguns **conceitos básicos**, relacionados ao tema central do curso, visa a ajudá-lo a compreender seu significado com maior profundidade, considerando os diversos aspectos nele envolvidos.

O texto é apresentado de forma a facilitar seu estudo. Uma **leitura crítica** é de suma importância para quebrar a passividade que ele possa induzir. Procure constituir um grupo de discussão, submeta suas críticas ao debate com os colegas, faça anotações nas margens das páginas, converse com amigos, parentes, colegas de trabalho... Assim, a assimilação do conteúdo será mais fácil e seus conhecimentos serão ampliados.

O curso é dividido em **dois volumes**, cada um constituído de **cinco unidades**. Antes do início de cada uma, você encontra uma série de **objetivos** a serem alcançados. Leia o texto tendo estes objetivos em vista.

Ao fim do estudo de cada unidade, passe para as “questões” indicadas. Nesse momento, você terá oportunidade de expor também suas idéias e interpretações próprias do tema. Para tanto, poderá ser oportuno voltar a ler o resumo que antecede o texto, procurando observar o que você aprendeu de novo. Caso você não tenha compreendido algum aspecto abordado, faça uma outra leitura do texto. Você pode também telefonar ou dirigir-se a uma das instituições indicadas no item “Acompanhamento”.

Você pode, ainda, consultar fontes complementares de informação através da **bibliografia complementar** apresentada no final de cada Volume. Essa é uma atividade opcional que, obviamente, dependerá do seu interesse e das condições de acesso a essas leituras.

Concluindo as atividades referentes às dez unidades, faça uma relação global dos temas estudados, relendo os objetivos, resumos e questões de cada unidade, bem como

as suas anotações. Procure ler também as leituras complementares do curso, que lhe ajudarão a organizar os conhecimentos adquiridos.

Veja em seguida as possibilidades de acompanhamento e as formas de avaliação da aprendizagem.

ACOMPANHAMENTO

O curso de educação a distância considera o **aluno** como **eixo central** no processo educativo. A ausência de apoio permanente de professores e colegas, ao contrário da educação presencial, deve ser considerada tanto no momento da produção do curso como no momento do seu estudo. Os textos são preparados de forma a permitir um diálogo contínuo entre você e o autor, facilitando sua aprendizagem. Por outro lado, você deve estar preparado para estudar individualmente. Se possível, forme um grupo de discussão. Dispor de companheiros é um valioso recurso de apoio mútuo na aprendizagem crítica e como fator de motivação.

No entanto, caso você necessite de alguma orientação ou esclarecimento sobre a **organização** do curso e a realização de suas **atividades**, escreva ou ligue para o Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância (CEAD), da UnB. Dúvidas com relação à inscrição, avaliação etc., bem como sugestões e críticas, também devem ser enviadas para esse Centro. Eis o endereço:

Curso: Prevenção ao Uso Indevido de Drogas
Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância (CEAD)
Universidade de Brasília
70910 – Brasília – DF
Fones: (061) 274-0022, ramal 2281
(061) 273-4299 (direto)

Se você ou seu grupo de discussão tiver alguma dúvida com relação ao **conteúdo programático** do curso, escreva ou telefone para o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (CORDATO). Horário de consultas – telefônicas ou pessoais – para os alunos do curso:

Às sextas-feiras, das 17 às 21 horas.
Eis o endereço:

CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos
Instituto de Psicologia
Universidade de Brasília
70910 – Brasília – DF
Fone: (061) 272-4555

Além disso, os seguintes Centros de Referências para Tratamento e Prevenção ao Abuso de Drogas (reconhecidos pelo CONFEN/MJ) podem ser consultados:

Porto Alegre: Hospital Mãe de Deus
Setor de Tratamento de Dependências Químicas
Resp.: Dr. Sérgio de Paula Ramos
Fone residencial: (0512) 22-6536

São Paulo: Escola Paulista de Medicina
Deptº de Psiquiatria
Resp. da Unidade de Toxicomania:
Prof. Dartiu da Silveira Filho
Fone: (011) 572-6033 - R.: 195

Rio de Janeiro: NEPAD-UERJ
Rua Fonseca Teles, 121, 4º andar
Resp.: Profª Maria Thereza Costa de Aguiño
Fones: (021) 284-9741 - 284-8322 - R.: 2163

Belo Horizonte: Centro Mineiro de Toxicomania
Alameda Ezequiel Dias, 365
Resp.: Dr. Walter Eduardo Mundin
Fone: (031) 212-5000 - R.: 312

Salvador: Centro de Prevenção e Terapia ao Abuso de Drogas (CPTD)
Centro Social Urbano da Caixa d'Água
Rua Neves da Rocha, s/nº
Resp.: Prof. Antônio Nery Filho
Fone: (071) 242-4725

Recife: Centro de Recuperação Humana “Eulámpio Cordeiro”
Rua Rondônia, 100 – Cordeiro
Resp.: Prof. José Francisco de Albuquerque
Fone: (081) 228-3200

AVALIAÇÃO

Você será avaliado de duas formas: informalmente e formalmente.

Informalmente, você fará uma **auto-avaliação** ao final do estudo de cada unidade onde se encontra uma série de questões relacionadas com os objetivos especificados em seu início.

As respostas que você der, podem ser conferidas com as respostas consideradas certas ou mais adequadas, apresentadas no final de cada unidade. De fato, algumas destas questões admitem mais de uma resposta correta.

Por outro lado, é possível que algumas das respostas apresentadas no texto não o(a) satisfaçam. Caso deseje clarificar tais questões, escreva ou ligue para o CEAD ou para o CORDATO.

É importante ainda você fazer comparações entre o que compreendeu do texto, e as idéias centrais apresentadas no resumo inicial de cada unidade. Você pode ainda inventar outras formas de avaliação – ninguém melhor do que **você** para saber se progrediu ou não no decorrer do presente curso.

A **avaliação formal** será realizada ao final de cada volume. Em cada um deles, você encontra duas questões para reflexão, às quais você tem que responder em pequenas redações e enviar ao CEAD. Caso haja formação de grupos de estudo e discussão, os trabalhos finais poderão ser elaborados e entregues em nome do grupo. Os alunos receberão **certificados individuais de participação** do curso, independentemente da formação ou não de grupos de trabalho.

No final do segundo volume, uma última solicitação: pede-se que você envie ao CEAD a **sua** avaliação do curso com **sugestões** para aperfeiçoá-lo, bem como com sugestões referentes a formas de intervenções preventivas em seu lugar de trabalho, em sua região ou a nível nacional. Todas estas sugestões serão cuidadosamente analisadas. Agradecemos desde já sua colaboração.

1 VISÃO HISTÓRICA E ANTROPOLÓGICA DAS DROGAS

Richard Bucher

OBJETIVOS

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.

RESUMO

Nesta unidade, discute-se a presença de drogas na história da humanidade. Ressalta-se que toda sociedade é consumidora de drogas; o seu cultivo, sua divulgação e seu consumo representam, pois, um fenômeno cultural. Três funções sociais desse consumo se destacam: superar a angústia existencial, entrar em contato com forças sobrenaturais, obter prazer. Esses três objetivos são atingidos de maneira integrada ou, pelo contrário, de maneira marginalizante. A relatividade cultural da presença de drogas em uma determinada sociedade é notável, o que é demonstrado através de uma série de exemplos. Para entender o seu alcance, discute-se a evolução histórica de uma sociedade, os seus modos de se organizar e de se representar, bem como incidências antropológicas, políticas, religiosas e psicológicas da presença de drogas. Somente dentro desse complexo torna-se possível apreender a significação desse consumo, com referência não apenas ao produto, mas também às motivações das pessoas e ao contexto sócio-cultural no sentido mais amplo.

I – ASPECTOS GERAIS

As drogas na sociedade

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 um fenômeno especificamente humano, isto é, um fenômeno **cultural**: não há sociedade que não tenha as suas drogas, recorrendo a seu uso para finalidades diferentes, em conformidade com o campo de atividades no qual se insere. Alguns autores opinam mesmo que a história do homem é aquela das drogas que consome...

Como denominador comum desse uso, pode-se designar a provocação deliberada de uma **alteração dos estados de consciência**, a procura de experiências inéditas que, globalmente, são **experiências de prazer**. É evidente, no entanto, que, historicamente, o uso de drogas não se reduz a uma simples procura de prazer; encarar o fenômeno dessa forma significaria simplificar demasiadamente a sua complexidade e o grande número de funções que preenche nas diversas dimensões da existência.

Os sentidos do seu uso

Pode-se 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. Em primeiro lugar, a droga permite **escapar à consciência de transitoriedade da existência** e à **angústia** que isto provoca (a célebre “angústia existencial” dos filósofos existencialistas). Ela pode, portanto, ser usada como meio para “esquecer” a nossa transitoriedade e mortalidade, pelo menos temporariamente.

De fato, essa função tranquilizadora e ansiolítica é muito antiga, embora especialmente presente – e devidamente comercializada – nos tempos de hoje, sob forma de uma ampla gama de

medicamentos psicotrópicos. Se hoje em dia esse uso se processa de maneira bastante indiscriminada, não quer dizer que esse recurso seja uma invenção dos tempos modernos; em tempos mais remotos, ele já foi devidamente utilizado, embora sob formas socialmente mais integradas, compartilhadas pela comunidade como um todo. Pode-se até levantar a hipótese de os ansiolíticos modernos serem tão divulgados em consequência da perda do espírito comunitário e do aumento do anonimato e da solidão na sociedade tecnológica.

Uma segunda função, intimamente acoplada com a primeira, diz respeito a certas **procuras de transcendência**, a saber, a pretensão de entrar em contato com forças sobrenaturais. Esse sentido, diretamente religioso, vincula-se com a tentativa de se alargar os limites existenciais, à procura de elementos espirituais ou divinos capazes não somente de aplacar a angústia do homem, mas também de assegurar-lhe sobrevivência além da morte que biologicamente lhe é determinada.

Lançando mão de substâncias entorpecentes, o homem consegue preencher uma “falta”, decorrente das suas limitações, e extrapolar os seus limites através de experiências místicas, individuais ou coletivas, iniciáticas ou profissionais, rumo àquele “além” que detém configurações religiosas e ideológicas diversas, mas que se enraíza nas intenções milenares do homem de se transcender. Determinadas drogas facilitam tais experiências, aproximam esse “além”, desanuviavam as angústias terrestres e transformam os demônios imaginários em divindades benevolentes, cujo amparo vem suprir o desamparo humano.

Uma terceira função – a mais conhecida – que cabe às drogas, diz respeito à **busca de prazer**. Essa função, sem dúvida, domina na toxicomania moderna, onde ela opera desconectada das duas outras, mas é tão antiga quanto as outras e se vincula com elas em muitas práticas e religiões antigas. Basta lembrar os cultos dionisíacos, por exemplo. De fato, a **segregação** entre as esferas sagradas e prazerosas é relativamente

recente, fruto de uma concepção axiológica e maniqueísta do homem (e da natureza) que muito tem a ver com a evolução do cristianismo e de sua noção de “pecado”.

Não obstante, existem até hoje associações espontâneas entre o prazeroso e certas dimensões sagradas, em particular quando é a própria transgressão de certos tabus que se torna um ritual socialmente admitido. Isto se manifesta claramente no carnaval, onde, como se sabe, as drogas têm uma função importante, tanto estimuladora quanto desinibidora, frente a uma festividade pagã antropológicamente sagrada, mas que transgride as convenções sociais do resto do ano.

As alterações do estado de consciência e a busca de prazer, felicidade e beleza

Os três sentidos do uso de drogas que aqui destacamos se combinam de diversas maneiras para alcançar as alterações desejadas dos estados de consciência. Estas atingem em particular três registros, como ressalta H. Nowlis (Unesco, 1982):

As substâncias que causam maior preocupação atualmente são as que agem essencialmente sobre o sistema nervoso central (SNC). Uma das importantes propriedades farmacológicas dessas substâncias é que elas facilitam uma modificação das sensações, do humor ou da percepção. O homem sempre procurou modificar as suas percepções, assim como a orientação com relação a si mesmo e com relação ao seu meio, e provavelmente vai continuar a fazê-lo. A utilização de substâncias psicotrópicas é apenas uma das inúmeras maneiras de atingir esse objetivo; mas ela sempre esteve presente através da história e no mundo inteiro.

Ora, os três registros das sensações, do humor e da percepção se vinculam com dimensões essenciais da existência, dimensões estas que nenhum ser humano está disposto a menosprezar: o **prazer**, a **felicidade** e a **beleza**. Sentir-se feliz em contatos prazerosos com coisas bonitas não é somente de alta relevância, ligado que está a uma procura constante e

universal, mas deve ser considerado também como um **direito humano**.

Qualquer pessoa, pois, tem o direito de reivindicar acesso a essas três dimensões. Recorrendo-se a drogas é possível propiciar-se um acesso mais direto a tais dimensões, o que muitas populações antigas encenam mediante celebrações ritualísticas. Aí a droga faz parte de um contexto cultural estruturado (e estruturante para os seus membros). Ela se insere intencionalmente em projetos sociais cujas normas são transmitidas de geração a geração. No interior de uma determinada cultura, tais rituais (e as drogas neles usadas) se tornam, portanto, totalmente lícitos, exercendo uma função integradora e muitas vezes apaziguadora, seja a nível de procedimentos iniciáticos, seja a nível de cultos que celebram identificações dionisíacas com esferas ou entidades sagradas.

Efeitos esperados

(ver também unidade nº 2)

Quanto aos efeitos farmacológicos provocados pelas drogas no organismo e no comportamento, eles foram almeçados desde o início da humanidade por uma série de razões. Voltamos a citar Nowlis, H. (1982):

Procura-se, com o emprego de substâncias psicotrópicas, cinco efeitos farmacológicos principais: 1º) aliviar a dor: nesse caso, os opiáceos continuam a ser as substâncias preferidas; 2º) tentar reduzir uma atividade ou uma sensação que atinge um nível desagradável ou indesejável, como a ansiedade, o nervosismo, a insônia, a hiperestimulação... Qualquer depressor do sistema nervoso central pode desempenhar esse papel...; 3º) tentar aumentar o nível de atividade e a sensação de energia e de potência, ou reduzir a sensação de cansaço, de depressão, de sonolência. Os estimulantes do SNC (caféina, anfetaminas, cocaína etc.) são amplamente empregados para essa finalidade. É interessante observar que, na maioria dos casos, as receitas médicas visam uma dessas três finalidades; 4º) tentar obter modificações no modo habitual de percepção do

indivíduo frente ao seu próprio meio físico e social, isto é, explorar, sair de si mesmo, obter novas intuições, aumentar sua criatividade, aumentar a intensidade das experiências sensoriais e estéticas e o prazer que delas tira o indivíduo;
5º) *tentar atingir diversos graus de embriaguês, de atordoamento, de euforia, sensações de estar flutuando ou de vertigem... O álcool, os barbitúricos, o haxixe, a maconha, os inalantes e solventes são as substâncias mais utilizadas.*

Como se percebe, os efeitos das drogas no SNC são diversos, dependendo da substância química empregada, mas também dos modos de uso, do contexto e das intenções dos usuários. Para todos os efeitos enumerados, encontramos exemplos já na antiguidade.

O que mudou nos tempos modernos refere-se a duas características: a fabricação de **substâncias sintéticas** (em particular medicamentos) e a introdução, através de certas convenções sociais e jurídicas, da **distinção entre drogas legais e ilegais**.

Relatividade cultural

Esta última característica, diferente de uma sociedade para outra, tenta **regulamentar** o uso de drogas quando percebido como pernicioso dentro de uma determinada organização social; porém, isto não muda em nada a relevância antropológica dessas substâncias: elas sempre oferecem a possibilidade de alterar as percepções, o humor e as sensações – toda a questão reside em saber **como e por que** os homens pretendem alcançar isto.

Em um apanhado global da história das drogas, ressalta a grande relatividade cultural do seu uso. O desafio que representa a tentativa de compreender esse uso vai além dos problemas imediatos desta ou daquela dependência. Qualquer explicação unidimensional é falaciosa, produto mais de mal-entendidos ou preconceitos do que de investigações

científicas. Citamos a respeito G. Edwards (Correio da Unesco, 1982):

*Entre as falsas idéias, por exemplo, encontram-se estas: achar que o álcool não é uma droga, que o uso de drogas só se refere aos jovens, que basta um tipo de explicação para compreender o problema das drogas, que uma solução apreciada no Ocidente tem efeitos no Oriente, que se pode **curar** as sociedades dos males da droga, reforçando-se cada vez mais a ação das alfândegas e da polícia, que o uso de drogas significa inevitavelmente uma apavorante decadência, enfim, que o problema decorre simplesmente da droga, simplesmente do indivíduo ou simplesmente do desequilíbrio da sociedade.*

A necessidade de uma compreensão equilibrada e integrada dos problemas de drogas é premente.

Segundo esse mesmo especialista citado, “os piores erros cometidos nestes últimos anos vêm de uma tendência a negligenciar as suas dimensões sociais e culturais”. Por esta razão, apresentamos em seguida algumas considerações sobre aquelas drogas cuja história se confunde com a história da humanidade, a saber, as drogas naturais, ou seja, de origem vegetal.

II – HISTÓRIA DAS DROGAS NA HUMANIDADE

O ÁLCOOL

As bebidas alcoólicas representam as drogas mais antigas das quais se tem conhecimento. Obtidas pela **fermentação** de diversos vegetais, segundo procedimentos no início primitivos e depois cada vez mais sofisticados, elas estavam já presentes nas grandes culturas do Oriente Médio. Os mais antigos documentos da civilização egípcia descrevem o uso do vinho e da cerveja. A medicina egípcia, reputada em toda a região mediterrânea, usava essências alcoólicas para uma série de moléstias,



enquanto meio embriagador contra dores e como abortivo.

O consumo de cerveja pelos jovens era comum; muitos contos, lendas e canções de amor relatam os seus poderes afrodisíacos. O seu uso social e festivo era bem tolerado, embora já no Egito se levantassem moralistas populares contra o seu abuso, por “desviar os jovens dos estudos”. A embriaguez, no entanto, era tolerada apenas quando decorrente de celebrações religiosas, onde era considerada normal ou mesmo estimulada.

Nas culturas da Mesopotâmia, as bebidas alcoólicas existiram com certeza no final do 2º milênio a.C. Aos poucos, a cerveja à base de cereais foi substituída por fermentados à base de tâmaras. A fermentação da uva também é regularmente mencionada. O uso medicinal de produtos alcoólicos é comum; de fato, todos os vegetais de uso medicinal foram designados como “drogas”, aparentemente sem distingui-las de drogas no sentido moderno, alucinógenas ou narcóticas.

O consumo de álcool nas civilizações gregas e romanas é bem conhecido. Ele era utilizado tanto pelo seu valor alimentício quanto para festividades sociais. Ressaltamos apenas a associação entre o uso do vinho e certas práticas e concepções religiosas, representadas pela popular figura do Bacchus. Durante longos períodos, o consumo de vinho era proibido para as mulheres, interdito do qual testemunham também os relatos bíblicos. Lembramos que o vinho hoje ainda é parte integrante de cerimônias católicas e protestantes, bem como no judaísmo, no candomblé e em outras práticas espíritas.

O ÓPIO E OS OPIÁCEOS

Entre os gregos antigos, o ópio era revestido de um significado divino enquanto símbolo mitológico poderoso. Os seus efeitos eram considerados como uma dádiva dos deuses destinados a acalmar os enfermos. Mas a história mundial do ópio inicia-se bem antes dos gregos. Na China, desde tempos imemoriais, a planta da **papoula**, que fornece o ópio, era símbolo nacional (tal

como os ramos do café no Brasil). Tais representações na ordem simbólica 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. Transcrevemos um trecho de uma publicação das Nações Unidas (Correio da Unesco, 1982):

As provas mais antigas do conhecimento do ópio remontam às plaquinhas de escrever dos sumerianos, que viveram na baixa Mesopotâmia (hoje Iraque) 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 empregaram 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. 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, e o famoso Paracélso o ministrava a seus pacientes.

Quando o ópio era utilizado por prazer, ele era ingerido ou bebido como chá. O hábito de fumar ópio é recente, isto é, conta umas poucas centenas de anos. O abuso do ópio e de 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 ópio contra dores nas enfermidades somáticas, mas também como tranqüilizante e pelas suas propriedades euforizantes. Mas ele é também instrumento de relaxamento e de sociabilidade, sendo consumido em agrupamentos populares da mesma forma que o chá, o álcool e o cigarro. Na Malásia, por exemplo, os pescadores

procuravam no ópio ajuda para suportarem condições de vida extremamente duras, enquanto hábito antigo totalmente integrado.

Guerra do ópio

No século passado, a “British East India Company” 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 a “Guerra do Ópio”. Os ingleses, que detinham o monopólio (altamente lucrativo) 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.

Esse exemplo mostra a importância dos fatores políticos e econômicos intervenientes no cultivo, comércio e consumo de drogas.

Não há dúvida de que o livre comércio inglês do ópio (e depois, dos seus derivados, morfina, heroína, codeína etc.) para as sociedades ocidentais piorou o panorama do consumo de drogas. Amplamente aceito como droga recreativa no Oriente e comprado livremente em armazéns na Inglaterra e nos Estados Unidos até fins do século passado, o ópio provocou o surgimento de “casas de ópio” na maioria das cidades européias. Foi somente no início deste século que o seu consumo começou a ser proibido.

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 remonta a quatro mil anos, como testemunham 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 cosmologia, na esfera comunitária e ritual dessas populações. Ela participa da expressão de uma identidade étnica antiga, afirmada em particular diante dos invasores espanhóis no início da fase de colonização.

Tentando suprimir esse hábito, estes correram o risco de provocar uma descaracterização étnica com consequências imprevisíveis, senão um colapso social. De fato, o hábito do “coquear” faz parte de uma adaptação biológica e sócio-cultural em um contexto geográfico e climático altamente desfavorável, que evidentemente não se deixa mudar por considerações meramente moralistas.

Mastigar a folha da coca tem por objetivo, em primeiro lugar, evitar o cansaço, considerável devido à altitude; evita-se, assim, a sede e a fome (ou pelo menos as suas sensações), e agüenta-se melhor o frio, às vezes intenso. Dentro da área biomédica não está esclarecida, ainda, a questão da atuação da coca dentro do organismo humano. As substâncias alcalinas que contém, detêm, sem dúvida, um potencial energizante, mas que suscita mais efeito no sistema nervoso central do que no metabolismo digestivo; o valor propriamente nutritivo da coca continua sendo discutido.

Existe também um **uso medicinal** da coca, sob forma de “chá de coca”, ao qual se atribui propriedades específicas para problemas digestivos, para estancar hemorragias, para tratar de feridas etc. Os curandeiros usam-na em procedimentos diagnósticos e terapêuticos, apelando ao “espírito da coca” em rituais acompanhados pela comunidade inteira. O seu **valor cultural e mitológico** ressalta, em particular, através do seu uso nos momentos do nascimento e da morte. Ela é aplicada no recém-nascido para a secagem do cordão umbilical, que, em seguida, é enterrado junto com as folhas de coca, representando, assim, um talismã para o resto da vida do indivíduo. Nas cerimônias funerárias, acredita-se numa verdadeira convulsão dos espíritos (da coca), que devem ser apaziguados mediante certos rituais, para assegurar a tranquilidade, no além, da pessoa falecida.

Percebe-se dessa forma que o uso da coca tem algo de sagrado. Ele não se limita ao mastigar, como consequência de condições sócio-econômicas difíceis. Se é altamente desejável melhorar as condições de vida dessa população, não quer dizer que se deva, para isto, destruir os seus valores culturais milenares. Se a cocaína é obtida a partir da coca (ou da pasta de coca), as intervenções repressivas devem atingir não a população andina, mas os proprietários das grandes plantações e os grandes traficantes que comercializam a droga nos países industrializados.

Este é mais um exemplo da complexidade dos problemas de drogas: eles não se limitam aos efeitos farmacológicos, mas tocam nas esferas sócio-culturais, econômicas e políticas, entre outras.

A MACONHA

Os produtos derivados da planta *Cannabis sativa* são usados por milhões de seres humanos há quatro ou cinco mil anos. Conforme a região e o procedimento de extração, eles são chamados de haxixe, marijuana, cânhamo ou maconha. Citamos um trecho do Correio da Unesco (1982):

Raras são as regiões do mundo onde não se pode cultivar a maconha. Conforme a natureza do solo, o clima e a maneira de cultivo, a planta, que parece uma erva daninha, pode atingir alturas que variam de 30 centímetros a seis metros. A planta da maconha, ou a substância bruta dela derivada, como as preparações artesanais feitas com ela, são conhecidas por uma variedade de nomes...

O emprego terapêutico da cannabis é nenhum hoje em dia, mas, em algumas partes da Ásia, os médicos ainda utilizam-na no tratamento de algumas afecções.

O consumo de cannabis é tradição secular em alguns países, principalmente naqueles onde o consumo de álcool é proibido.

No segundo milênio a.C., a maconha foi empregada com **fins terapêuticos** na China e descrita pelo imperador Shen Nung como analgésico. Seu **emprego medicinal** corresponde a uma longa

tradição entre povos africanos e asiáticos. No Brasil, parece que a *cannabis* foi introduzida pelos escravos que conheciam as suas propriedades já na África. Muito consumida pela população negra, o seu uso foi largamente difundido em estados do Nordeste, em particular Bahia e Maranhão, onde até hoje existe um consumo recreativo a nível popular.

A moda, o rito, as classes sociais

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, pois, 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 compartilhado 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 fumam-na, expressando, assim, a sua oposição contra a geração adulta. Ela se tornou, portanto, um símbolo de curiosidade, prazer ou mesmo revolta, desvinculado de um ritual social tradicional; ela agora é inserida em um código social novo, aquele dos jovens à procura de novos valores e novos

modelos. Citamos um trecho do Correio da Unesco (1982):

*O adolescente da classe média fuma por curiosidade, para incrementar o prazer sexual, para fazer descobertas psicodélicas etc. Não possui um código definido para se conformar, não tem modelo respeitável para imitar. Ao contrário, uma criança que cresce na classe operária aprende aos poucos a utilizar a erva, e não lhe faltarão modelos. Ela pode começar a fumar com 7 ou 8 anos, embora, de modo geral, seja iniciada por companheiros aos 12 anos, numa cerimônia de grupo que tem mais de um traço de semelhança com um rito de passagem. (...)**

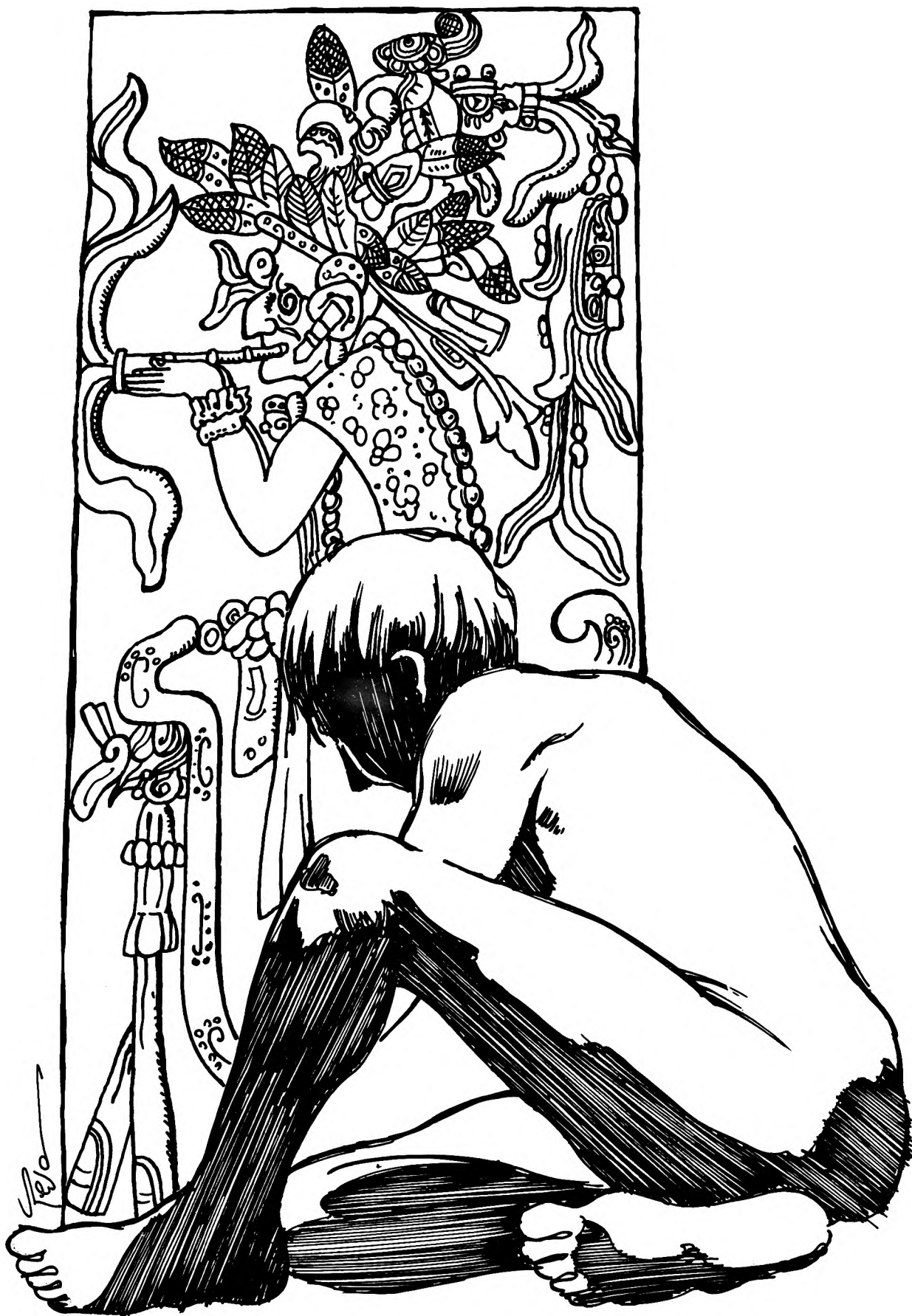
Os estudos antropológicos indicam que a cultura (ou subcultura) cria automatismos de proteção que atenuam o perigo dos entorpecentes. Nada é mais importante, por exemplo, do que aprender a dosar para obter exatamente o resultado esperado, e nada mais. Esses mecanismos de proteção explicam, talvez, o 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 respeita aos propósitos do uso quanto às formas de utilização.

De um lado, temos um **uso ainda ritualístico**, integrado nos costumes do povo e ligado ao acervo geral das crenças. Mas por outro lado, o uso da ganja enquanto tradição cultural se *desintegrou*, transformando-se, assim, numa maneira de contestar as autoridades e valores tradicionais.

Com o “progresso”, ou seja, com as modas internacionais que se infiltram

* Rito de passagem corresponde a um procedimento iniciático, destinado a levar o indivíduo de uma classe social a outra. Por exemplo, da adolescência à fase adulta.



nessas classes, atribui-se à droga um valor de transgressão, de contestação e de meio (ilusório?) de **aculturação**. Nos choques entre culturas diferentes e nas tentativas de aculturação que produzem, as drogas representam parâmetros interessantes de comparação, embora produzam, às vezes, efeitos dramáticos.

OUTROS ALUCINÓGENOS

O cogumelo e a mescalina

Todas as grandes civilizações oferecem exemplos de uso de substâncias alucinógenas outras que não a *cannabis*. O ritual de **cogumelos** nas Américas, o emprego de cogumelos tóxicos por feiticeiros e curandeiros da Ásia, a utilização de certos vegetais na feitiçaria européia da Idade Média, o uso do “khat” em certos países árabes e africanos com a finalidade de atingir estados de meditação e de sabedoria representam tais exemplos. A **mescalina** (ou o **peioté**, nome popular de origem asteca), era (e ainda é) muito empregada e venerada como amuleto, panacéia 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 servir para induzir estados de transe durante certas atividades rituais.

Se o peioté é obtido de um cacto, a **psilocibina** o é de um cogumelo, considerado sagrado por certas tribos de índios do México. Chamado por eles de “carne dos deuses”, eles usam o produto como instrumento de culto em certos ritos 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 cerimônias rituais para provocar estados místicos ou de transe, com o intuito de entrar em comunicação com os seus deuses.

Usos indígenas

No Brasil, drogas alucinógenas são até hoje muito usadas nos rituais de tribos indígenas. A serviço da comunidade, o

xamã, ao consumir alucinógenos, entra em contato com os espíritos que o ajudarão a curar doenças, proteger a comunidade contra ataques mágicos e propiciar bem-estar, boas caçadas etc. O xamã, pois, compartilha com o seu povo os prazeres obtidos com a droga; esta, antes de tudo, é propriedade coletiva e não individual, e seu uso deve propiciar harmonia ao invés de desavença, paz ao invés de contestação.

Os antropólogos que se debruçaram sobre esses fenômenos sempre ficaram impressionados com os contrastes culturais. A respeito do uso de drogas, citamos Ramos A.R. (1986):

O antropólogo, que nunca perde a oportunidade de cantar os louvores da diversidade cultural, de se declarar um relativista inveterado, tomando cada expressão cultural em seus próprios termos, por mais calejado que esteja com os contrastes humanos, ainda assim se surpreende ante a imensa distância que vai do sonho ao pesadelo, da bênção que são certas drogas em sociedades indígenas à maldição que estas mesmas, ou outras, representam para nós (o “nós” aqui entendido como o superego nacional, da autoridade constituída, familiar, estatal ou eclesiástica). Para nós, um problema nacional, ou, mais ainda, internacional; para eles, uma das melhores coisas que a cultura inventou. (...)

As drogas, para os povos indígenas, são assunto sério e não podem ser tratados levianamente. Elas representam, virtualmente, um elemento de ligação entre o mundo humano e o extra-humano ou sobrenatural. É através das drogas que os homens se aproximam dos espíritos, do saber esotérico, da compreensão do cosmos.(...) Os xamãs empregam ayahuasca, o cipó da vida, que lhes permite viajar entre o mundo dos humanos e o dos espíritos. Crê-se que a ayahuasca induz uma realidade semelhante aos sonhos, a qual medeia entre o domínio humano e o domínio dos espíritos. Os costumes e conhecimentos antigos são transmitidos através da dinâmica conhecimento-visão, embutida num processo contínuo de aprendizagem.

Essas considerações, feitas pela antropóloga a respeito dos índios Yanomani, revestem-se de um valor exemplar. De fato, a ayahuasca da qual ela fala (ou huasca, ou hoasca) conhece hoje em dia uma divulgação até mais ampla, através das seitas amazônicas “União do Vegetal” e “Santo Daime”, que empregam o mesmo chá alucinógeno em seus rituais. O consumo ritual aí é sempre comunitário, acompanhado de muita música para afastar as “visões ruins”. Como há influência do cristianismo, preces e rosários estão presentes no ritual. Segundo seus adeptos, a União do Vegetal não é fator de alienação, pois as atividades da lavoura e da pecuária não são interrompidas pelo uso do alucinógeno...

Não se pode comparar o uso indígena com o uso moderno

Essa seita pode ser considerada como uma tentativa de englobar valores indígenas na vida moderna da selva amazônica. Porém, o xamanismo e o uso de psicotrópicos alucinógenos continuam correndo o risco de serem aniquilados, quando a seita entra em choque com as forças externas da polícia, dos missionários, de agentes governamentais ou de exploradores movidos pela idéia do lucro. Não faz sentido, pois, comparar o uso de drogas nas tradições indígenas com aquele das nossas sociedades industrializadas. Citamos a este respeito as conclusões de Ramos, A.R. (1986):

Assim como é uma violência social tentar transformar o índio à imagem do branco, queira ele ou não, também é uma violência espiritual aplicar os mesmos pesos e medidas a experiências tão distintas como são o mundo mágico dos índios e o que é por quase todos nós considerado o submundo criminoso dos brancos. Se fizermos o esforço de um olhar desarmado para essas expressões culturais que são as drogas entre os povos indígenas, talvez possamos vislumbrar uma outra maneira de se ser humano e, quem sabe, voltarmos outra vez a nós mesmos um pouco mais sábios. Como disse o poeta Hugo von Hoffmannsthal, o caminho mais curto até nós é a volta ao mundo.

III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

As apresentações precedentes evidentemente não são exaustivas. Elas têm valor de exemplificação, demonstrando em particular, a **relatividade cultural** do uso de drogas. O que é valorizado como um bem em determinada sociedade, é apresentado em outra como invenção do diabo, como meio de depravar a juventude ou como calamidade pública.

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.

As motivações para o uso

De fato, se as drogas foram usadas durante milênios, como vimos, os abusos – e com eles os fenômenos de dependência (ver também unidade nº 4) – constituem práticas relativamente recentes. Eles resultam de evoluções características das sociedades modernas, desde o início da industrialização, provocando choques culturais e descaracterizações étnicas às vezes violentos. Daí advêm os fenômenos de aculturação pelos quais se abandona os valores tradicionais sem se encontrar valores novos que tenham potencial de integração social.

Como conseqüências, assiste-se à formação de subculturas e de grupos marginais, a um pauperismo crescente de amplas faixas da população, a movimentos de revolta e de contestação ou, ao contrário, a fenômenos de prostração letárgica. Entre todos estes, 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.

O contexto sócio-cultural (ver também unidade nº 9)

Ao condenar e combater o uso e abuso de drogas, cabe, pois, levar em conta a evolução histórica de uma determinada região ou sociedade, bem como os fenômenos sociais, políticos e culturais do contexto no qual elas se inserem, senão este combate será cego, fanático e ineficiente, porque não ataca o problema em si – que não compreende – mas apenas certas consequências, certos sintomas de um disfuncionamento social muito mais amplo.

Desse disfuncionamento faz parte a exploração econômica e política das drogas: na geopolítica mundial, elas representam um fator de peso, porque é uma luta de vale-tudo, onde se lança mão de qualquer meio e argumento para tirar vantagens ou lucro. Basta citar, para exemplificar, a guerra do Vietnã ou, mais recente, aquela do Afeganistão ou a situação explosiva da América Central: em todas elas participa o comércio de drogas – com todo aquele fluxo de “narco-dólares” – condenado oficialmente mas incentivado pelas superpotências quando as favorece.

Se toda guerra é suja, aquela que envolve drogas o é mais ainda; ela desmascara a hipocrisia da condenação moralista oficial, faixada atrás da qual se desenrola o confronto impiedoso entre ideologias diferentes, seja do hemisfério norte contra aquela do sul (o Terceiro Mundo, produtor de drogas de origem vegetal...), seja dos ricos contra os pobres, das gerações dominantes contra os jovens contestadores...

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

O movimento hippie

Mas, nessa evolução, a sociedade não é inocente: desregulada e desumana em seu funcionamento, ela secreta drogas que seduzem e alienam os seus membros mais fracos, socialmente ou psiquicamente. A evolução do movimento hippie é exemplar a este respeito. Citamos um trecho de um trabalho anterior (Bucher, R., 1986):

Nos anos sessenta, a contestação “hippie” dá o tom aos movimentos “underground”, à busca do belo, do prazeroso, do “flower-power” na terra. A fé nos ideais idílicos de pureza e de bondade, junta-se a experiência de novos modos sensoriais, propiciada pelas drogas psicodélicas. A efervescência intelectual das discussões políticas, a intensidade da agitação cultural, o entusiasmo pela abertura de novos caminhos cosmopolíticos eram acompanhados pelo florescimento de um novo misticismo. A droga aí participava não como um 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 evolução da conjuntura econômica das sociedades ocidentais trouxe mudanças profundas nesse quadro, relegando ao 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 o militantismo cordial cederam a um desencanto cada vez mais radical, chegando a beirar o desespero e suscitando, ao invés de prazer, violência e auto-destruição. As tentativas de vida alternativa, boicotadas ou recuperadas pela sociedade “liberal” se apagaram diante do impacto da crise econômica, chamando à realidade cruel das necessidades básicas e à monotonia da luta para assegurá-las. Desiludido, o movimento hippie se desarticula...

O consumo (e abuso) de drogas faz, assim, parte dos processos de marginalização que ocorrem em nosso meio; cabe entender os seus determinantes históricos e culturais, as suas incidências antropológicas, políticas, religiosas e

psicológicas, para compreender a envergadura do fenómeno. Este apoia-se no tripé das motivações dos usuários, das pressões do contexto sócio-cultural e dos estados de dependência (física e/ou psíquica), enquanto efeito da ingestão prolongada de tóxicos.

Tratamento adequado ao abuso de drogas

Somente se levados em conta esse tripé e os múltiplos fatores que nele se juntam, é possível chegar-se a uma compreensão adequada – condição indispensável para criar meios de intervenção judiciousa (ver também unidade nº 3) embora, mesmo assim, de eficácia ainda limitada. É que **não se elimina o consumo de drogas, 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.

Não existe, pois, panacéia para eliminar as drogas da sociedade, porque elas fazem parte da cultura humana. E àqueles que pregam a mera condenação, total e absoluta, de todo e qualquer consumo de drogas, lembramos que essa condenação, além de ser desumana e antropologicamente factícia, é ineficiente, porque condena não somente o uso de drogas, mas com ele o ser humano e as suas aspirações ao prazer, à felicidade e à beleza.

Tais aspirações, como já frisamos, são legítimas e fazem parte da “condição humana”. Esta, infelizmente, permite deslizes, abusos e falhas, implica em desequilíbrios, dramas, conflitos e angústias – mas querendo eliminá-los, elimina-se o que há de mais humano no homem, a sua liberdade e os riscos que tem que assumir em sua existência.

Lembramos, ainda, aos defensores intransigentes da condenação do consumo de drogas e da sua repressão incondicional, que, não há muito tempo,

consumidores de café ou de tabaco foram condenados à morte. Aconteceu no século XVIII, em vários condados da Alemanha e na Rússia czarista... (ver Volger, G e v. Welck, 1982).

BIBLIOGRAFIA

- BUCHER, R. O consumo de drogas: evoluções e respostas recentes. **Psicologia: teoria e pesquisa**. (UnB). Brasília, 2(2):132-144, 1986.
- BUCHER, R. (org.). **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo, EPU, 1988. 105 p.
- CORREIO DA UNESCO. O mosaico das drogas. 10 de março 1982 (contém artigos originais, como o de Griffith Edwards “A toxicomania tem muitas faces”, p. 11 e alguns textos oriundos das Nações Unidas).
- LOPEZ, A.O. **Drogas y toxicomanias**. Madrid, Editora Nacional, Libros Directos, 1979.
- NOWLIS, H. **A verdade sobre as drogas**. A Unesco e seu programa. 3 ed., Rio de Janeiro, IBECC – UERJ, 1982.
- RAMOS, A.R. A “viagem” dos índios – maldição ou bênção? **Humanidades**. (UnB). Brasília, 10(3):69-75, agosto/outubro, 1986.
- VOLGER, G. e v. WELCK, K. **Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich**. (Embriaguez e realidade. Drogas no cotejo das culturas). Hamburg, Rowohlt, 1982.

AUTO-AVALIAÇÃO

Questão 1 (Objetivo 1)

As três funções sociais implícitas no uso de drogas são:

Questão 2 (Objetivo 2)

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):

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

Questão 3 (Objetivo 3)

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):

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

Questão 4 (Objetivo 3)

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

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

RESPOSTAS

Confira suas respostas com as que são dadas a seguir. Ocorrendo discrepância, volte ao texto e procure elucidá-las. Se depois disso as dúvidas persistirem, escreva-nos expondo o problema.

Questão 1

As três funções sociais implícitas no uso de drogas, segundo o texto são: **superar a angústia existencial, entrar em contato com o sobrenatural e obter prazer.**

Questão 2

As alternativas (c) e (d) não configuram angústia existencial. Esta está representada nas alternativas (a) e (b). Das duas alternativas, a **mais adequada** é a (a), porque está ligada diretamente ao contexto de trabalho que caracteriza este indivíduo.

Questão 3

A alternativa (a) é incorreta; existem também no Marrocos restrições ao uso da maconha. A alternativa (b) deixa de levar em conta a circunstância sócio-cultural na qual se situam o colegial e o camponês. Já a alternativa (d), embora levando em conta essa circunstância, categoriza a conduta do colegial apenas pelo aspecto legal. A alternativa (c) é a mais adequada porque considera e aplica a conduta de ambos os usuários de maconha em função dos seus contextos sócio-culturais.

Questão 4

A alternativa (a) é a mais correta porque leva mais em conta o contexto sócio-cultural e as funções do uso.

2 AS DROGAS E SEUS EFEITOS

Francisco Martins
Cláudio Côrtes Paiva

OBJETIVOS

1. Nomear e explicitar as categorias de drogas segundo a classificação de Lewin.
2. Estabelecer relações entre categorias de drogas exemplares dessas categorias e seus usos e efeitos.

RESUMO

Nesta unidade serão estudadas as drogas e os seus efeitos. Pretende-se, além de fornecer elementos essenciais acerca da especificidade farmacológica de alguns dos principais produtos, mostrar a estreita relação destes com a personalidade e com o momento sócio-cultural. Através da elucidação de alguns dos principais conceitos relacionados com a toxicomania (dependência, escalada, abstinência etc.) e do estudo das principais categorias de drogas, chegar-se-á a estudar, principalmente, a interação sujeito-droga. Assim, procurar-se-á mostrar que no sujeito dependente ocorre também a eleição privilegiada de um ou mais produtos por intermédio da busca de “algo”: um efeito específico.

I – ENFOCAR O PRODUTO: UMA ESTRATÉGIA DE ESTUDO

A abordagem moderna da questão da toxicomania insiste em analisar tal fenômeno a partir de três fatores: *a personalidade do consumidor de drogas, o seu meio sócio-cultural e as características dos efeitos que as drogas causam sobre seu organismo e seu psiquismo.*

A caracterização da questão em um só desses aspectos, subestimando os outros, diminui a possibilidade de um conhecimento mais próximo da realidade, gerando problemas para a elaboração de estratégias e terapêuticas.

Droga, farmacologia e toxicomania

Quando se focaliza a questão da toxicomania somente, ou principalmente, do ponto de vista das ações e dos efeitos das drogas, o que se obtém é a excessiva **medicalização** do fenômeno. É conhecido o fato de a heroína ter sido desenvolvida no século passado num esforço “heróico” de *controlar-se* um uso crescente de morfina. Mas ela, por si só, não teve o poder de resolver isto, tornando-se, por sua vez, um problema adicional.

Conhecer as drogas, seus mecanismos de ação, seu poder de causar dependência, seus efeitos nocivos e tudo que se relaciona ao que elas causam ao sujeito é, sem dúvida alguma, importante para quem tenta compreender melhor a questão da toxicomania. Mas isto é apenas uma parte dessa tentativa. E é dessa parte que trataremos agora. Precisamos insistir: se ficássemos apenas nesse aspecto, estaríamos estudando farmacologia. Para estudar o toxicômano, é preciso ir mais além, é preciso analisar as questões psicológicas, sociais, culturais e até mesmo legais relativas ao consumo de substâncias psicotrópicas pelas pessoas.

Água é uma substância psicotrópica?

Drogas psicotrópicas não agem por si mesmas. Ora, a própria palavra “psicotrópico” (psiquê = mente, tropismo = ação de aproximar) já informa que a ação delas se dá no cérebro. Para se dizer

que uma droga é psicotrópica, é preciso que ela provoque alguma mudança no funcionamento previsível do cérebro. Talvez nem mesmo essa definição seja muito boa, uma vez que, um copo d’água, por exemplo, sem dúvida alguma, pode causar alívio e prazer numa pessoa com sede. Então, podemos dizer que água é uma substância psicotrópica?

As substâncias de que estamos tratando – chamadas genericamente de drogas ou tóxicos (ver também unidade nº 3) – normalmente não fazem parte da composição química do nosso organismo, tal como a água o faz. São substâncias *estranhas* a ele e que provocam “desvios” na sua função. Esses “desvios” serão examinados e classificados a seguir. As drogas podem ser obtidas das mais **variadas fontes** e através dos mais **variados processos**. Muitas delas são alcalóides* consumidos tal como são encontrados nos vegetais em que naturalmente existem. Outras são manipuladas quimicamente, através de um conhecimento técnico, e modificadas para o consumo.

O essencial, na definição de drogas (ou substâncias) psicotrópicas é que **a sua administração provoca uma modificação específica no estado psíquico do sujeito**, modificação esta que é possível *prever-se*, mas impossível *predeterminar-se* com exatidão. Essa modificação é, por assim dizer, artificial, pois a substância em questão não faz parte da composição química do organismo, ou, se fizer, é usada em doses que levam a concentrações superiores àquelas comumente encontradas nele. O que complica um pouco mais a questão, e que é o centro de toda a nossa investigação, é o fato de que determinadas drogas psicotrópicas podem levar alguns indivíduos a estabelecerem com elas uma relação tão intensa, que, sem usá-las, eles não conseguem obter prazer de viver.

Conceito de dependência

Um dos conceitos mais próximos à esta noção é o de dependência.

A **dependência** é a consequência de um desejo sem medida.

* Alcalóide: s.m. Quím. Qualquer das substâncias de um extenso grupo encontrado nos vegetais, em geral nitrogenados, heterocíclicos, básicos, com pronunciada ação fisiológica sobre os animais. (Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Aurélio. 2 ed.)

O indivíduo dependente vive uma relação totalitária com a droga, relação esta que prejudica todas as outras relações que ele pode estabelecer, inclusive na esfera social.

Se uma pessoa passa a **depende** do uso de uma substância para poder sentir prazer em viver, podemos imaginar, neste caso, duas situações possíveis de acontecer com ela: 1) estando *possibilitada* de obter a substância, ela tenderia a aumentar o consumo exageradamente, a fim de sentir o máximo de prazer com o seu uso; ou,

2) estando *impossibilitada* de usar a substância, ela sente uma enorme aflição, uma necessidade muito grande de reexperimentar a sensação prazerosa obtida com o uso da droga. Das pessoas

que se enquadram nessas situações, diz-se que estão dependentes. Com o uso repetido, algumas substâncias podem provocar um desajuste metabólico no organismo, que, pela suspensão do uso, se manifesta na forma de uma **síndrome de abstinência**, isto é, um quadro clínico com vários sintomas que mostram a falta que aquela substância está fazendo ao metabolismo orgânico. Uma pessoa em síndrome de abstinência pode apresentar sintomas tanto físicos como mentais, como, por exemplo, dores, ansiedade, irritabilidade, tremores, diarreia, sudorese, insônia, confusão mental e outros. Algumas síndromes de abstinência (ver quadro 1) podem ser tão graves que colocam em risco a vida da pessoa, como é o caso da abstinência ao álcool e à heroína. Há drogas, porém, cuja dependência se manifesta a nível orgânico. Sua retirada provoca um quadro

QUADRO 1 SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA

1. OPIÁCEOS (euforizantes)	2. BENZODIAZEPÍNICOS E BARBITÚRICOS (depressores SNC – hipnóticos)	3. ESTIMULANTES (anfetamina, cocaína)
insônia ansiedade bocejos sudorese rinorréia lacrimejamento dilatação das pupilas pele anserina tremores calafrios falta de apetite cólicas abdominais dores nas pernas taquicardia, hipertensão	ansiedade inquietação falta de apetite náuseas e vômitos fraqueza cólicas abdominais taquicardia hipotensão postural hiper-reflexia tremores grosseiros insônia pesadelos convulsões delírios, desorientação alucinações visuais	depressão fadiga hiperfagia (fome) hipersonia
		} de rebote* * de rebote – Não se fala, aqui, de uma verdadeira síndrome de abstinência, mas de sintomas de retirada, uma vez que nem a anfetamina, nem a cocaína provocam dependência física. Como se vê, os sintomas estão exatamente no sentido oposto dos efeitos. Por isso, diz-se deles, que são sintomas “de rebote”.
– duração: 7 a 10 dias – início: 48 a 72 horas após a interrupção do uso (sintomas notáveis)	– duração: variável – início: – rápido (12 a 16 horas) para drogas de ação curta – mais demorado (7 a 10 anos) para drogas de ação prolongada	

de ansiedade que está muito mais relacionado com a intensidade do desejo do usuário do que com processos metabólicos. Não há síndrome de abstinência, mas, mesmo assim, há dependência, que aqui se diz ser “psíquica”.

A falsa dicotomia: dependência física e dependência psíquica

Esta divisão pode ser um pouco falha, por ser demais esquemática. Existem dúvidas, hoje em dia, se determinadas drogas causam ou não dependência física, ou somente psicológica. É o caso da cocaína. Isto pode ocorrer, pois, muitas vezes, um desejo intenso de uso, frustrado, resulta em manifestações semelhantes à de abstinência, simplesmente por ansiedade ou desespero. É importante notar que, ainda que a dependência física provoque na retirada da droga sintomas mais notáveis e perigosos, as drogas que não provocam esse tipo de dependência podem levar também seus usuários a dependências graves e incapacitantes.

Não existe uma correlação retilínea entre gravidade da dependência e o fato da mesma ser física ou psicológica. Em determinadas circunstâncias, drogas que causam dependência meramente psicológica podem ser o ponto de partida para um envolvimento mais intenso com drogas até mesmo mais “pesadas”. Dizemos que *pode* ser, pois nem sempre isto acontece. Esse fenômeno relacionar-se-á com a personalidade do usuário, seus conflitos, sua estruturação, características que podem predispor (ou não) a uma *escalada*, isto é, a um envolvimento progressivo com drogas. Portanto, para que ela ocorra é necessário, além de um envolvimento inicial com drogas, a presença de certas características de personalidade que predisõem a uma dependência de tipo compulsivo. Certamente, também a escolha de uma determinada droga será influenciada pelas características de personalidade de um dado consumidor.

Passaremos, a seguir, a estudar mais especificamente os efeitos das drogas psicotrópicas. Mas, tendo em vista que os

conceitos estudados são importantes para um melhor entendimento do nosso estudo, que tal fazer uma revisão dos principais conceitos já enumerados?

1. Quais os três fatores da toxicomania?
2. Defina drogas psicotrópicas.
3. Conceitue dependência.
4. O que é uma síndrome de abstinência?

II – CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS COM BASE EM SEUS EFEITOS NO PSIQUISMO DO USUÁRIO DURANTE A SUA AÇÃO

Substâncias psicotrópicas, como foi dito, interagem com o organismo de quem as usa, provocando alterações que se manifestam no comportamento do usuário, transformando suas percepções, estimulando-o ou deprimindo-o. Pode-se prever essas alterações, com base nas características químicas da droga e de sua interação com o órgão-sede do psiquismo: o cérebro (Sistema Nervoso Central – SNC). Não se pode, porém, determinar com certeza absoluta como elas vão se dar a cada novo uso ou em cada pessoa que a usa, pois muitos fatores interferem na interação entre a droga e o órgão citado. Esses fatores estão relacionados ao estado mental do usuário no momento do uso e às características gerais de sua personalidade.

A classificação de Lewin

Em 1928, Lewin construiu uma classificação de drogas com base nos seus efeitos, que, embora antiga, ainda é muito útil, por ser simples e completa. Nesta classificação foram distinguidos 5 grupos, cujos nomes são dados em latim:

- Euphorica* – grupo dos euforizantes
- Phantastica* – grupo dos alucinógenos
- Inebriantia* – grupo dos inebriantes
- Hypnotica* – grupo dos hipnóticos
- Excitantia* – grupo dos excitantes

Certamente essa classificação é passível de críticas, mas, para os fins didáticos que nos propomos aqui, acreditamos ser ainda a melhor existente. Assim sendo, estudaremos sistematicamente cada um dos grupos indicados anteriormente, procurando relacioná-los, através de exemplos, sobretudo com a nossa realidade. Como existe uma enorme quantidade de informações técnicas, optamos por organizá-las em quatro tabelas que insistimos sejam consultadas em articulação com o texto principal. Cada tabela foi construída de uma determinada forma, pois em cada grupo algumas características específicas serão relevadas.

O grupo das drogas euforizantes

Classicamente, o grupo das drogas euforizantes tem como efeito principal uma **modificação no estado de humor do usuário**. Mesmo reconhecendo-se que, no nosso país, o uso mais freqüente do grupo euforizante está vinculado ao uso de xaropes codeínicos (ver quadro 2 – Codeína), geralmente obtidos no comércio, preferimos, aqui, estudar como exemplo principal uma outra droga: a heroína. Exatamente como a morfina, o ópio e outros produtos de uso anestésico, a heroína é uma substância sintética derivada do látex da papoula (ver quadro 2).

QUADRO 2
EUFORIZANTES

DROGAS E DERIVADOS	OUTROS NOMES	ORIGEM E/OU SUBSTÂNCIA ATIVA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO E USO MÉDICO	TIPO DE DEPENDÊNCIA
ÓPIO		Látex da papoula. Substâncias ativas: Morfina e Codeína, entre outras	Pode ser ingerido ou fumado. Encontrado na forma de tinturas (elixir paregórico); tem efeito anti-espasmódico	Dependência psíquica e física; tolerância; síndrome de abstinência
MORFINA		Principal alcalóide do ópio, obtido por extração química	Injetado (subcutânea, IM ou EV); tem efeito sedativo ou analgésico	Dependência psíquica e física. Tolerância; intensos sintomas de abstinência
CODEÍNA	METIL-MORFINA	Outro alcalóide do ópio, também obtido por extração química	Ingerido. Tem efeito antitussígeno e analgésico	Dependência psíquica e tolerância: síndrome de abstinência
HEROÍNA	DIACETIL-MORFINA	Derivado semissintético da morfina	Mais comumente injetada na veia; não tem uso médico atualmente	Dependência física e psíquica rápidas e intensas; tolerância; forte abstinência
MEPERIDINA	PEDITINA ^r DOLANTINA ^r	Derivado semissintético da morfina	Ingerido ou injetado; tem efeito analgésico	Dependência física e psíquica; tolerância; abstinência
METADONA		Derivado sintético	Ingerido; usualmente usado como terapia de substituição para heroínômanos	Dependência física e psíquica menos intensas que as da heroína; tolerância-abstinência

A heroína como exemplo

Mas o que é mais importante lembrar aqui é que a heroína tornou-se, nos países do hemisfério norte, em especial na Europa Ocidental, a *droga por excelência*. E isto se deve à grande capacidade dessa substância de corresponder a uma dependência, e também de provocar sensações comparadas a um orgasmo no corpo inteiro, que são buscadas pelo usuário. O relato seguinte é exemplar:

“Sinto o orgasmo em meu ventre como uma queimadura insuportavelmente desfrutada. A heroína se apoderou de meu corpo, de minha alma; não há mais fome para saciar, nem sono a recuperar; uma intensa alegria, uma completa satisfação dos desejos tocou os meus sentidos. Neste instante a felicidade toma nova forma.” (Paciente anônimo de Claude Olievenstein).

Conforme pode ser constatado nesse curto relato, o efeito essencial buscado pelo sujeito é a euforia ou, mais precisamente, um estado de alegria (elação). Na impossibilidade de permanecer continuamente nesse estado paradisíaco, freqüentemente o heroinômano busca a obtenção de um prazer momentâneo, mas que envolve o próprio corpo no seu todo, ou seja, experimentando uma espécie de gozo em **“flash”**.

No entanto, os problemas do usuário sobrevêm rapidamente, não somente pela grande potencialidade de criar uma *dependência* intensa, com *tendência a escalada*, arriscando-se o sujeito a fazer **“overdoses”** (dosagem além dos limites suportáveis pelo corpo), mas também por criar um *comportamento social marginal* (roubo, prostituição etc.) motivado pela necessidade de obtenção de recursos para financiamento e compra do produto.

O grupo de drogas alucinógenas

O nome grego *phantastica* nos envia diretamente à dimensão essencial que essas drogas provocam: a **distorção e ativação da atividade sensorial e imaginativa do usuário**. Frequentemente, em culturas diversas, em momentos

sócio-culturais precisos, em grupos específicos (tais como seitas religiosas), o uso desse tipo de drogas torna-se freqüente e, às vezes, até incentivado. É o caso do *movimento psicodélico* ocorrido nos anos 60. Nesta ocasião, o uso do LSD-25 tornou-se famoso, estando mesmo relacionado a maneiras novas de contestar e transformar o *status quo*.

O LSD e a mescalina como exemplo

O efeito principal que é buscado pelo usuário de **LSD-25**, de **mescalina** ou de **maconha** é a distorção da atividade psíquica. Em outros termos: a **alucinação** é o efeito procurado.

As descrições de Carlos Castanheira (A Erva do Diabo) ou aquelas de Aldous Huxley, no seu livro, hoje um clássico, **As Portas da Percepção** indicam bem esse efeito. Vejamos, a título de exemplo, como Huxley nos descreve o **efeito da mescalina**.

“A experiência típica com mescalina ou ácido lisérgico principia pela percepção de formas geométricas coloridas, móveis e animadas. Com o tempo, a geometria pura se torna concreta, e o paciente não mais percebe desenhos, mas coisas contendo desenhos, tais como tapetes, entalhes e mosaicos. A isso se seguem vastos e complicados edifícios em meio a paisagens que mudam continuamente, passando do esplendor a um esplendor mais intensamente colorido, da grandiosidade a uma grandiosidade ainda maior. Figuras heróicas do tipo do “Serafim” de Blake, podem fazer sua aparição, sozinhas ou em multidões. Animais fabulosos movem-se pela cena. Tudo é original e surpreendente. Quase nunca o visionário vê algo que lhe recorde o seu passado. Ele não se lembra de cenas, pessoas ou objetos, nem tão pouco as inventa. Apenas contempla uma nova criação.”

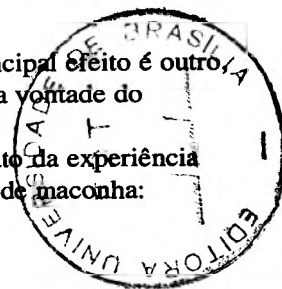
A maconha

Devemos salientar, no entanto, que na classificação de Lewin, a maconha é classificada neste grupo (ver quadro 3). Com certeza, a sua inclusão aqui é criticável, já que, raramente, a maconha provoca alucinações. Na verdade, esse

efeito depende fundamentalmente da personalidade do sujeito. É, portanto, criticável incluir a maconha como droga *phantastica*. O uso extremamente difundido dessa droga no mundo inteiro

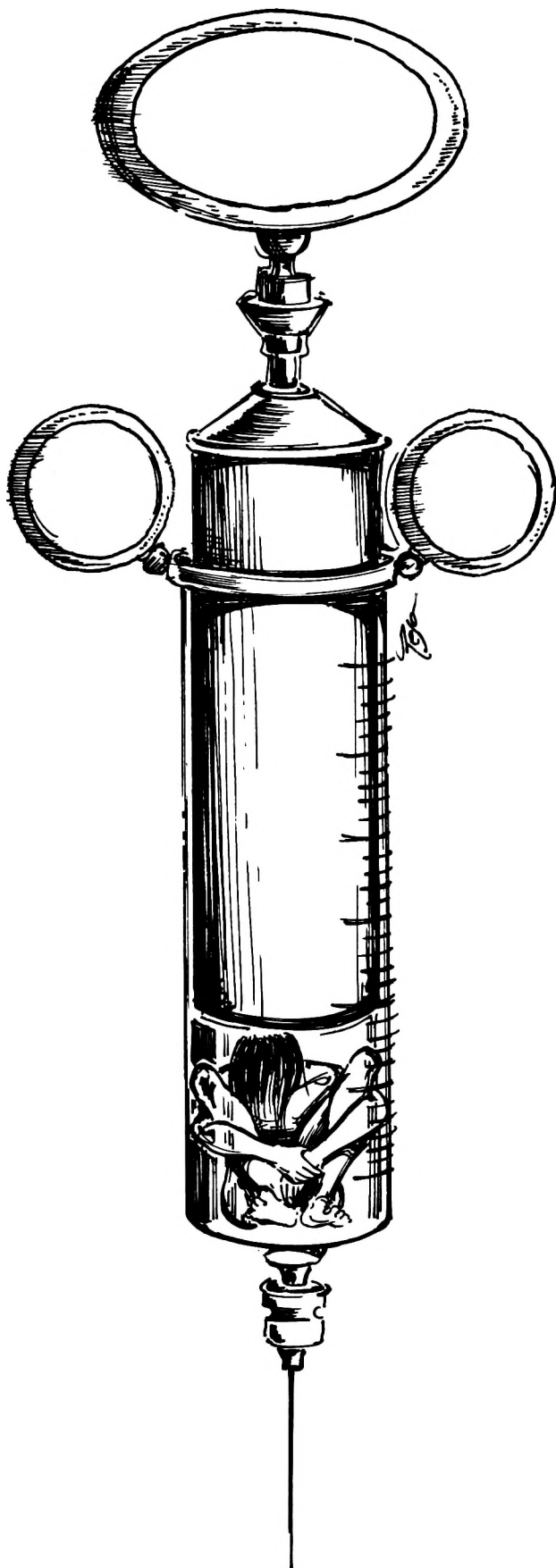
mostrou que o seu principal efeito é outro, transparecendo mais na vontade do sujeito.

Observamos o relato da experiência vivida por um usuário de maconha:



QUADRO 3 PHANTASTICA

Droga	Outros nomes	Origem/substância ativa	Via de administração	Tipo de dependência	Potência de 1 dose
Maconha Haxixe	Marijuana, erva "fumo" "baseado" (cigarro de maconha)	Cannabis sativa ou cânhamo (nome da planta) substância ativa: tetra hidro- cannabinol	Aspiração da fumaça produzida por um cigarro Dependência psíquica: pode, raramente, ser intensa (uso compulsivo)	fraca	
LSD-25	"ácido" dietilamida do ácido lisérgico	extração química do esporão do grão de centeio	Via oral (absorção sublingual)	dependência psíquica	muito forte
Peiote		substância ativa: Mescalina (o peiote é um cacto encontrado no México)	Via oral	dependência psíquica	forte
Cogumelos	Cogumelo do boi Zebu Amamilo Muscaria Psilocybe (México) Strophania	substâncias ativas: psilocibina psilosina	Via oral	dependência psíquica	forte
Ayahuasca	husca yagé caapi	substância ativa: harmina	Via oral: infusão (chá)		
Datura	trombeteira	hioscina	Via oral: infusão (chá)		
Beladona	Atropa belladona	atropina escopolamina hioscinamina	Via oral: infusão (chá)		



“A maconha me acalma. Quando eu fumo, eu esqueço dos aborrecimentos e do tédio de viver. Entro no meu mundo, no mundo das minhas idéias, que é muito melhor. As coisas ficam distantes e eu sinto uma coisa boa, meio pesada, no corpo. Às vezes, começo a achar tudo engraçado, divertido e rio muito junto com os meus amigos. Às vezes, eu falo sem parar, muitas idéias interessantes me vêm à mente e eu me sinto inteligente e espirituoso. O tempo também muda, passa diferente, seja depressa ou devagar. Uma vez eu estava ouvindo música, e junto com os sons eu imaginava imagens coloridas. Mas teve uma vez que as sensações foram tão fortes que eu senti medo, passei mal e não conseguia falar.”

Percebe-se aí que a maconha exerce efeitos sobre o humor e também sobre a percepção. Embora possa ocorrer, principalmente com usuários inexperientes ou com o uso de doses altas, o surgimento de verdadeiras alucinações é muito raro. O efeito mais importante parece realmente decorrer de uma ação sobre o pensamento, facilitando a imaginação, o que por sua vez, exerce um efeito de elação. Fica fácil, então, entender porque um dos efeitos do uso freqüente da maconha é a **desmotivação**, ou seja, perda do interesse nas atividades diárias, rotineiras e perda de objetivos de vida mais elaborados. Ora, se a droga é capaz de exacerbar a atividade imaginativa do sujeito, enquanto lhe propicia um estado de relativa euforia, ele deixará de se motivar com as atividades do dia-a-dia que dependem de um investimento contínuo e que podem gerar tanto prazer como, muitas vezes, conflitos e frustrações.

O grupo das drogas inebriantes

Dividimos as várias drogas que fazem parte deste grupo, em dois **subgrupos**: o das substâncias **voláteis** e o dos **solventes**. O primeiro nome refere-se a uma característica físico-química dessas substâncias: a facilidade com que passam ao estado gasoso. Na verdade, isto também acontece com os solventes, o que quer dizer, eles também são voláteis, porém o seu uso como solventes na indústria e em diversas atividades

defini-los num subgrupo à parte (ver quadro 4).

No primeiro subgrupo estão algumas substâncias com **poder anestésico** e que já foram usadas como anestésicos em intervenções médico-cirúrgicas. O éter, por exemplo, foi a primeira substância anestésica usada em cirurgia. Já a eteromania, ou o uso do éter com finalidades inebriantes, se desenvolveu na Europa e nos Estados Unidos, no século XVIII. Apesar desse uso não muito popular, hoje em dia, encontram-se, ainda, alguns casos isolados de cheiradores de éter, o qual, às vezes, também pode ser ingerido.

O alcoolismo

O álcool, por sua vez, talvez seja a droga mais conhecida, mais usada, mais comercializada (legalmente) dentre todas no mundo ocidental. O uso abusivo e crônico de bebidas alcoólicas, conhecido por alcoolismo, gera dependência que incapacita milhões de pessoas no mundo atual. Dada a sua condição de substância produzida e comercializada *legalmente*, sem outras finalidades além do uso como fonte de prazer, o álcool (e o alcoolismo) merece um estudo à parte. Serve como exemplo dos efeitos das drogas inebriantes em geral. Ele exerce sobre o psiquismo

QUADRO 4
INEBRIANTIA

Grupo de drogas INEBRIANTIA		Sinónimos e nomes de preparados	Via de administração	Efeitos psíquicos
V O L Á T E I S	Álcool Clorofórmio Éter Protóxido de azoto Nitrito de Amilo	+ éter = cheirinho-da-loló lança-perfume Gás hilariante “POPPERS” (nome de fábrica)	Estas substâncias são geralmente inaladas, mas também podem ser ingeridas (por via oral)	Em geral: ● Euforia ● Sensação de flutuação ● Visões muito coloridas ● Sentimento de poder ● Sensação de estar sonhando
S O L V E N T E S	Colas plásticas Diluentes de tintas Cola de sapateiro D de E P Gasolina R E I T Querosene V R A Ó Fluido de isqueiro D L O E Benzina S O	Tolueno	Estas substâncias são inaladas	● Alucinações ● Alterações da noção de tempo ● Torpor ● Tendência a rir ● Diminuição das inibições

uma ação sedativa que, em pequenas doses, se traduz por desinibição emocional, alguma excitação e sensação de bem estar, e em doses maiores, pelos efeitos anestésicos, que são paradigmáticos, neste grupo. Com o exagero da dose, o usuário pode atingir um estado comatoso, de inconsciência.

Outras substâncias e problemas

Uma mistura de éter ou clorofórmio, acrescida de qualquer essência aromática, é conhecida pelos usuários, geralmente adolescentes, como “cheirinho-da-loló”. Tem sido muito usado atualmente, principalmente por jovens pertencentes a classes menos favorecidas, pois é fácil de se fazer e barato. Outra droga deste grupo que se enquadra nesta situação é a cola de sapateiro. Há indícios de que essas substâncias podem causar dependência psíquica, e, com uso freqüente, levar ao desenvolvimento de tolerância. Problemas físicos, como distúrbios cardíacos, que podem ser fatais, são desencadeados por elas em episódios de intoxicação aguda ou em portadores de lesões no coração. A recente intensificação do uso dessas substâncias, principalmente por pessoas jovens, torna-as merecedoras de profundos estudos, pois a chance de iniciar-se com elas, atualmente, um percurso toxicômano é significativa.

O grupo das drogas hipnóticas

A palavra *hypnos* significa sono. As drogas que pertencem a este grupo têm, portanto, como característica comum e fundamental a **indução de um estado de inconsciência, em grau variável, que se aproxima da situação do sono normal**, com suas características de relaxamento muscular, ausência de sentimento de ansiedade e desligamento do meio ambiente. Nesse sentido, existe uma evidente aproximação com o efeito buscado nas drogas inebriantes. O detalhe aqui é tratar-se de **uma modalidade de inconsciência** que toma como modelo algo de normal: **o sono**.

A inconsciência buscada nas drogas inebriantes e hipnóticas

Em outros casos, o que é buscado é uma tranquilização do corpo, ressentido de maneira dolorosa e angustiada; neste caso, o que é buscado é a saúde concebida como “o silêncio dos órgãos”. Lamentavelmente, conforme descrevemos anteriormente, existe uma certa especialidade nos efeitos provocados pelas substâncias voláteis e pelos solventes. No entanto, existe um fato que se torna evidente na fenomenologia vivida dos usuários deste grupo de substâncias: como o próprio nome indica (*inebrianta*), existe uma busca de embriaguez. Nesse sentido, aponta-se que o efeito essencial buscado pelo usuário é uma certa inconsciência. Essa busca de inconsciência é bastante grave na medida que, além de atacar o corpo, provoca uma acentuação da alienação do usuário, em função do ataque à consciência e à própria racionalidade.

Usos médicos

Como se nota (ver quadro 5), todas essas substâncias possuem um uso médico (terapêutico), o que não acontece com muitas outras drogas potencialmente causadoras de dependência. Isto adquire extrema importância quando se reflete sobre a finalidade terapêutica de seu uso e o desenvolvimento de dependência iatrogênica (quer dizer, decorrente de intervenção ou tratamento médico). O diazepam, que possui efeitos ansiolíticos (que amenizam a ansiedade ou tensão psicológica), está entre os fármacos mais vendidos no mundo inteiro. Seu uso prolongado e abusivo leva tanto à dependência psíquica quanto à física, e a sua retirada abrupta pode se seguir de sinais e sintomas de abstinência. Os barbitúricos, antes usados por pessoas portadoras de distúrbios do sono, estão em desuso para essa finalidade. Existem, entretanto, associações medicamentosas analgésicas e antiespasmódicas que os trazem em suas fórmulas.

Benzodiazepínicos e barbitúricos são usados por pessoas dependentes, puros ou associados com outra droga, como o álcool, que potencializa seus efeitos. Para

QUADRO 5 HIPNÓTICOS

Barbitúricos	Via	Uso médico	Efeitos
Exemplos: Tiopental Butalbital Fenobarbital	oral ou parenteral	indução do sono (hipnóticos) sedativos anti-convulsivantes	● ação depressiva sobre o Sistema Nervoso Central ● ação anti-convulsivante
Benzodiazepínicos			
Diazepam Lorazepam Bromazepam Nitrazepam* Midazolam*	oral ou parenteral	ansiolíticos hipnoindutores miorelaxantes	● ação sobre a ansiedade ● possuem ação anti-convulsivante

* possuem ação seletiva hipno-indutora.

QUADRO 6 EXCITANTIA

Droga	Apresentação	Via	Características da dependência
Caféina (café, guaraná)	café refrigerantes em geral guaraná, chá	oral	dependência psíquica tolerância
Anfetaminas	medicamentos anti-estafa anorexígenos (“bolinhas”)	oral venosa	dependência psíquica tolerância
Cocaína	planta de coca (<i>Erythroxylon coca</i>) pó de cocaína	aspiração oral venosa	potencialmente causadora de forte dependência psíquica de tipo compulsivo

prevenir-se o desenvolvimento de dependência, o tratamento com essas substâncias requer um rigoroso controle por parte do médico.

O grupo das drogas excitantes (ou estimulantes)

As principais drogas deste grupo são as anfetaminas e seus derivados, a cafeína e a cocaína (ver quadro 6).

Anfetaminas são substâncias sintéticas que possuem uma ação fortemente **estimuladora do sistema nervoso central e do comportamento em geral**. Existem vários tipos de anfetamina e de derivados, quimicamente diferentes, porém com ação semelhante. O que varia é a potência de uma mesma dose e a via de administração. Assim, a anfetamina e a dextroanfetamina só podem ser consumidas por via oral, enquanto que a metanfetamina, por ser solúvel em água, pode ser usada em injeções, geralmente intravenosas.

Descrição dos efeitos

Os efeitos provocados por elas variam com a dose e com a via de administração. Em doses pequenas, o usuário apresenta sinais de estimulação do sistema nervoso central, com diminuição do sono e sensação de bem estar, além de diminuição do apetite. Com doses pequenas, não aparece dependência ou tolerância. Com doses maiores, há o surgimento de sensações de força extrema e grande poder mental, além de humor eufórico, que pode se alternar com episódios de ansiedade. Em caso de suspensão do uso, a pessoa passa a sentir depressão, fica apática e enfraquecida. Nesse caso, já se observa o desenvolvimento de tolerância, com a necessidade de aumentar-se as doses para conseguir-se os mesmos efeitos obtidos com doses menores. No caso de ingestões repetidas de doses muito grandes, obtêm-se, além dos efeitos já citados, ainda mais intensos, um estado de extrema

euforia, que surge subitamente, chamado de “flash”, que às vezes é comparado com um orgasmo em todo o corpo (como acontece também com a heroína). A parada súbita do uso de anfetaminas não é seguida de síndrome de abstinência. O uso abusivo pode levar a disfunções nervosas, cardíacas e digestivas.

As anfetaminas e seus derivados são usados como anorexígenos, isto é, moderadores de apetite. Como tal, em certas circunstâncias, são prescritos pelos médicos no tratamento da obesidade.

A cafeína é encontrada no café, no guaraná e em alguns refrigerantes, em doses pequenas. O consumo excessivo dessas bebidas pode causar prejuízos para a saúde. Algumas pessoas podem desenvolver forte dependência a estes produtos, **aparentemente inofensivos**.

A cocaína

De acordo com a classificação de Lewin, a cocaína deveria ser considerada uma droga euforizante. Observando-se, porém, seus efeitos sobre o corpo e sobre a percepção dele, constata-se que eles se aproximam muito dos efeitos estimulantes das anfetaminas. Ela causa, no plano psíquico, uma sensação de clareza mental e de aumento de força muscular, uma redução da fadiga e do apetite, uma estimulação geral, com aumento da energia, além de um estado de elação.

O uso regular de cocaína pode dar lugar a uma dependência psíquica bastante forte. Não se observa síndrome de abstinência após a suspensão. O potencial de causar dependência não se relaciona somente com a droga em si, mas com a personalidade do usuário. Como a competitividade é muito valorizada em nossa sociedade atual, a cocaína passou a ser a droga da moda, a “droga dos executivos”, que possibilita ao mesmo tempo um aumento de rendimento e uma diminuição (ou negação) do desgaste causado pela atividade desordenada e pelas frustrações que a vida moderna impõe. Isto a torna, para membros das classes mais favorecidas, uma droga bastante convidativa.



III – CONCLUSÃO

Drogas não têm efeito em si, mas em uma pessoa. Drogas não causam dependência, mas correspondem a um potencial de dependência humana, ligado à estruturação de personalidade de cada um. Assim, estudar efeitos de drogas psicotrópicas torna-se distinto de estudar mecanismos da ação e efeitos farmacológicos. Há que verificar-se a relação entre a ação de uma droga, a personalidade de um indivíduo e o meio em que ele está.

Classificações de drogas baseadas em seus efeitos farmacológicos são sempre falhas, desse ponto de vista. Conhecer as drogas é apenas um lado do estudo de toxicomanias.

BIBLIOGRAFIA

- BUCHER, R. (org.). **As drogas e a vida – uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo, EPU, 1988. 105p.
- EY, HENRY *et al.* Toxicomanos y toxicomanias in **Tratado de psiquiatria**. Madrid, Masson, 1975. p. 345-353.
- GRAEF, F.G. **Drogas psicotrópicas e seu modo de ação**. São Paulo, EDUSP/EPU, 1984.
- HUXLEY, Aldous. **As portas da percepção**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1969.
- OLIEVENSTEIN, C. **A droga**. São Paulo, Brasiliense, 1980.
- OLIEVENSTEIN C. *et al.* **A vida do toxicômano**. Rio de Janeiro, Zahar, 1983.
- VERBEKE, R. **Un dictionnaire critique des drogues**. Paris, Christian Bourgois Editeur, 1978.

AUTO-AVALIAÇÃO

Questão 1 (Objetivo 1)

A classificação das drogas por Lewin tem como base:

- a () seus efeitos
- b () suas características físicas
- c () sua composição química
- d () seu modo de uso

Questão 2 (Objetivo 1)

Liste a seguir as categorias de drogas segundo a classificação de Lewin:

Questão 3 (Objetivo 2)

Como se diferencia uma droga da categoria Euphorica de outra da categoria Excitantia?

Questão 4 (Objetivo 2)

Associe, escrevendo a letra correspondente nos parênteses, a categoria de drogas (coluna da esquerda) com seus exemplares (coluna da direita):

- | | |
|-----------------|------------------|
| (a) Phantastica | () álcool |
| (b) Hipnótica | () barbitúricos |
| (c) Inebriantia | () mescalina |
| | () éter |
| | () LSD |

RESPOSTAS

Questão 1:

A alternativa correta é a (a); confira no texto.

Questão 2:

Euphorica, Phantastica, Inebriantia, Hypnótica e Excitantia (em qualquer ordem).

Questão 3:

Uma droga da categoria Euphorica produz no usuário uma sensação de alegria, de bem estar; por outro lado, uma droga da Excitantia estimula o Sistema Nervoso Central, provocando, entre outros efeitos, falta de sono e de apetite.

Questão 4:

A sequência correta da coluna da esquerda é:

c – b – a – c – a.

3 AS DROGAS PERANTE A LEI

Priscila Fernandes Costa

OBJETIVOS

1. Explicitar diferenças implícitas na terminologia usada pelos textos legais.
2. Diferenciar as condições de “traficante” e “dependente” previstos na legislação.
3. Indicar aspectos em que a Lei nº 6.368/76 apresenta evolução em relação à lei anterior (Lei nº 5.726/71).
4. Indicar aspectos fortes e deficientes da Lei nº 6.368/76.

RESUMO

Nesta unidade faremos um breve percurso histórico pelos principais dispositivos legais criados no Brasil para fazer face ao incremento do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas. Vários diplomas legais foram criados, tentando adequar as matérias às convenções internacionais sobre os entorpecentes, bem como ao aumento do tráfico ilícito que acarreta uma economia marginal de grande monta. Essas medidas culminaram na criação de leis especiais que regulamentam o problema das drogas em nosso país. Criou-se a Lei nº 5.726/71 – conhecida como Lei Antitóxicos, substituída pela Lei nº 6.368/76, hoje o principal dispositivo legal que regulamenta a questão.

No que se refere à essa Lei Antitóxicos, discutiremos alguns aspectos que consideramos relevantes, principalmente aqueles referentes à prevenção, ao tratamento e aos crimes e penas previstos.

Trata-se de um tema complexo e de grande importância para que o problema da droga, mais especificamente no que se refere ao usuário, possa ser enfrentado com a seriedade e o respeito que merece. Embora o assunto não se esgote nesta unidade, pretendemos despertar a reflexão e a discussão.

I – INTRODUÇÃO

Se o problema de drogas, hoje, tem merecido cada vez mais a atenção das autoridades e da sociedade, ele não é, contudo, um privilégio do nosso tempo. A história da humanidade nos fornece o registro do uso de substâncias psicotrópicas desde os primórdios da civilização. Mas é incontestável que no século XX as drogas constituíram-se em um problema psicossocial pela disseminação incontrolável de seu consumo, o que faz com que toda a sociedade mundial reflita sobre esse problema, na procura de soluções que, se não o eliminam, pelo menos amenizam seus efeitos.

As drogas perante a lei brasileira (ver quadro 1)

No Brasil, foi somente após a Primeira Guerra Mundial que se iniciou um esforço mais efetivo das autoridades no sentido de oferecer meios de combate ao tráfico ilícito e ao uso indevido de substâncias entorpecentes.

Se voltarmos mais no tempo, observaremos que no **Código Criminal do Império** não havia qualquer menção ao assunto. Foi somente no **Regulamento de 29/09/1851** que surgiu a primeira referência à venda de medicamentos, ao tratar da política sanitária: *“As substâncias de propriedade estupefacientes estavam enquadradas no capítulo genérico das substâncias venenosas”* (Souza, N.F. de, 1970).

Seguindo a mesma linha de raciocínio, o **Código Penal de 1890**, em seu artigo 159, considerava crime contra a saúde pública *“expor à venda ou ministrar substâncias venenosas sem legítima autorização e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários”*. A pena, dada a pouca importância do delito, consistia apenas em uma multa.

A lei, o tráfico de drogas e o uso de entorpecentes

De fato, nossa legislação sobre o assunto sofreu, ao longo dos últimos anos, profundas mudanças decorrentes do

progressivo incremento do tráfico e uso de tais substâncias, atingindo em maior ou menor grau todas as camadas sociais. Vários diplomas legais foram criados desde então, com o intuito de conter o tráfico ilícito e o uso indiscriminado de drogas. Enumeraremos a seguir algumas medidas adotadas.

Em 28/04/1936, entra em vigor o Decreto nº 780, posteriormente modificado e alterado, criando a **Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes – CNFE**, subordinada ao Ministério de Relações Exteriores. Segundo Cordeiro de Farias, foi somente aí “que começou o Brasil a exercer uma campanha sistemática sobre o uso de entorpecentes (...)”

A CNFE possibilitou o surgimento do Decreto nº 891 de 25/11/1938, que dispunha sobre as substâncias entorpecentes em geral, sobre a produção, o tráfico e o consumo, sobre as infrações e suas penas, sobre a internação e a interdição civil, e criava comissões estaduais e territoriais nos moldes da referida comissão. Esse decreto constituiu-se, então, no texto básico que norteou toda a legislação posterior sobre a matéria.

Em 1/01/1942, entra em vigor o **atual Código Penal**, onde o problema das drogas é regulamentado com base no artigo 281, cap. III, intitulado “Dos Crimes Contra a Saúde”. Nesse artigo, o *porte de droga*, independentemente de sua quantidade e sem fazer distinção se para uso próprio ou para tráfico, acarretava uma pena de reclusão, sem direito a fiança e com condenação criminal.

O que se nos afigura importante aqui é o enfoque dado sobre a saúde tanto do indivíduo quanto da coletividade. Não cabe discutir neste texto se a saúde é um problema jurídico ou não, mas parece-nos que a preocupação das autoridades, no início, estava mais voltada para o bem-estar individual e social, enquanto hoje observamos também uma preocupação com a economia marginal que o tráfico de drogas acarreta.

QUADRO 1

EVOLUÇÃO DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

ENFOQUE DADO À SAÚDE

– Código criminal do Império		Nenhuma referência ao problema.
– Regulamento	29/09/1851	Política sanitária: substâncias entorpecentes incluídas entre as substâncias venenosas.
– Código Penal	1890	Crime contra a saúde pública: vender ou ministrar substâncias venenosas sem autorização. Pena: multa.
– Código Penal atual (Cap. III, art. 281)	01/01/1942	“Dos crimes contra a saúde”: o porte de drogas acarreta reclusão, sem fiança e com condenação criminal.

PREOCUPAÇÃO COM TRÁFICO ILÍCITO E ECONOMIA MARGINAL

– Decreto nº 780	1936	Cria a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE)/MRE.
– Decreto nº 891	1938	Dispõe sobre as substâncias entorpecentes (a produção, o tráfico e o consumo). Cria comissões estaduais.
– Decreto nº 4.270	1942	Fixa normas gerais para o cultivo de plantas entorpecentes e para extração, transformação e purificação de seus princípios ativos.
– Decreto nº 51.211	1961	Proíbe fabricação, comércio e uso de lança-perfume.
– Lei nº 4.451	1964	Altera o artigo 281 do código penal; acrescenta ao elenco de verbos configurados como delito o verbo PLANTAR .
– Decreto-lei nº 159	1967	Dispõe sobre as substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica. A relação das mesmas é de competência do SNFMM; venda mediante receita médica.
– Portaria nº 01 (SNFMM)	1968	Acrescenta novas substâncias à relação das consideradas entorpecentes, de acordo com decisão da Convenção Única sobre Entorpecentes (N.Y., 1961).
– Portaria nº 09 (SNFMM)	1968	Inclui, igualmente, novas substâncias tóxicas e entorpecentes, e distribuição de amostras dos mesmos.
– Decreto-lei nº 63.391	1968	Dispõe sobre fiscalização em laboratórios de substâncias entorpecentes, e distribuição de amostras das mesmas.
– Decreto-lei nº 385	1968	Altera artigo 281 do Código Penal e pune o uso de drogas.
– Portaria nº 08	1968	Regulamentam a produção e a comercialização de inúmeras substâncias e a prescrição das mesmas no socorro de urgência.
– Portaria nº 05	1969	
– Portaria nº 07 (SNFMM)	1969	

LEIS ESPECIAIS SOBRE O ASSUNTO

– Lei nº 5.726	29/10/1971	Lei Antitóxicos: modifica o Código Penal vigente; maior penalização a traficantes e usuários; internamento hospitalar para o dependente.
– Lei nº 6.368	21/10/1976	Atual Lei Antitóxicos. Três áreas fundamentais: educação, saúde e segurança.

Em 29/09/1942, o Decreto-lei nº 4.270 fixa “*normas gerais para o cultivo das plantas entorpecentes e para a extração, transformação e purificação de seus princípios ativo-terapêuticos*”.

Em 18/03/1961, surgiu o Decreto nº 51.211 proibindo “*a fabricação, o comércio e o uso de lança-perfume no território nacional*”, ainda em vigor.

A **Lei nº 4.451**, de 14/11/1964, altera o artigo 281 do Código Penal e acrescenta ao elenco dos verbos configurados como delito o verbo *plantar*.

Em 10/02/1967, o Decreto-lei nº 159 introduz nova alteração substancial, dispondo “*sobre as substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica*”. A relação dessas substâncias deverá ser feita pelo Serviço Nacional de Fiscalização em Medicina e Farmácia – SNFMF; a venda das mesmas “*só será permitida às farmácias mediante receita médica*”; a “*distribuição de amostras de produtos que contenham qualquer das substâncias fica sujeita à autorização especial do SNFMF*”.

Várias alterações foram efetuadas nessa lista. Após a **Convenção Única sobre Entorpecentes**, realizada em Nova York, em 1961, surge a Portaria nº 01, de 31/01/1968, do SNFMF, acrescentando novas substâncias e as especificando no Decreto-lei nº 159. A Portaria nº 09, de 19/06/1968, inclui, igualmente, novas substâncias no rol das consideradas entorpecentes.

Cabe mencionar, ainda, outras medidas adotadas. O Decreto-lei nº 62.391, de 12/03/1968, dispõe sobre a “*fiscalização em laboratórios da produção de substâncias tóxicas e entorpecentes, e distribuição de amostras desses produtos*”.

O **Decreto-lei nº 385**, de 26/12/1968, altera a redação do artigo 281 do Código Penal, punindo o *uso* próprio da droga.

As Portarias nº 08, de 19/06/1968, nº 05, de 20/02/1969, e nº 07, de 03/03/1969, do SNFMF, regulamentam a produção e comercialização de inúmeras substâncias, bem como a prescrição de receituário de entorpecentes no socorro de urgência.

A Lei Antitóxicos

Após todos esses dispositivos legais, criou-se, então, a **Lei nº 5.726**, de 29/10/1971, conhecida como **Lei Antitóxicos**, que veio modificar o Código Penal vigente, quanto ao seu artigo 281. A partir da promulgação dessa lei, observamos uma *penalização cada vez mais intensa* tanto dos traficantes quanto dos usuários (dependentes ou não), o que significou um retrocesso no que tange à questão dos usuários e dependentes e seu grau de penalidade previsto na lei (a estes cabia uma pena de reclusão de 1 a 6 anos).

Várias críticas desfavoráveis foram tecidas quanto a alguns dos preceitos da Lei nº 5.726, que não alcançavam, pois, os objetivos propostos. Cabe citar aqui o defeito de sua *inexeqüibilidade* (ou inaplicabilidade) quanto à necessidade do internamento hospitalar para os “viciados”: “*Afirmando-se que o internamento hospitalar dos dependentes era inexeqüível, colocou-se a lei, então baixada, na posição de ser havida como inepta para o fim que fora elaborada*” (Carvalho, H.V. de e Segre, M., 1978).

Os avanços da Lei nº 6.368

Surge, então, um novo diploma legal com o objetivo de aperfeiçoar a referida lei; trata-se da **Lei nº 6.368**, de 21/10/1976, **até hoje o principal instrumento legal para enfrentar o problema das drogas**. A atual Lei Antitóxicos representa um avanço em relação às legislações anteriores. Três áreas fundamentais estão incluídas como preocupação básica dos legisladores: educação, saúde e segurança.

O capítulo I da lei trata a questão da **prevenção pela educação**, adotando a tese de que a transmissão de conhecimentos científicos sobre as drogas já nas primeiras faixas etárias propiciará à juventude condições de autodefesa contra esse mal.

Quanto à área de **saúde**, o que está previsto é a obrigatoriedade do tratamento para o usuário e não mais da internação do dependente, ficando esta última a critério da autoridade médica.

No que se refere ao problema da **segurança**, a filosofia adotada é a da necessidade de uma repressão mais severa para o traficante, “com os postulados da finalidade social da pena” (Carvalho, H.V. de e Segre, M., 1978). Reconhece, igualmente, a figura do traficante-dependente, que deverá receber tratamento médico dentro do próprio estabelecimento penal.

Embora tentando corrigir falhas e buscando adequar a matéria, de forma mais completa, às convenções internacionais sobre os entorpecentes, a atual Lei Antitóxicos apresenta pontos críticos que merecem reflexão e discussão. Comentaremos, pois, alguns aspectos relevantes do referido dispositivo legal.

II – UMA QUESTÃO SEMÂNTICA

Droga, entorpecente e psicotrópico

Na ementa da Lei nº 6.368/76 encontramos o seguinte texto: “*Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de*

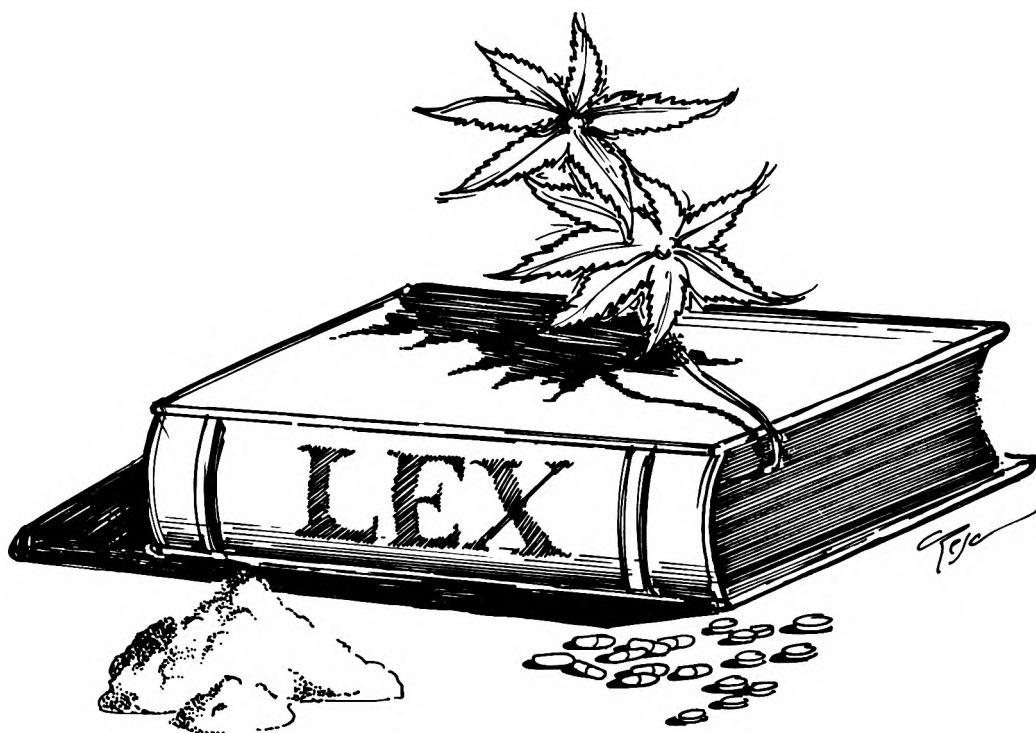
substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências”.

Chamamos a atenção, aqui, para o uso do termo “**entorpecentes**”, que restringe a extensão das substâncias nocivas à saúde dos indivíduos e da sociedade, e que a lei pretende abranger. Trata-se, de fato, de uma palavra já superada no vocabulário científico e que, quando muito, refere-se ao efeito de apenas algumas substâncias psicotrópicas.

De acordo com o Novo Dicionário Aurélio (1ª ed.), o termo significa: “que entorpece; qualquer substância tóxica e entorpecente que produz uma espécie de inibição dos centros nervosos da qual advém um estado de inércia física e moral; estupefaciente”.

Em farmacologia, os entorpecentes designam os psicotrópicos que têm por principal função embotar ou insensibilizar: trata-se principalmente dos opiáceos, designados também por “narcóticos”.

Embora muito utilizado pelas convenções internacionais que tratam da questão da droga (ver quadro 2), o termo aqui tem uma conotação generalizada e



QUADRO 2

TRATADOS, CONVENÇÕES E ACORDOS INTERNACIONAIS DE COMBATE AO TRÁFICO INTERNACIONAL DE DROGAS*

CONVÊNIOS INTERNACIONAIS		
1936 – Genebra	Convenção para a Repressão do Tráfico Ilícito de Drogas Nocivas (promulgada pelo Dec. 2.994/38).	Todos os países da Liga das Nações (hoje ONU).
1946 – Lake Success (USA)	Protocolo de Lake Success (promulgado pelo Dec. 27.648/49).	54 signatários.
1961 – Nova Iorque (USA)	Convenção Única sobre Entorpecentes (promulgada pelo Dec. 54.216/64).	Todos os países-membros da ONU.
1971 – Viena (Áustria)	Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (promulgada pelo Dec. 79.388/77).	
1973 – Buenos Aires	Acordo Sul-americano de Entorpecentes (promulgado pelo Dec. 79.455/77).	
II – ACORDOS BILATERAIS		
1977 – Brasil e Bolívia	Convênio de Assistência Recíproca para Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas (promulgado pelo Dec. 81.741/78).	
1978 – Brasil e Venezuela	Convênio de Assistência Recíproca para Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas (promulgado pelo Dec. 83.058/79).	
1978 – Brasil e Peru	Convênio de Assistência Recíproca para Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas (promulgado pelo Dec. 83.142/79).	
1980 – Brasil e Colômbia	Acordo de Assistência Recíproca para a Prevenção do Uso e do Tráfico Ilícito de Substâncias Entorpecentes e Psicotrópicas (promulgado em 1981).	

* Informações extraídas do livro Lei Antitóxicos – Aspectos Relevantes, José Cunha Linhares, ANSEF, Brasília, 1988.

designa todos os psicotrópicos cuja distribuição e consumo devem ser regulamentados, levando-se em conta sua presumida toxicidade.

Percebemos, contudo, que o uso inadequado dessa terminologia na legislação brasileira obedece a uma convenção da maioria dos países ocidentais, tais como os Estados Unidos, França, Suíça, Inglaterra etc. O fato de ser um termo de uso internacional não justifica, pois, que se continue a cometer o mesmo equívoco terminológico.

Para a opinião popular, entorpecente refere-se à droga em geral, sendo este

último termo igualmente vago e com conotações negativas idênticas. O conceito de **droga** recebeu ao longo dos séculos acepções diversas. Nos últimos anos, no entanto, tem sido utilizado, sobretudo, para designar as substâncias psicotrópicas usadas não com um propósito médico ou alimentar, mas por seus efeitos subjetivos. Da mesma forma, o termo se faz acompanhar de significações subjetivas e negativas, o que dificulta sua utilização em contextos que se pretendem objetivos.

Além do mais, na língua portuguesa, mais particularmente no Brasil, o termo

droga, no sentido figurado, significa *“coisa de pouco valor; coisa enfadonha, desagradável”* (Novo Dicionário Aurélio, 1986).

Portanto, se ao campo de ação da lei interessam todas as substâncias que, quando usadas de forma indiscriminada, provocam dependência física e psíquica, causando grandes danos tanto ao indivíduo quanto à sociedade, seria necessário e mais adequado, ao invés do termo entorpecente, o uso do termo **psicotrópico** (rever unidade nº 2).

Este refere-se a todas aquelas substâncias que atuam principalmente no psiquismo, causando alterações no funcionamento do sistema nervoso central. Tais alterações variam de acordo com o tipo e a quantidade do produto utilizado, além, é claro, de outros fatores que não cabem ser discutidos aqui.

Psicotrópico é, então, um termo cuja significação é clara e desprovida de qualquer conotação pejorativa ou laudativa; ele seria, portanto, de utilização mais adequada ao instrumento legal.

III – A PREVENÇÃO

(ver também unidades nº 6 e nº 7)

O capítulo I da Lei nº 6.368/76 dedica-se ao tratamento da questão da prevenção. Já em seu artigo 1º exorta a **participação comunitária** no combate às drogas, declarando que é dever de todos colaborar com as ações de prevenção. Reza o texto: *“É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica”*. Isto pretende deixar claro que a solução não deve ser de responsabilidade somente das autoridades, mas que o êxito no combate às drogas só será satisfatório se houver a participação efetiva da comunidade.

Porém, o que está previsto na lei, em termos de medidas preventivas, refere-se principalmente a três aspectos:

- repressão ao tráfico (artigos 1 a 4)
- inclusão do tema (mais especificamente no que se refere ao produto e seus efeitos) nos programas do curso de formação de professores, bem como nas disciplinas da área de “ciências naturais dos cursos de 1º grau” (artigo 5);
- regulamentação e fiscalização da produção, comercialização e uso de substâncias entorpecentes que causam dependência física ou psíquica em produtos farmacêuticos, o que é da competência exclusiva dos órgãos especializados do Ministério da Saúde (artigo 6).

A lei evidencia a repressão

Como podemos perceber, o que está mais em evidência como medida “preventiva” é a repressão ao tráfico. Sabemos que este é muito extenso e bem organizado, mas não podemos esquecer que reprimir o tráfico de drogas é apenas um pequeno aspecto no vasto campo de estratégias preventivas a serem desenvolvidas junto aos jovens.

Podemos nos perguntar, ainda, se é possível fazer uma repressão ao tráfico tão eficaz que consiga eliminar definitivamente todas as drogas entorpecentes. Ora, além de ser um “ideal” inviável, é também indesejável, pois muitas dessas substâncias são utilizadas pelas indústrias farmacêuticas ou químicas e, portanto, úteis ao ser humano.

Educação preventiva

No que se refere à educação preventiva, a visão da lei é que essa educação se dedique ao ensinamento de conhecimentos científicos sobre os malefícios das drogas. Ela visa atingir a escola, através da transmissão dos conhecimentos prestados pelos professores sobre os estragos das drogas no organismo. Uma objeção a ser feita a esse respeito refere-se ao fato de que a lei trata, prioritariamente, das chamadas drogas ilegais, quando os medicamentos, os solventes, o álcool e o tabaco – drogas perfeitamente legais – são, às vezes, mais nocivos aos consumidores do que certas drogas ilegais, além de serem mais acessíveis à população.

A dimensão do prazer

É certo que as drogas são prejudiciais ao organismo, mas não devemos esquecer que elas são, em primeiro lugar, elementos capazes de proporcionar prazer. A dimensão do prazer está totalmente ausente no nosso dispositivo legal, apesar de que é precisamente o prazer sentido nas primeiras tomadas da droga que o usuário tenta reencontrar em seguida. O desprazer e os malefícios só vêm muito depois, quando já se instalou a dependência. Parece-nos que é no prazer e na marca que este deixa na memória do indivíduo que se encontra o verdadeiro perigo das drogas. **A prevenção, então, deveria se concentrar na procura de alternativas de vida, que, embora sejam menos prazerosas, serão com certeza menos perigosas.**

No que diz respeito à formação de professores e à informação para alunos de 1º grau, estão previstos apenas pontos referentes ao produto e seus efeitos, restritos às disciplinas de ciências. Sabemos hoje, que a prevenção ao uso indevido de drogas extrapola de longe o aspecto informativo, exigindo ser inserida num contexto educacional mais amplo. Ultrapassa, igualmente, o enfoque no produto, sendo necessário desmistificar a droga como o único fator de peso na criação de farmacodependências.

Cabe perguntar por que a lei inclui o tema das drogas somente nos currículos de 1º grau? Será que os alunos dessa faixa etária são mais propensos ao uso de drogas? Ou será que são mais sugestionáveis por tais informações? A prevenção, para que seja eficiente, deve ser iniciada com crianças bem pequenas, é verdade, mas deve se estender, também, a adolescentes e adultos.

A lei não leva em conta, igualmente, a opinião das diversas camadas da sociedade a respeito do problema. Sabemos que a sociedade como um todo não é consensual com relação à repressão ao uso de drogas, e muitas vezes se levantam em favor da liberdade de cada indivíduo em optar pelo seu uso ou não.

Sem dúvida, a prevenção tem que assumir um caráter mais abrangente, incluindo também a criação de centros especializados no tratamento e no desenvolvimento de pesquisas biopsicossociais sobre o assunto.

IV – O TRATAMENTO E A RECUPERAÇÃO

(ver também unidade nº 8)

A Lei nº 6.368/76 dedica todo o segundo capítulo à questão do tratamento e da recuperação dos dependentes de drogas (artigos 8 a 11), prevendo que o dependente terá à sua disposição **estabelecimentos especializados** no tratamento da dependência que ele apresenta.

Necessidade e realidade

No entanto, o sistema de saúde do Brasil, através de sua rede hospitalar, não possui estabelecimentos especializados em abordar a dependência de drogas – a não ser do ponto de vista médico-biológico – que seriam acessíveis a todos. Parece-nos, então, que o dispositivo legal, aqui, não leva em conta as limitações da realidade brasileira, mas baseia-se apenas em pressupostos teóricos sobre a necessidade de tais instituições especializadas.

Nos chama a atenção, igualmente, a exigência de se submeter o usuário a **“tratamento obrigatório sob regime de internação hospitalar ou não”**. Sabe-se, no entanto, que a internação hospitalar, seja em manicômios judiciais ou em clínicas particulares, recorre sempre ao tratamento por outras drogas (legais), levando à recuperação apenas momentânea, ou, pior ainda, algumas vezes provocando novas dependências. Além de ser inadequado, segundo o que prescreve a lei, esse tratamento tem que ser obrigatório.

O momento do tratamento no processo de dependência

Temos aí um problema sério que merece a atenção das instâncias jurídicas. **A obrigatoriedade do tratamento vem ferir o princípio do voluntariado, importante para o êxito do tratamento.**



Sabemos que o tratamento do drogado não é um tratamento médico, no sentido estrito do termo, e tampouco a dependência de drogas, uma doença (outro equívoco da Lei nº 6.368/76, artigo 10, parágrafo 2, onde há referência à obrigatoriedade do **Código da doença**).

Trata-se, de fato, de implementar uma abordagem psicoterápica que vise mais as “causas” do consumo de drogas, ou seja, as razões ou motivos (conscientes e inconscientes) que estão influenciando no consumo e, depois, na dependência dos tóxicos. Esse trabalho só pode ser levado a termo a partir de um **pedido explícito de ajuda**.

Vale ressaltar, igualmente, que o tratamento médico vem, então, substituir a pena privativa de liberdade, desde que constatada a dependência.

No capítulo IV, artigo 22, da Lei nº 6.368/76 está previsto um exame pericial para comprovar a dependência. Esse exame refere-se unicamente ao aspecto toxicológico, que, por si só, não tem condições de indicar se existe

dependência ou não. Da mesma forma, o processo a que o indivíduo responde só será arquivado após a constatação de que a recuperação ocorreu.

De fato, sabemos que constatar uma certa dosagem de droga no organismo não significa que o indivíduo seja dependente; ele pode mesmo estar usando a droga pela primeira vez. Da mesma forma, o fato de o indivíduo parar de usar a droga – seja de forma espontânea, seja por imposição das contingências – não implica necessariamente em recuperação. *Cabe lembrar aqui que a dependência de drogas só pode ser entendida enquanto encontro de uma personalidade com um produto, em um contexto sócio-cultural definido.*

V – OS CRIMES E AS PENAS PREVISTOS

No capítulo III da Lei nº 6.368/76 encontramos os artigos que tratam dos

crimes previstos, bem como das penas pertinentes a estes.

O tráfico e o uso das drogas

A atual Lei Antitóxicos representa um avanço em relação às legislações anteriores, inovando principalmente em dois aspectos, a saber: a distinção penal entre tráfico ilícito (com pena de 3 a 15 anos de reclusão) e uso de drogas (com pena de 6 meses a 2 anos de reclusão), e a ênfase na necessidade de medidas preventivas e terapêuticas.

É evidente que a atual legislação buscou adequar a matéria, de forma mais completa, às convenções internacionais sobre os entorpecentes; porém, no que diz respeito à tipificação penal *“nós nos deparamos com uma preocupação em tratar o comportamento toxicomaniaco de forma meramente repressiva, levando, às vezes, a aplicações alheias à adequação da disciplina, bem como às particularidades do público consumidor de drogas”* (Aragão, 1984).

Torna-se urgente, então, uma distinção mais precisa no que diz respeito ao tráfico e ao uso de drogas, distinção esta que implica na descriminalização do usuário, como veremos mais adiante.

Quanto à tipificação penal, a Lei nº 6.368/76 distingue quatro grandes grupos, abrangidos nos artigos 12, 13, 15 e 16. Aqui nos interessa, particularmente, o primeiro e o último destes artigos.

O **artigo 12** refere-se a todas as condutas relacionadas à produção e ao tráfico de substâncias entorpecentes. O **artigo 16** impõe pena ao usuário, inclusive o eventual ou experimentador, embora não faça alusão à figura própria do uso, mas somente ao porte e à posse de drogas. Daí vários tribunais terem entendido que o uso de drogas, por si só, não configura crime. Quando nós nos dispomos, então, a examinar esses dois artigos, vemos que a distinção entre **uso** e **tráfico** é bastante frágil, o que acarreta **interpretações ambíguas em sua aplicação**.

Inclui-se entre os traficantes o indivíduo que fornece, mesmo que gratuitamente, substâncias entorpecentes, abstraindo-se daqui o aspecto puramente mercadológico da oferta. Traficância, portanto, não é estritamente a atividade de venda do produto, mas inclui formas não remuneradas e mesmo eventuais de oferta.

Tal fato abre espaços para o abuso de poder, uma vez que o agente policial ou judicial vê-se com todas as possibilidades de barganha diante dos usuários, podendo enquadrá-los, de acordo com o seu arbítrio, tanto no **artigo 12** (tráfico), quanto no **artigo 16** (porte e posse). Isto, além de facilitar a corrupção, nos coloca diante de um problema importante. Dependendo da forma como a lei é aplicada, corre-se o risco de estigmatizar o jovem usuário, agravando uma problemática no início muito mais individual e existencial, pois, de repente, ele se vê processado como traficante.

Quanto às penas aplicadas ao usuário, sem distinção a respeito do grau de envolvimento do indivíduo com a droga, para a lei o uso de drogas não configura crime, mas pressupõe a posse e o porte de drogas, que são caracterizados como crime. O uso pessoal é situado no **artigo 16** como fim ou causa das demais ações.

Alguns autores defendem a necessidade de se incluir na lei a ingestão de tóxicos como conduta delituosa.

Surge aqui uma questão primordial: haverá de se punir o usuário eventual de tóxicos? A resposta exige, sem dúvida, meditação extrajurídica quanto às consequências psicossociais do consumo.

Segundo o jurista Eugênio Aragão, *“parece que dois atributos clássicos da personalidade delinqüencial entram em jogo quando se trata do consumo de drogas: a insensibilidade ética e a violência comportamental, ambas constantemente invocadas como consequência do fenômeno”*. E continua: *“Ora, a moral dominante é ambígua com relação à violência, uma vez que permite e incentiva a violência policial sem,*

contudo, atribuir-lhe a pretensa personalidade criminógena. No entanto, o consumo de drogas, para a justiça, implica em personalidade criminógena, mesmo quando se trata de drogas inibidoras, como aquelas usadas nos hospitais psiquiátricos com o intuito de inibir esse tipo de personalidade”.

Parece-nos, então, que a repressão ao uso de drogas não se baseia em dados científicos, pois não está fundamentada de forma consistente, mas baseia-se em pressupostos muito mais ideológicos.

Neste ponto nós nos deparamos com um aspecto que tem levantado muita polêmica junto às autoridades brasileiras e à população em geral, isto é, a descriminalização do uso de drogas.

VI – A QUESTÃO DA DESCRIMINALIZAÇÃO

O termo peca por certa impropriedade terminológica, uma vez que, na opinião dos juristas, o uso de entorpecentes não constitui crime face à legislação em vigor. Mas sem querer entrar muito na questão semântica, cabe esclarecer o que se pretende com a descriminalização.

A diferença entre a descriminalização e a liberação

Muitos têm confundido a descriminalização com a liberação da droga. O significado da primeira palavra diz respeito a despenalizar (não mais tornar alvo de sanção penal) o indivíduo que porta a droga para uso próprio, não importando se tratar de um usuário ocasional ou de um dependente. O segundo termo refere-se a uma medida mais ampla que despenaliza a produção e comercialização dos tóxicos.

Não se trata, portanto, de liberar a droga. Esta deve continuar como ilegal, tendo portanto que ser reprimida. Trata-se, no entanto, de tirar da pessoa do usuário o estigma de criminoso, pois não é penalizando o usuário ou dependente que se resolverá o problema. A estes últimos cabe aplicar medidas preventivas e/ou terapêuticas, e não medidas legais, que em geral só incentivam um ingresso mais profundo na carreira do consumo e da dependência.

Este é um problema complexo, que envolve várias facetas desde o ponto de vista moral, policial, individual e social.

“O ponto de partida da proposta de descriminalização da droga, portanto, é a observação de que seu consumo não deve ser objeto de tratamento policial, embora, igualmente não se afigure desejável a proliferação indiscriminada do uso” (Toron, 1986).

Com isto, pretende-se duas coisas: que a lei penal não incida sobre os usuários que, ou fazem um uso não problemático ou, ao contrário, merecem apenas tratamento especializado no combate ao abuso; que haja um esclarecimento permanente à população sobre as conseqüências do uso de drogas.

Trata-se, no entanto, de um obstáculo difícil de transpor, pois nós nos defrontamos com o preconceito social existente no tocante à toxicomania. Esse preconceito “*transforma a discussão quase sempre em pregação de fundo dogmático, perdendo-se ou na atitude intransigente da linha jurídica estrita ou, ao contrário, nos lugares comuns dos que defendem a liberação indiscriminada do uso de drogas. Ambas as atitudes são contraproducentes e não permitem a superação dialética da questão, pois a discussão exige que diferenciemos situações diante das perspectivas distintas dos que se envolvem com o consumo de drogas*” (Aragão, 1984).

A descriminalização do uso de drogas, em nosso entender, poderia ser, por um lado, *fator de integração* do usuário na sociedade, por outro lado, acabaria com o **estigma marginalizante** da droga.

O DECRETO Nº 78.992

Para concluir nosso tema, cabe citar que a Lei nº 6.368/76 foi regulamentada pelo Decreto nº 78.992, de 21/12/1976, que traz algumas inovações, tais como:

– o estabelecimento de censura em relação a tudo que possa significar exteriorizações sobre drogas. Essas

exteriorizações só podem ser feitas mediante autorização do **CONFEN (Conselho Federal de Entorpecentes)**, órgão coordenador e definidor da política nacional do combate às drogas;

– enfatiza a competência da Polícia Federal para a censura de espetáculos e diversões públicas, com o intuito de evitar cenas ou atrações que possam, ainda que de forma velada, suscitar o interesse pelas drogas;

– a proibição da distribuição de amostras grátis de substâncias entorpecentes, visando reduzir a disponibilidade da droga no mercado; aqui inclui-se também a proibição de publicidade comercial de drogas sujeitas a regime especial de controle, evitando, assim, o uso indiscriminado das mesmas.

VII – CONCLUSÃO

Estes são apenas alguns aspectos que gostaríamos de ressaltar em relação à lei que regulamenta o tráfico e uso de drogas em nosso país. Estamos cientes de que a questão não se esgota aqui, mas o objetivo deste curso é despertar a discussão sobre o assunto.

A nosso ver, a lei que regulamenta a questão da droga deve estar atenta à complexidade desta. Evidentemente, essa lei por si só não poderá equacionar o problema, uma vez que este extrapola o âmbito judicial, mas poderá dar novos rumos quanto às atitudes da sociedade diante da presença de drogas, em geral, e de pessoas dependentes de drogas, em particular.

BIBLIOGRAFIA

ARAGÃO, E.J.G. **A questão da descriminalização do uso e porte de entorpecentes.** Palestra proferida no Simpósio sobre drogas, toxicomania e sociedade. Brasília, UnB, outubro de 1984. (não publicado).

BUCHER, R. e COSTA, P.F. A abordagem terapêutica do toxicômano. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 31:113-130, s.d.

CARVALHO, M.V. de e SEGRE, M. **Tóxicos – comentários à recente Lei nº 1.388/76.** São Paulo, Jalovi, 1978.

CASTILHO, A. **A legislação internacional sobre tráfico e abuso de drogas.** Palestra proferida no “Simpósio sobre drogas, toxicomania e sociedade”. Brasília, UnB, outubro de 1984. (não publicado).

ENTORPECENTES. Ministério da Justiça. Brasília, 1981. (Coleção Textos Legais, v. IV).

LINHARES, J.C. **Lei antitóxicos, aspectos relevantes.** Brasília, ANSEF, 1988.

———. **Polícia judiciária – federal e estadual.** Brasília, COMEPI/IOCE, 1984.

SABINA, M. (org.). **Maconha em debate.** 2 ed., São Paulo, Brasiliense, 1985.

SILVA, B.L. **Aspectos legais do problema de entorpecentes.** Palestra proferida no “Simpósio sobre drogas, toxicomania e sociedade”. Brasília, UnB, outubro de 1984. (não publicado).

SILVA, J.A.R. Lei antitóxicos: considerações críticas a respeito do capítulo referente ao tratamento e recuperação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 29(5): 373-377, 1980.

SOUZA, Ney Fayet de. Análise da legislação brasileira a respeito do tráfico de drogas. **in Anais do fórum de debates sobre o uso e tráfico de substâncias tóxicas ou que causam dependência física ou psíquica.** Porto Alegre, 1970.

TELLES, Celso. Aspectos jurídico-policiais da toxicomania em **Drogas e drogados – o indivíduo, a família, a sociedade.** São Paulo, EPU, 1982.

TORON, A.Z. Alguns aspectos sócio-jurídicos da maconha. **Diamba-Sarabamba (coletânea de textos brasileiros sobre a maconha).** Org. por A. Henman e O. Pessoa Jr. São Paulo. Ground, 1980.

AUTO-AVALIAÇÃO

Questão 1 (Objetivo 1)

Segundo a autora do texto, os termos “droga”, “entorpecente” e “psicotrópico” têm o mesmo significado.

() Certo

() Errado

Questão 2 (Objetivo 1)

Enquanto o termo “psicotrópico” descreve a **ação** de uma dada substância sobre o Sistema Nervoso Central, o termo “entorpecente” descreve os **efeitos** dessa substância.

() Certo

() Errado

Questão 3 (Objetivo 2)

O traço que configura o traficante de drogas sob o aspecto legal é a ação de **vender** uma droga.

() Certo

() Errado

Questão 4 (Objetivo 3)

No que se refere ao aspecto da **saúde do usuário** de psicotrópicos, enquanto a Lei nº 5.726/71 determina_____

_____, a Lei 6.368/76 determina

Questão 5 (Objetivo 4)

No que se refere à **prevenção** das drogas, um aspecto positivo da Lei nº 6.368/76 é

_____;

_____; por outro lado, constitui uma limitação da mesma lei_____

RESPOSTAS

Questão 1:

Errado. A autora explica que os três termos têm significados e ênfases diferentes.

Questão 2:

Certo. O termo “psicotrópico” descreve a ação que uma substância exerce (tropismo = atração sobre) no psiquismo de um indivíduo.

Questão 3:

Errado. O traficante é basicamente o portador que conduz, leva consigo uma certa quantidade de droga.

Questão 4:

Enquanto a Lei nº 5.726/71 determina a internação hospitalar do usuário, a Lei nº 6.368/76 determina o **tratamento** do mesmo.

Questão 5:

Um aspecto positivo é a inclusão da instrução sobre psicotrópicos nos currículos escolares, por exemplo. Nessa mesma linha, a lei é deficiente, por exemplo, ao omitir o fumo, os medicamentos e a bebida alcoólica como formas de abuso ao organismo.

Outras respostas a essa questão são igualmente admissíveis. Por exemplo, a lei se refere unicamente aos aspectos farmacológicos do uso das drogas (consequências sobre o organismo), deixando de lado aspectos sociais ou pessoais do usuário.

4 A FASE ADOLESCENTE E AS MOTIVAÇÕES PARA A DROGA

Jozenir Alves de Oliveira

OBJETIVOS

1. Explicar a dependência de drogas como um fenômeno tridimensional.
2. Dimensionar o uso de drogas segundo diversas categorias de intensidade e frequência.
3. Exemplificar as características psicossociais principais da adolescência.
4. Relacionar características da adolescência com práticas sociais dos jovens.

RESUMO

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?

Essas e outras questões serão discutidas nesta unidade, onde tentaremos mostrar que idéias preconcebidas de nada valem, e que é a partir de um conhecimento do indivíduo e de seu processo no mundo que iremos poder atuar de forma compreensiva e não-condenatória.

O uso de drogas pelo adolescente muitas vezes vem denunciar uma série de insatisfações em relação ao mundo, aos adultos e à sociedade. É comum a reação de choque e medo por parte dos adultos. Mas será que não é exatamente isto que o jovem usuário de drogas pretende?

I – 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 de difícil resposta, se pensarmos que não podemos generalizar uma explicação 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 que circula na sociedade como um todo é a idéia de 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.

Ora, tal concepção é totalmente desprovida de fundamentação e é fruto da fantasia que poderíamos chamar de “o monstro da droga”. Ou seja, significa uma forma de encarar a questão da toxicomania como se ela fosse um problema atribuível apenas à droga. Acreditamos que *não é apenas o produto que intervém na dependência, mas também o indivíduo com a sua personalidade e o seu corpo, bem como o momento desse indivíduo dentro da sociedade, o seu lugar, o seu espaço, enfim, a sua inserção dentro da cultura.*

A utilização das drogas

Em matéria de consumo de drogas, parece que somos sempre levados a engolir idéias prontas, explicações construídas no sentido de escamotear suas verdadeiras causas. Isto talvez porque a droga em si remete-nos a questões que são de difícil aceitação, como por exemplo, a questão do prazer e da morte. Torna-se, então, difícil encararmos a existência de pessoas que usam drogas e levam uma vida normal, ou seja, trabalhando, estudando, convivendo com a família etc.

Partindo de tais constatações, analisamos 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/toxicômano.

Descrevemos a seguir cada um deles.

O EXPERIMENTADOR

É o indivíduo que usa a droga uma ou duas vezes para experimentar, e pronto, a coisa fica por aí. Esse primeiro contato com a droga se dá **principalmente por curiosidade**. Como diz Coelho Neto (1962): “O homem, por curiosidade, desceria ao fundo do inferno se lhe descobrisse o caminho, ainda que ele fosse assoalhado de piche ardente”.

A curiosidade em relação à droga dá-se a partir do momento que o jovem se defronta cotidianamente com essa questão. Os pais geralmente tratam essa questão como verdadeiro tabu, ou então, proibindo, amedrontando; os meios de comunicação, por sua vez, falam do tráfico, da ação policial; os colegas, por outro lado, falam da própria experiência, do “barato”, da “curtição” ou mesmo do “bode” (experiência ruim). É, portanto, natural que diante de tantos dados o jovem pense: “Como será?” E daí para a experiência é apenas um passo.

Outros fatores podem também contribuir para que o jovem chegue a experimentar drogas, como por exemplo, para ser melhor aceito em determinados grupos, pelo desejo de viver experiências diferentes, sair da rotina etc.

O importante em tudo isto é nos atermos ao fato de a maioria das pessoas que experimentam drogas usarem-na uma ou poucas vezes e pararem. É como se, não havendo mais nem curiosidade nem sedução do novo e do segredo, não existisse mais necessidade de recorrer a ela.

O USUÁRIO RECREATIVO

“Fumar maconha prá mim é uma diversão diferente. Só conta o momento, o agora, e tudo que pintar é festa”.

“É uma coisa legal, mas não é a coisa mais legal do mundo”.

Neste grupo estão aquelas pessoas que utilizam um ou vários produtos de maneira esporádica. A droga é utilizada de forma hedonística, por causa da simples e pura satisfação que ela proporciona momentaneamente à pessoa.

Explicar tal uso, torna-se bem mais fácil se fizermos uma analogia com o uso do álcool. A maioria das pessoas faz uso de álcool de forma recreativa, ou seja, nos fins de semana ou em ocasiões especiais, como festas e comemorações. É o famoso “beber socialmente”.

Da mesma forma, existe um uso de drogas mais social, ocasional. Nesses casos, a droga pode funcionar como um “quebra-gelo” das relações sociais, como um “adesivo” a determinados grupos, como uma maneira de “animar” a festa.

Não podemos, aqui, falar numa dependência, se pensarmos que o uso ocasional da droga altera pouco a vida do indivíduo, além do que a droga só é utilizada quando o ambiente é favorável e quando é facilmente disponível, **não existindo uma procura ativa nem tampouco a realidade de não se poder passar sem ela.**

O USUÁRIO HABITUAL

“Uso a droga todo dia porque me sinto bem com ela, me deixa mais sensível para realizar certos trabalhos, como ler e escrever.”

“A droga aumenta minha percepção, fico mais comunicativo, menos tímido.”

“A droga atua em mim como um tranquilizante; fico em paz comigo mesmo, com a vida e com os outros.”

Existe, nesse caso, um uso reiterado do produto; porém, sendo ainda controlado, já se observa que esse uso começa a alterar as relações do indivíduo, a nível afetivo, familiar e profissional.

A droga funciona para essas pessoas como um “modus vivendi”, um estilo de vida alternativo. **Há uma busca da droga ativa e sistematicamente, pois é a partir do uso da droga que o indivíduo consegue funcionar.** É, poderíamos dizer, o limite do estado de dependência, pois a vida é mantida lado a lado com a droga e/ou até mesmo por causa dela.

As motivações de tal uso são muito subjetivas; deve ser levado em consideração o que a droga está significando na vida da pessoa, que lugar ela está ocupando. Algumas pessoas alegam que só conseguem dormir depois de terem usado tal e tal produto. Outras alegam que não conseguem trabalhar, ler, fazer amor se não utilizarem a droga.

Instala-se, assim, uma relação fetichista com a droga semelhante àquela que faz com que certas pessoas só consigam dormir com determinado lençol ou travesseiro. Dessa forma, o hábito ocorre de maneira tenaz, cujo rompimento ocasiona um verdadeiro desequilíbrio na vida da pessoa. É nesse sentido que pensamos que uma intervenção já se faz necessária.

O DEPENDENTE OU TOXICÔMANO (rever unidade nº 2 – “O Conceito de Dependência”)

“A droga me ajuda a enfrentar situações, a enfrentar a vida. Cheguei ao ponto de fazer tudo por ela.”

“Não consigo dominar a vontade de fumar, que é para mim a única forma de esquecer o que me faz sofrer.”

“A droga e nada mais...”

Para o dependente, a única forma de relação possível que ele mantém na vida é com a droga. Estão cortadas as relações com a família, com o trabalho, com o social. **Tudo que o indivíduo realiza é com a finalidade última de conseguir a droga;** ele vive, trabalha e até rouba para consegui-la.

Num primeiro tempo, para o toxicômano, a droga e ele são uma coisa só, onde o prazer solitário é visto como uma espécie de completude, de fusão consigo mesmo, de perfeição, onde o que conta é o momento, o instante de prazer onde ele, drogado, tudo pode e tudo é. É a fase denominada “lua-de-mel”. O encontro com o outro está impedido, uma vez que é como se não precisasse de nada e de ninguém, como se por um instante experimentasse a sua completude ilusória, pois sabemos que só com a morte isto é possível.

A “lua-de-mel” com a droga se finda quando o sujeito começa a experimentar estados de falta do produto (rever unidade nº 2 – Quadro da sintomatologia da síndrome de abstinência). Ou seja, quando ele se percebe nu e desprovido de tudo sem a droga; só, perdido e escravo de sua necessidade de se completar.

Já vimos que muitos usam e experimentam drogas, mas que só alguns tornam-se dependentes. É verdade que muito já se falou sobre a possibilidade de existir uma espécie de predisposição genética à toxicomania, ou uma personalidade ou ainda uma identidade de toxicômano. Todas estas são tentativas de explicar o porquê da existência de tais pessoas que se tornam toxicômanos. Como se fosse possível achar uma única causa que fosse responsável por um fenômeno que sabemos ser tão complexo...

Acreditamos que para se fazer um toxicômano, é necessário que haja um encontro de uma personalidade fragilizada ou mesmo com sérios problemas pessoais e/ou familiares, com um momento social e cultural sem grandes perspectivas e, finalmente, um produto que proporcione a essa pessoa satisfação momentânea ou uma forma de esquecer as dificuldades da vida.

CONCLUSÃO

Um dos objetivos dessa apresentação foi desmistificar o tabu da droga. Cremos ser uma pretensão um tanto exagerada, fundamentada no pensamento de que uma postura alarmista diante da droga só vem a dificultar as condições que poderíamos ter de avaliar o problema em todos os seus aspectos.

É importante que se frise a relevância de distinguir diferentes tipos de usuários de drogas. É a partir dessa realidade que poderemos trabalhar de forma preventiva (rever unidade nº 6), principalmente com a população adolescente, que geralmente se encontra nos estágios do uso ocasional ou da experimentação.

E mesmo para aqueles que se tornaram toxicômanos, não devemos nos posicionar como se nada pudéssemos fazer; como diz Olievenstein, (1980): *“Na Idade Média havia a lepra, nos tempos*

modernos, a loucura; amanhã, a toxicomania. Se não tomarmos cuidado, nós iremos rejeitar, internar novamente, todo um grupo social cujo crime consiste em não estar dentro da lei do momento. Mas, ao fazê-lo, estaremos assassinando a nós mesmos, porque estamos falando, simplesmente, de nossos filhos”.

II – 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 mais ser transmitidos. Nesse abismo entre as gerações, as drogas são mais um sintoma, um discurso ao mundo”.

Claude Olievenstein

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 o adolescente a querer conhecer as drogas.

Segundo John Conger, em seu livro **Adolescência – geração sob pressão** (1976), *“a maioria dos adolescentes apenas experimenta a maconha ou a usa moderada e ocasionalmente, e não diferem muito dos outros jovens no que se refere a ajustamento emocional”*. E ainda: *“Estudos realizados com jovens consumidores de múltiplas drogas sugerem que o consumo excessivo é principalmente uma decorrência, e não causa de dificuldades psicológicas e sociais”*.

É a partir desse dado, a existência de um uso inicial de drogas na adolescência, que 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.

Abordaremos, pois, algumas características gerais que fazem parte do processo normal da adolescência, apresentando, posteriormente, o uso de drogas nessa fase específica. Uso este que muitas vezes faz parte dos questionamentos do adolescente, onde ele põe à prova o mundo, seus pais e ele mesmo. Acreditamos que, a todos que lidam com o adolescente, torna-se imprescindível conhecer o que se passa nesse período, o que favorecerá uma atitude compreensiva e desprovida de preconceitos, ao invés do alarde e do descaso, atitudes extremadas que pouco acrescentam.

1 – Aspectos gerais da adolescência

Literalmente, adolescência (latim, “ad”: a, para a + “descere”: crescimento)

significa o processo de crescimento. Em termos meramente 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.

A idade

Isto não quer dizer, no entanto, que um rapaz de 26 anos, por exemplo, não é mais adolescente: existem dentro dessas faixas etárias grandes variações. Como fala Peter Blos em seu livro **Adolescência – uma interpretação psicanalítica** (1985): *“Ainda não há um acordo social na cultura ocidental quanto à idade na qual o indivíduo deixa de ser criança, ou deixa de ser adolescente e se transforma em adulto. A definição etária da maturidade variou em diferentes épocas, e, hoje, varia totalmente em diferentes*



locais. As leis estaduais diferem consideravelmente quanto à definição da idade da suficiência econômica, bem como da idade adequada para tirar carteira de motorista, para se casar e para ter responsabilidade criminal. Não é de se espantar que, nessas condições sociais flexíveis e contraditórias, a própria juventude tenha criado formas peculiares e padrões de experiência próprios. Cultura da juventude ou cultura dos pares são expressões idiomáticas das necessidades adolescentes. O adolescente foi forçado, por assim dizer, a um modo de vida escolhido e feito por ele mesmo. Todos esses esforços da juventude são tentativas de transformar um acontecimento biológico em experiência psicossocial”.

Sem nos atermos ao critério da idade cronológica, é a puberdade que marca o início da adolescência, e, citando Aurélio B. Holanda, temos sobre a puberdade: “*É o conjunto de transformações psicofisiológicas ligadas à maturidade sexual, que traduzem a passagem progressiva da infância à adolescência*”.

Nesse momento da vida, torna-se acentuado um movimento contraditório que acende uma verdadeira luta interna travada pelo indivíduo na busca de sua independência, ocorrendo uma situação de real impasse para o adolescente, onde existe uma oscilação entre o desejo de conservar o mundo confortável de sua infância e a necessidade imperiosa de adquirir a sua autonomia.

O corpo

As mudanças psicológicas que ocorrem nesse período são, em grande parte, decorrentes de mudanças a nível do corpo do adolescente. As transformações corporais são maiores e principalmente mais visíveis, sendo que estas basicamente caracterizam a puberdade. E é justamente esse óbvio do corpo que cresce que vai ser assinalado, muitas vezes de forma insistente, principalmente pelos adultos,

exigindo do adolescente que exiba um comportamento adulto, o que leva frequentemente à manifestações defensivas, geralmente de conservação de suas atitudes infantis e de um movimento contra seu próprio crescimento.

O crescimento em altura dá-se, muitas vezes, de forma rápida e desproporcional. A criança que até então vinha realizando o desenvolvimento do seu corpo de forma lenta e gradual vê-se confrontada, muitas vezes sem ter sido preparada para isto, com a necessidade de integrar todas as alterações corporais que estão lhe ocorrendo. É justamente por esse motivo que vemos o adolescente queixar-se de sensações de “estranheza”, de estar habitando um “corpo desconhecido” que insiste em se fazer presente.

2 – As perdas da adolescência

Ser um adulto significa, para o adolescente, perder a sua condição de criança. Contudo, para deixar de ser criança, não se trata simplesmente de passar por uma série de mudanças corporais, pois, como já observamos anteriormente, não são a idade cronológica nem tampouco a parada de crescimento critérios suficientes para indicar se o indivíduo está física e psicologicamente maduro. **A maturação física e psíquica** depende das influências internas de cada pessoa, bem como das influências do meio onde ela vive.

No que diz respeito ao desenvolvimento psicológico do adolescente, destacamos a importância do estabelecimento de uma nova relação com os pais e com o mundo, para que ele possa ser considerado um adulto.

Segundo Aberastury – **Adolescência normal** (1981), essa nova relação só vai ser possível quando o adolescente elaborar os “lutos da adolescência”, que são reações a uma série de perdas pelas quais passa todo indivíduo nessa fase do desenvolvimento.

Esses lutos seriam basicamente três: o luto pelo corpo infantil, pela identidade infantil e pela relação com os pais na infância. Falaremos, então, sobre cada um deles.

O luto pelo corpo infantil

Como decorrência de uma série de mudanças biológicas características desse período do desenvolvimento, o adolescente vê-se obrigado a suportar, passivamente, toda uma série de transformações em sua estrutura física. O “não poder fazer nada” em relação a esse corpo que se modifica é sentido como uma profunda impotência. Esse sentimento de impotência favorece o mecanismo de **deslocamento da rebelião**, que, ao não poder expressar-se contra o corpo que se modifica, manifesta-se na esfera do pensamento. Observamos, então, o predomínio de uma intelectualização onipotente, que é expressa numa postura provocadora do adolescente, onde ele é o dono da verdade.

Ana Freud, em **O ego e os mecanismos de defesa** (1983), mostra como se encontra o pensamento adolescente: “As discussões e especulações intelectuais em que os adolescentes se deliciam não constituem tentativas autênticas para a solução das tarefas impostas pela realidade”.

E ainda em Aberastury (1983) temos: “No adolescente normal, esse manejo das idéias serve também para substituir a perda de seu corpo infantil e a não aquisição da personalidade adulta, por símbolos intelectualizados de onipotência, reformas sociais e políticas, religiosidade, onde ele não está diretamente comprometido como pessoa física (já que neste estado se sente totalmente impotente e incômodo), mas como entidade pensante”. Podemos concluir que é necessário tempo e paciência para que o adolescente possa aceitar o seu corpo que está mudando, elaborando aos poucos a perda do seu corpo infantil.

O luto pela identidade infantil

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 do visível, da realidade, a 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 sujeito sofre um **“fracasso de personificação”** (Aberastury, 1981). Dessa forma, a divisão do adolescente aparece quando ao grupo ele atribui as suas qualidades e aos pais, a responsabilidade e as obrigações por sua sustentação. Como coloca Maurício Knobel, 1981: “Assim, podemos nos explicar uma característica típica da adolescência, a falta de caráter, surgida desse fracasso de personificação, que por sua vez o leva a confrontos reverberantes com a realidade; um contínuo comprovar e experimentar com objetivos do mundo real e da fantasia que se confundem também, permitindo-lhe, por sua vez, despersonificar os seres humanos, tratando-os como objetos necessários para as suas satisfações imediatas. Essa desconsideração por seres e coisas do mundo real faz com que todas as suas relações objetivas adquiram um caráter, embora intenso, sumamente frágil e fugaz, o qual explica a instabilidade afetiva do adolescente, com suas crises passionais e seus arroubos de indiferença absoluta”.

O processo de pensamento começa a funcionar de acordo com as características grupais. E podemos perceber a **importância do grupo**, da turma, da “patota”. É lá, no grupo, que o adolescente sente-se aparentemente seguro, participando da atuação, responsabilidade e culpa grupais, não existindo, no entanto, uma responsabilidade pessoal.

O luto pela relação com os pais na infância

Como dissemos anteriormente, o adolescente necessita renunciar à relação infantil de dependência para poder encontrar a sua identidade de adulto. E nesse caminho ocorre uma das perdas mais significativas para o adolescente, que é a perda dos pais da infância.

Para a criança, os pais são vistos como perfeitos, sem erros, fraquezas ou problemas, provedores de segurança. É na adolescência que ocorre a constatação de que os pais nunca foram realmente tudo

aquilo profundamente idealizado durante a infância. Assim, o adolescente entra em choque com os pais, contestando, inclusive, a autoridade destes.

O adolescente precisa fazer o 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 vinculam ambas as partes. É importante ressaltarmos que este é um luto particularmente difícil, pois observa-se que, tanto do lado dos filhos quanto dos pais, todo distanciamento é ressentido como abandono. **Que o adolescente não ponha mais seus pais sobre o pedestal no qual eles foram colocados, não quer dizer que os ame menos, mas sim, que tem necessidade de encontrar, fora dos pais, outros pontos de referência.**

III – MOTIVAÇÕES PARA O USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA

“Os adultos tomam os tranqüilizantes 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. Eles estão à procura de novos valores, de normas sociais mais coerentes e de uma forma de perceber e viver no mundo. Essa incoerência delatada através do comportamento juvenil situa-se, principalmente, na difusão indiscriminada das drogas legais, como o álcool, os medicamentos e o tabaco, por parte dos adultos.

Trataremos agora de algumas motivações pertinentes ao uso de drogas na adolescência, tais como a importância do grupo, o prazer que a droga proporciona, o jogo com a morte e, finalmente, o papel da transgressão.

O papel do grupo

A droga pode funcionar como uma forma do adolescente afirmar-se como igual dentro do seu grupo. Encontrando-se em **busca da sua 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.

Droga como fator unificador

A tendência grupal na adolescência é visivelmente forte, sendo a separação do grupo quase impossível, o adolescente pertencendo mais ao grupo do que à família. É importante frisar que existem regras no grupo que são aceitas e valorizadas por todos os membros, regras estas que vão desde o uso de roupas da moda, o corte de cabelo, a parada diária em determinados locais, até à utilização de drogas. Muitas vezes, para se fazer parte de um determinado grupo é necessário usar drogas, ou pelo menos já ter feito uso de algo que é aceito e valorizado naquele contexto.

Maurício Knobel (1983), diz sobre o grupo: *“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 seu 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 a sua personalidade própria e essa sua opção pode ser indício de uma dificuldade que provavelmente tem suas raízes na infância.

O prazer

O adolescente geralmente inicia sua experiência com a droga usando inalantes, maconha ou algum produto farmacêutico, como anfetaminas ou xaropes. A característica básica desse uso inicial é que a experiência é relatada e, principalmente, exibida como causadora de um intenso prazer. O que é importante ressaltarmos, nesse sentido, é que é um **prazer solitário** – restrito ao próprio corpo – e que limita ou 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.

A fuga através do prazer solitário

Esse prazer que a droga proporciona muitas vezes é fuga. *“Vamos fugir, desse lugar baby(...)”*, diz um poeta. A rotina, a insatisfação do mundo adulto, ameaças de guerra atômica, o consumismo exagerado e incentivado principalmente ao público jovem, tudo isto pode constituir para o adolescente um verdadeiro manancial de coisas vazias e desprovidas de prazer. *“Eu não quero e não escolhi este mundo”*. A única escolha possível parece ser usar uma determinada droga, que, pelo menos momentaneamente, o fará esquecer e afundar num mar de sonhos e fantasias.

Como, poderíamos nos perguntar, o adulto deveria se posicionar diante do adolescente que reivindica um prazer mais autêntico na nossa sociedade? Para Olievenstein (1980): *“Num momento como este, o único papel possível consiste em dizer claramente que os adultos não têm nenhum paraíso para oferecer, mas que a escolha não é entre o paraíso e a sociedade. Querendo ou não, já que o mundo gira, a escolha é entre um futuro inserido (e que pode ser tranquilo) e a desgraça, porque na sociedade em que vivemos, e quaisquer que sejam os motivos e o valor que lhe damos, a droga leva à loucura, à morte ou à rejeição”*.

O jogo com a morte

Podemos fazer uma relação também 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.

Podemos fazer uma relação com esse jogo e as chamadas condutas ordálicas, que são comportamentos de “correr riscos”, ligados à ordália (ritual da Idade Média) em três pontos principais, segundo A. Charles-Nicolas e M. Valleur (1983):

“– A prova aponta aquele que deve triunfar. A escolha foi proferida por um poder sobrenatural onipotente;

– O julgamento visa sempre a um indivíduo (afogamento, ferro em brasa, beberagem etc.) e o coloca numa situação de solidão perante seu destino;

– Existe uma colocação em risco da pessoa. É o risco da morte.”

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, como coloca A. Charles-Nicolas (1983):

“Percorrendo uma gradação, uma escalada do risco, desde o primeiro “baseado” até o desafio mortal do “furor de viver”, o comportamento ordálico irá culminar numa tentativa de suicídio aparentemente inexplicável ou acidental.”

A transgressão

A droga 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, à procura de alguma coisa, 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.

“Disto a droga é um exemplo perfeito, porque representa o risco, a ilegalidade, a desilusão e a autodestruição. Mas tudo é aceito e procurado porque ela estabelece a transgressão” (Olievenstein, 1980). Nesse sentido, poderíamos até dizer 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 uma razão para ser usado como uma arma da rebeldia adolescente.

A questão da transgressão encontra-se nos dias atuais quase que predominantemente centrada nas drogas. Podemos analisar tal fato, refletindo sobre a evolução da nossa sociedade liberada, principalmente no que tange a liberação sexual pós-década de 60, onde o “amor livre” do movimento hippie vingou de tal forma que “transar numa boa” é hoje o slogan dos nossos adolescentes.

É importante pensarmos por que a droga torna-se a única coisa proibida, capaz de exercer tamanha atração aos jovens. Segundo Olievenstein (1980): *“Tentar responder a isto talvez seja dizer que os pais e os educadores são vivenciados, sentidos como inteiramente demissionários e hesitantes em tudo. A única transgressão possível, então, só pode ser perigosa porque esta pode atingir os adultos e porque, ao menos, os adultos não a fizeram”*.

IV – CONCLUSÃO

Mais do que uma mera conclusão, o que exporemos a seguir é uma tentativa de estimular uma postura reflexiva por parte de todos nós, supostos adultos, diante da questão adolescência e drogas.

Em nossa exposição demonstramos os significados da droga na adolescência, assim como também mostramos que o uso de produtos tóxicos funciona mais como um sintoma do que como um estado patológico definido. Na adolescência, a droga aparece como uma oportunidade que se apresenta ao adolescente de ser contra as normas, de testar as possibilidades do seu corpo, de transgredir, de buscar sua identidade através da absorção dos costumes do seu grupo etc. Nesse sentido, a droga surge no contexto da “adolescência normal” (Aberastury, 1984). 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.

Posicionamento do adulto

Vale dizer que não é só nessa situação sintomática que o adolescente precisa de ajuda, mesmo naquele quadro descrito

primeiramente; nós, adultos, devemos nos portar de forma coerente e firme. Se somos contra, se não concordamos, será por que a droga é ilegal, prejudicial à saúde? Nossa incoerência apresenta-se nesse ponto, na resposta afirmativa a essas questões, pois é quando “esquecemos” o álcool, o cigarro e os medicamentos cujo uso abusivo pode ser tão ou mais prejudicial do que algumas drogas ilegais. Se somos contra, é porque, na verdade, nós adultos devemos representar para o adolescente um referencial da lei e dos limites. Dessa forma, pressupomos que o adolescente precisa e pede que nós sejamos um porto seguro, em quem ele possa confiar e, principalmente, com quem ele possa conversar, pois não vamos condená-lo, mas, sim, procurar compreendê-lo dentro das nossas possibilidades.

“O adulto é uma criança enrustida”, disse-me, certa vez, um adolescente. O que pode significar essa assertiva? Poderíamos pensar, no sentido denotativo, sobre alguém que nega ou esqueceu a sua infância. Muitos adultos tiveram uma adolescência normal, contestando tudo e todos, promovendo confusões, enfim, utilizando os recursos próprios da fase, que já vimos anteriormente. E hoje, já adultos, magicamente esqueceram dessa fase e têm dificuldades para entender os adolescentes. Alguns ainda dizem, numa forma de se defenderem: *“No meu tempo não era assim”*.

O adolescente, por sua irreverência, por seus questionamentos, muito nos incomoda, isto é certo. Mas esse incômodo ocorre principalmente porque o adolescente denuncia o avanço inexorável de um tempo e a proximidade da velhice. É a hora de ceder e de perder o “status” que o adulto tinha até então, diante da criança controlável que o adolescente deixou de ser.

O prazer esquecido

Somando-se a isto, a questão da droga agrava esse incômodo, pois ela nos remete a outras questões mal resolvidas que subsistem no adulto, como por exemplo, o prazer. O prazer

proibido-escondido-pecado, e o desejo “enrustido” de procurar esse prazer, de querer provar a maçã, de saber o gosto do pecado. Mas o que percebemos é a negação da existência de um prazer no mundo adulto. Trabalha-se, casa-se, vive-se, enfim, por obrigação, e passa-se tal mensagem ao jovem que pouca atratividade sente por este mundo. Resta o prazer consumista de propagandas televisivas...

Cremos que um dos caminhos possíveis para mudar um 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 se traduzir na fala de um adolescente: “Eu experimentei, gostei, mas tinha coisas mais gostosas prá fazer na vida”.

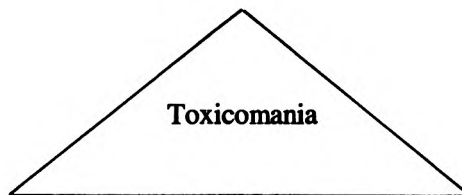
BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, A. *et al.* **Adolescência**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1980.
- ABERASTURY, A. e KNOBEL, M. **A adolescência normal**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
- AMAURI, M. Tonucci *et al.* **Drogas e drogados – o indivíduo, a família, a sociedade**. São Paulo, EPU, 1982.
- BECKER, Daniel. **O que é adolescência**. São Paulo, Brasiliense, 1985 (Coleção Primeiros Passos, n. 159).
- MUSS, R.E. **Teorias da adolescência**. Belo Horizonte, Interlivros, 1976.
- OLIEVENSTEIN, C. **A droga**. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- _____. **A vida do toxicômano**. São Paulo, Almed, 1985.
- TIBA, Içami. **Puberdade e adolescência**. São Paulo, Agora, 1986.

AUTOAVALIAÇÃO

Questão 1 (Objetivo 1)

O fenômeno da toxicomania (ou dependência de drogas) resulta da confluência de três dimensões. No triângulo abaixo, indique essas dimensões, escrevendo seus nomes em cada vértice.



Questão 2 (Objetivo 1)

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? _____

Questão 3 (Objetivo 2)

ABL, sexo feminino, 15 anos, estava no banheiro do colégio, quando uma colega lhe passa um cigarro aceso, dizendo ser maconha. Encoraja-a a experimentar, contando-lhe dos efeitos extraordinários que a droga proporciona. ABL puxa um trago, porém, sente náuseas e logo vomita, sendo esta sua primeira e última experiência com drogas. Dadas as características de uso de drogas, ABL se qualificaria em qual categoria de usuário?

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ habitual | ☐ dependente |
| ☐ experimentador | ☐ recreativo |

Questão 4 (Objetivo 3)

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.

Questão 5 (Objetivo 4)

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-nas 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. |

RESPOSTAS

Questão 1:

As três dimensões a considerar são, (a) a droga, (b) o indivíduo, e (c) a sociedade na qual ele se insere.

Questão 2:

À dimensão social na qual ele estava inserido; ou seja, à sua família.

Questão 3:

Dadas as características de uso de ABL (uma única vez, movida por curiosidade), ela se classificaria como **experimentadora**.

Questão 4:

Por exemplo, a adolescente poderia assumir militância política num partido de esquerda; outra possibilidade, a moça passaria a consumir cigarros e bebidas alcoólicas, práticas não encontradas em sua casa. Um terceiro comportamento seria que esta adolescente passasse a pregar a liberação sexual, embora permanecendo num padrão infantil de dependência familiar. Todos estes comportamentos ligam-se ao aspecto “luto pela relação com os pais na infância”; outros comportamentos poderiam ser nomeados em relação com o corpo, por exemplo.

Questão 5:

A ordem numérica da coluna à direita é: 4–2–1–1–3.

5 A FAMÍLIA E AS DROGAS

Ana Carolina Linhares Lustosa da Costa

OBJETIVOS

1. Dimensionar a questão da responsabilidade da família pelo uso de drogas dos filhos.
2. Relacionar a existência de mitos familiares com a presença de drogas na família.
3. Exemplificar patologias familiares que possam induzir ou encobrir consumo de drogas.
4. Identificar padrões de dependência na gênese da toxicomania de um jovem.

RESUMO

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 imponha.

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.

I – INTRODUÇÃO

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.***

Sem culpados, nem vítimas

Deparamo-nos também com abordagens moralistas e emocionais, que projetam uma culpabilidade, ora nos filhos, ora nos pais. Ocorre de a responsabilidade ser projetada toda no

jovem. Invocam-se argumentos que vão de “uma irresponsabilidade inerente à juventude” até teorias que explicam a toxicomania como “um grave distúrbio de caráter, decorrente de alguma falha genética”.

Na outra hipótese, teríamos pais culposos que “abandonam a educação dos filhos à babá eletrônica, a televisão”, ou “não sabem lhes dar a medida certa de amor”.

A atitude emocional de procurar culpados não nos parece de grande utilidade. Ao contrário, essa busca pode produzir resultados negativos, ao colocar filhos e pais em posição defensiva, o que os impede de compreender um problema que afeta toda a família.

A experiência clínica demonstra que as chances de êxito terapêutico aumentam quando se consegue compreender a função do sintoma toxicomânico no equilíbrio da família e intervir na sua estrutura e regras internas.

O uso de drogas pode ser resposta ou compensação a conflitos e disfunções familiares.

Sob essa ótica, o jovem toxicômano não é portador apenas do sintoma de uma problemática individual, mas, muitas vezes, o uso de drogas sinaliza uma patologia familiar que, como tal, deve ser tratada.

De início, abordaremos as fases que os pais atravessam quando lidam com um filho usuário de drogas. A primeira fase é o desconhecimento do problema, que denominaremos de *cegueira familiar*. Esse fenômeno, muito frequente entre famílias de usuários de drogas, indica uma dificuldade dos pais para enfrentar os problemas do filho.

A fase seguinte é a descoberta do uso de drogas pelo filho, vivenciada como uma crise familiar. Veremos como essa crise se diferencia, entre famílias de usuários recreativos e famílias de dependentes de drogas.

Estudaremos também alguns aspectos da dinâmica familiar. Identificaremos os mitos familiares, que determinam os

papéis desempenhados por cada um de seus membros, detendo-nos especialmente naqueles encontrados com mais frequência nas famílias de usuários de drogas. Em seguida, analisaremos as patologias mais encontradas nas famílias de usuários de drogas, como o “abuso de drogas legais dos pais relacionado à toxicomania dos filhos”.

II – CEGUEIRA FAMILIAR

Segundo P. Angel e S. Sternchuss, há um período de latência entre o início do uso de drogas e o momento em que o jovem se dá conta de que precisa de ajuda para deixar de usar drogas. Chamamos **lua-de-mel** ao intervalo, variável de indivíduo a indivíduo, em que o toxicômano vive bem com a droga.

Cegueira familiar é o período entre o início do uso de drogas pelo jovem e a descoberta desse uso pela família.

A partir da análise de diversos casos, sabemos que durante o período de latência o jovem espalha por toda parte evidências do uso de drogas. Ele deixa transparecer indícios desse uso a alguns membros da família, porém jamais o comunica abertamente a toda a família. Por exemplo: a irmã tem conhecimento de alguns cigarros de maconha, a mãe percebe que o filho fez “desaparecer” alguns objetos da casa e o pai acha “estranho” o estado em que o filho vem chegando em casa ultimamente. Os membros da família não conseguem discutir abertamente as informações detidas por cada um e, muito menos, transmitir ao jovem suas inquietações.

Essas percepções e sentimentos ousarão manifestar-se quando convalidados por um estranho à família, seja um professor, um vizinho ou amigo.

Também ocorre que o jovem, após espalhar, durante longo tempo, pistas e evidências, deixa-se “surpreender” pela polícia, ou faz uma overdose, chamando a atenção dos pais de forma dramática para uma realidade que eles se recusavam a ver.

Uma informação dirigida aos pais

A *cegueira familiar* pode decorrer de desinformação ou de um posicionamento

moralista e preconceituoso dos familiares do jovem usuário em relação à problemática das drogas.

Há, na literatura disponível, abordagens que enfatizam unicamente informações sobre o produto e os indícios visíveis do seu uso. Essa postura intensifica a preocupação dos pais com a **identificação** do uso de droga nos filhos. Os pais vigiam os filhos, vasculham seus pertences pessoais, não verbalizam suas dúvidas e temores, criando, assim, um **clima de suspeição**, que abala a confiança mútua.

Acresça-se que a adolescência é uma fase frequentemente marcada pela rebeldia, contestação dos valores estabelecidos e das regras familiares e sociais, além de se caracterizar por grandes transformações corporais (rever unidade nº 4). O jovem passa por mudanças, causando angústia nos pais, que muitas vezes não têm referencial para avaliar o que é “normal” ou “anormal” na crise típica da adolescência.

A **angústia** e o **sentimento de impotência** diante do crescimento do filho que cria vôo próprio levam os pais a ver nessas mudanças indícios do uso de drogas. Apegam-se à descrição física dos sintomas, como se isso fosse suficiente para avaliar um quadro, na realidade, muito mais complexo.

O uso da droga pode ser uma das manifestações externas da crise normal da adolescência, mas também pode sinalizar desajustes pessoais e familiares que os pais, inconscientemente, se recusam a ver.

Para superar a *cegueira familiar* é, sem dúvida, necessária uma informação clara e objetiva sobre os produtos, seus efeitos e consequências (rever unidade nº 2). É, porém, essencial a compreensão do uso de drogas *pelo jovem* como um dos aspectos da sua problemática, que também envolve o desenvolvimento individual, sua inserção na vida familiar e no contexto social.

Negação de problemas individuais

A *cegueira familiar* também decorre do desconhecimento ou negação dos problemas que o jovem vinha apresentando antes da descoberta do uso de drogas. É freqüente os pais afirmarem: “Meu filho era um bom menino. Tudo começou quando ele passou a sair com uma turma de marginais que usam drogas”.

Depois de descobrir o uso de drogas, os pais continuam a negar ou desconhecer

os problemas anteriores do filho, concentrando suas preocupações exclusivamente no sintoma droga. Assim raciocinando, acreditam que a solução do problema da droga só depende da força de vontade e que, vencido o hábito, “o filho voltará a ser como antes”.

Negam-se a ver que o uso de drogas é, muitas vezes, o último recurso do filho para chamar a atenção sobre si, falar do seu mal-estar. O uso de drogas traduz quase sempre um desesperado pedido de socorro.



Negação de problemas familiares

A *cegueira familiar* pode ainda refletir a negação da existência de conflitos familiares. Os pais costumam dizer: “Tudo ia bem na nossa família, até que tudo desabou quando descobrimos que nosso filho usava drogas.”

Os sintomas que o filho apresenta também podem indicar uma falta de comunicação entre os membros da família, crise conjugal dos pais, dificuldade familiar de viver, perda de um de seus membros etc. O uso de drogas pode ser compreendido como **sintoma** de que alguma coisa não vai bem para o jovem dentro da família.

A análise da história de vida do jovem e a compreensão do seu papel na história familiar ajudam os pais a encarar com mais realismo e sem preconceitos a questão da droga, superando, assim, a cegueira familiar.

Essa nova postura permite a desobstrução de canais de *comunicação* entre pais e filhos, restabelecendo o diálogo e a confiança mútua.

Os pais perceberão, *sem culpabilidade*, que são parte da problemática do filho e, conseqüentemente, parte da solução.

III – A REVELAÇÃO DO USO DE DROGAS – UM MOMENTO DE CRISE

Estamos agora diante de uma família em crise: o uso de drogas lhe foi revelado.

Como já vimos, essa revelação raramente é feita pelo próprio jovem; em geral, é iniciativa de um terceiro (tio, amigo ou a polícia) ou decorre de um ato falho do jovem, que por exemplo, “esqueceu” um cigarro ou pacote de maconha em local visível. O uso de drogas, que evoluiu lentamente sem que a família o admitisse, é-lhe finalmente comunicado como uma súbita e dura realidade, provocando a eclosão de conflitos latentes e o surgimento de um **estado de crise**.

A família sofre, sente-se **culpada** e não sabe o que fazer: muda o filho de

escola, prende-o em casa, proíbe-o de sair com os amigos, ora bate, ora dá mais carinho, rejeita, vigia... Estes são os comportamentos – muitas vezes contraditórios – mais comuns aos pais nesta fase de crise.

Desconhecendo, em geral, as dificuldades reais e a amplitude do problema, os pais sentem-se **impotentes** para ajudar o filho. Eles vão ao especialista pedir ajuda com sentimentos de impotência, culpa e frustração.

É grande o número de famílias que se dirigem ao Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento à Toxicômanos – CORDATO – para pedir tratamento para seus filhos. No período de março de 1986 a março de 1987, 50,7% dos pedidos de intervenção junto à equipe clínica vinham de familiares, contra 41,8% do próprio usuário.

A maioria dessas famílias pede um tratamento para seus filhos, que os “cure do uso de drogas”. Parte desses jovens, trazidos à força pela família, não desejam parar de usar drogas e, muito menos, engajar-se num tratamento especializado. Nesses casos, resta fazer-lhes um acolhimento caloroso, na expectativa de que, em um segundo momento, ele se dirija espontaneamente ao CORDATO com um *pedido de ajuda*.

Nesse ínterim, podemos orientar os familiares e fazê-los ver que são parte ativa da problemática do filho e que é importante compreender o que está acontecendo na família como um todo. Como diz S. Sternschuss (1983), “*se não é possível atender à demanda da família no que se refere à eliminação do sintoma, talvez se possa ajudá-la a compreender o lugar que a toxicomania ocupa no equilíbrio familiar*”.

Para melhor entendermos essa “crise” de forma didática, vamos estudá-la distinguindo dois tipos de famílias de usuário de drogas. Essa classificação não leva em conta o tipo de droga que é usada, mas refere-se ao vínculo que o jovem estabelece com a droga, como já vimos em “Os usuários de drogas e suas motivações” (unidade nº 4).

As famílias de usuários experimentadores ou recreativos

Essas famílias, em geral, chegam ao CORDATO dramatizando a situação. Desconhecem o nível de comprometimento do filho com a droga e recorrem à internação ou à reclusão para “resolver o problema”. Elas culpabilizam o grupo de amigos como responsável pela conduta do filho. É importante chamar a atenção dessas famílias para o risco de provocar o aparecimento de um problema onde *ainda não existe* um.

Recomendamos, aqui, uma conduta muito mais psicopedagógica que terapêutica, visto que o vínculo do jovem com a droga é frágil e ele não está motivado para um trabalho psicoterapêutico mais especializado.

É fundamental que o **diálogo** entre pais e filhos seja mantido. É através desse diálogo que se procurará fazer uma avaliação sobre o que se passa com o jovem e qual o lugar ocupado pela droga na sua vida, de forma que os pais possam compreender a significação do comportamento do filho, sem superestimar ou negligenciar a importância do problema.

As famílias de usuários habituais ou dependentes

Nos casos de utilização prolongada ou de uso abusivo de droga, fazem-se necessários **orientação e tratamento especializados**. O filho merece uma maior atenção, por ser o portador do sintoma familiar. Mas a entrada do jovem em tratamento não deve servir de pretexto para que a família saia de cena, muito pelo contrário. Seus membros precisam participar e se engajar na busca de um melhor equilíbrio familiar.

É importante que a família encontre um espaço aberto para falar do seu sofrimento enquanto acompanha o tratamento do filho. Dessa forma, evitam-se soluções apressadas e imediatistas, como a expulsão do filho de casa, violências e apelo à polícia.

Sugerimos a procura de orientação adequada pelos pais e, eventualmente, a participação em grupos de pais de toxicômanos, que ajudam a quebrar o

isolamento das famílias e abrem espaço à reflexão e à troca de experiências.

IV – A DINÂMICA FAMILIAR

Identificamos alguns aspectos mais frequentemente encontrados nas famílias de usuários de drogas, que são, no nosso entender, dignos de maior reflexão.

O toxicômano e o vínculo familiar

Contrariando o imaginário popular – que descreve o toxicômano como um jovem separado de sua família – percebemos que o jovem, embora *rejeite* o sistema de valores dos pais, não consegue *romper* o vínculo de dependência.

Em geral, separa-se dos pais em uma idade mais avançada que a média, o que denota imaturidade e dificuldade de assumir uma atitude de autonomia e independência. Em alguns casos, rompe bruscamente com a família mas, quase sempre, recorre à sua ajuda em momentos de dificuldade. Essa ruptura raramente é definitiva e clara, tanto para o jovem quanto para sua família.

Como diz S. Sternschuss (1983): “*O sintoma aparece quando, nos ciclos de vida da família do toxicômano, o desejo de mudança se opõe à proibição da mudança*”. Para driblar esse conflito, o sintoma toxicomaníaco oferece vantagens tanto para o jovem quanto para a família: ele pode permanecer dependente, mas preserva uma *aparência* de rebelião e independência.

Esse conflito também atinge a fratria. Os irmãos, que também estão passando por um processo de individualização e autonomia, paralisam-se em função do sintoma toxicomaníaco. Todos são mobilizados para ajudar o paciente identificado e adiam para mais tarde suas tentativas respectivas de individualização.

Precisamos redefinir o problema que o *sintoma droga aponta como uma dificuldade do sistema familiar de permitir a individualização e a autonomia de seus membros, que são as mudanças necessárias ao ciclo de vida familiar.*

Os mitos familiares

Para melhor compreendermos o que são os mitos familiares, utilizaremos o conceito de A.J. Ferreira (1963): *“O mito é um discurso unitário que aponta para cada membro da família seu respectivo papel. Esses papéis são rígidos e sua definição é aceita por todos. Embora falsos e ilusórios, esses papéis e atribuições são aceitos por cada um como algo sagrado e como tabu, que ninguém ousa examinar e menos ainda desafiar. O indivíduo, sobretudo aquele que mais sofre com o mito, opõe-se com todas as suas forças à sua evidência. Qualquer questionamento do mito é vivido como uma ameaça para o equilíbrio familiar”*.

Os mitos familiares podem ser compreendidos como equivalentes, a nível do sistema familiar, aos mecanismos de defesa individuais. Eles são numerosos e diferentes. Além disso, esses papéis e atribuições são organizados de forma *inconsciente* pelo sistema familiar e são *específicos* para cada família.

Veremos, a seguir, os mitos encontrados com maior frequência e de forma mais acentuada nas famílias de usuários de drogas.

O mito da harmonia familiar

As famílias tentariam descrever o relacionamento dos seus membros como idílico e harmônico, **antes da descoberta da conduta toxicomânica**. *“Tudo começou depois que meu filho está usando drogas. Agora ninguém se entende. Parece que estamos vivendo num inferno”*.

Observa-se que todos os conflitos são esquecidos em prol de um único culpado: o usuário de drogas. Ele passa a canalizar toda a tensão familiar.

O mito da expiação

Este mito foi descrito por Stierlin (1979) e se encontra na história de numerosas famílias de toxicômanos.

O jovem toma para si, além de sua própria culpabilidade, a culpabilidade de toda a família. Ele é o **bode expiatório** que, abandonado no deserto, carrega

sozinho todos os débitos e pecados da família. Mas, mesmo estando longe de todos, a família sabe sempre de sua sorte e tudo gira em torno dele. Se ele retorna, o equilíbrio se rompe.

O mito da loucura dentro da família

A loucura circula dentro da família. O toxicômano tomará o lugar de um membro da família que está fragilizado. Por exemplo, a mãe e a irmã do jovem A.P., usuário dependente de maconha, apresentam, alternadamente, um quadro depressivo. Quando A.P. apresenta melhoras devido ao tratamento terapêutico a que vem se submetendo, aparece uma piora, ora no quadro de uma, ora no de outra. Eles fazem parte de um **sistema disfuncional**, onde os diferentes membros da família, alternada ou simultaneamente, utilizarão um sintoma ou uma doença como mecanismo regulador.

As patologias encontradas mais comumente nas famílias de usuários de drogas

No que se refere ao quadro familiar, observamos que, além da toxicomania do jovem, que é o paciente designado, encontramos vários indicadores de patologias que se inserem tanto na família *nuclear* quanto na família *mais ampla*, que inclui avós, tios, primos, cunhados e agregados.

É frequente encontrarmos um uso abusivo de álcool, principalmente pelo pai. O alcoolismo paterno, problemática central da família, desce para segundo plano com o aparecimento do sintoma droga. O jovem converte-se logo no doente número um da família. A família não se refere mais ao alcoolismo do pai, mas dramatiza a situação do jovem, que deve, urgentemente, ser tratado como doente grave.

Observamos também o uso abusivo de medicamentos pela mãe, principalmente tranquilizantes, como também uma conduta de automedicação por todos os membros da família.

Outras patologias, tais como condutas de suicídio, distúrbios mentais e estados depressivos, também são encontrados com frequência na família ampla.

A toxicomania como conduta de sacrifício

Segundo P. Angel e S. Sternschuss, poderíamos considerar a toxicomania como uma conduta de sacrifício que pode apresentar-se tanto a nível grupal quanto familiar.

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 unanimidade social.

Podemos ilustrar essa conduta, apontando o sensacionalismo e a dramaticidade do discurso público e dos meios de comunicação em torno da questão das drogas. Como diz Gergeret, *“um dos aspectos mais perigosos desse alarma se situa no questionamento sistemático, sem nuances e sem preocupação com a objetividade, da juventude, do conjunto dos jovens e do fato mesmo de ser jovem. Tudo como se os problemas postos pela toxicomania só concernissem aos jovens e fossem resultado da ‘má-vontade’ da juventude”*.

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 delinqüenciais do irmão, os conflitos do casal, tudo se apaga em favor de um **único culpado**, que é o toxicômano.

V – CONCLUSÃO

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 o 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 conseqüente 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 toxicomânico, proporcionando uma organização menos rígida do sistema e dando acesso a uma autonomia real para os diferentes membros da família.

BIBLIOGRAFIA

- ANGEL, P. *et al.* **Le toxicomane et sa famille.** in **thérapies familiales et toxicomanie.** Paris, Éditions Universitaires, [s.d.].
- KALINA, E. e KOVADLOFF, S. **Drogadicção – indivíduo, família e sociedade.** Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1983.
- LEFEBURE, G. **Les parents et la drogue.** Paris, “Drogstop” Centre Didro, 1981.
- OLIEVENSTEIN, C. *et al.* **A vida do toxicômano.** Rio de Janeiro, Zahar, 1983.
- RICHTER, H. **A família como paciente.** São Paulo, Martins Fontes, 1979.
- SANCHES, A. *et al.* **Drogas e drogados – o indivíduo, a família, a sociedade.** São Paulo, EPU, 1982.

AUTO-AVALIAÇÃO

Questão 1 (Objetivo 1)

A autora do texto distingue duas fases no processo de introdução de drogas no âmbito da família. Quais são essas fases?

Questão 2 (Objetivo 1)

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?

() Certo

() Errado

Questão 3 (Objetivo 2)

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 atrevesando 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

Questão 4 (Objetivo 3)

Tomando como referência o caso de TGP, descrito na questão 4, 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? Elabore sua resposta a seguir:

Questão 5 (Objetivo 4)

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? (assinale a alternativa que a seu ver é correta):

() dependência intelectual () dependência material () dependência afetiva

RESPOSTAS

Questão 1:

A primeira é a fase de desconhecimento, também chamada de fase de latência, na qual a família ignora que o membro da família está consumindo droga. A segunda fase é a de descoberta, geralmente associada a uma crise na família.

Questão 2:

Errado. Sendo SBT uma usuária de droga apenas eventual, a ação compatível a ser tomada seria no âmbito familiar; particularmente, criar condições para que se estabeleça um diálogo entre SBT e seus pais.

Questão 3:

A alternativa correta é o mito da harmonia familiar. Observe que a mãe de TGP o responsabiliza pelo desequilíbrio conjugal, o qual, no seu entender, deixaria de existir, caso TGP não fosse um usuário de drogas. A alternativa do mito da expiação poderia ser considerada. Porém, nesse caso TGP seria designado como “bode expiatório” de **todos** os males sobrevenientes à família, e não apenas do desequilíbrio conjugal.

Questão 4:

Uma manifestação patológica possível de ocorrer com a mãe de TGP seria, por exemplo, que esta viesse a consumir bebida alcoólica, ou ainda tranquilizantes, excessivamente.

Questão 5:

GDF evidencia dependência material. Tendo já 25 anos, trabalhando e tendo seu próprio carro, ele demonstra ter meios de manter-se. Entretanto, ele prefere ficar sob a dependência dos pais neste aspecto.

É também possível pensar-se em dependência afetiva, sendo que padrões infantis de conduta dificultam a sua emancipação.



QUESTÕES PARA REFLEXÃO

A seguir você realizará a **avaliação formal** deste volume. Como foi mencionado no Guia de Estudo (item referente a AVALIAÇÃO, pág. 15), você deve responder as duas questões para reflexão, em pequenas redações, e enviá-las ao CEAD. Caso haja formação de grupos de estudo e discussão, tais questões deverão ser elaboradas e enviadas em nome do grupo.

Após a realização dessa tarefa, você estará apto a iniciar o estudo do Volume II.
BOM TRABALHO!

1. Descreva os três fatores da equação da toxicomania e as suas interações; ilustre tais interações com exemplos do seu ambiente de trabalho (ou, a defeito, com exemplos fictícios)
2. Descreva como, ao seu ver, as drogas entram, em geral, nas famílias com adolescentes; como é que os pais deveriam se comportar?

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

- BERGERET, J. **Toxicomania e personalidade**. Rio de Janeiro, Zahar, 1983.
- BUCHER, R. (org.). **As drogas e a vida**. Uma abordagem biopsicossocial. São Paulo, E.P.U., 1988.
- CASHMAN, J. **LSD**. São Paulo, Perspectiva, 1980.
- DuPONT, R.L.Jr. **Drogas: Uma luta sem trégua**. Rio de Janeiro, Record, 1986.
- GONÇALVES, E.L. **Drogas e drogados**. O indivíduo, a família, a sociedade, São Paulo, E.P.U., 1982.
- GRAEFF, F.G. **Drogas psicotrópicas e seu modo de ação**. São Paulo, E.P.U.-EDUSP-CNPq, [sd].
- JAFFE, J., PETERSON, R. & HODGSON, R. **Tóxicos e outros vícios**. São Paulo, Harper & Row do Brasil Ltda., 1981.
- KALINA, E. & KOVADLOFF, S. **Drogadicção – Indivíduo, família e sociedade**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1983.
- LINHARES, J.C. **Mecanismos de combate às drogas**. Fortaleza, IOCE, 1982.
- . **Lei antitóxicos – Aspectos relevantes**. Brasília, ANPF, 1988.
- MASUR, J. **O que é toxicomania?** São Paulo, Brasiliense, 1985.
- NOWLIS, H. **A verdade sobre as drogas**. Rio de Janeiro, IBECC-UNESCO, 1975.
- OLIEVENSTEIN, C. **A droga**. São Paulo, Brasiliense, 1980.
- . **Não há drogados felizes**. Lisboa, São Paulo, Morães Editores, 1978.
- . **A vida do toxicômano**. Rio de Janeiro, Zahar, 1983.
- . **O destino do toxicômano**. São Paulo, Almed, 1985.
- PORTELA, F. **Drogados da vida**. Santos, Traço, 1982.
- SABINA, M. (org.). **Maconha em debate**. São Paulo, Brasiliense, 1985.

O QUE É O CORDATO

O CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos é um serviço de extensão e de pesquisa da Universidade de Brasília, vinculado ao seu Instituto de Psicologia. Sua concepção de trabalho consiste em perceber o uso indevido de drogas como uma reação dramática e desajustada da pessoa dependente às dificuldades individuais de integração à nossa sociedade, reação esta que exige e merece uma resposta à altura da dignidade humana.

As atividades do CORDATO compreendem três níveis: PREVENÇÃO, ATENDIMENTO TERAPÊUTICO E PESQUISA, obedecendo a critérios científicos internacionalmente comprovados.

Prevenção:

- Atividades de informação e divulgação de conhecimentos sobre as drogas e seus efeitos. Isto é feito através de palestras, seminários, cursos ou outro tipo de assistência ou assessoria em escolas, hospitais, órgãos públicos e privados, na comunidade em geral e em famílias;
- Atividades de capacitação de recursos humanos, formando profissionais das áreas de educação, saúde, serviço social e justiça para que possam enfrentar com pertinência e eficácia os problemas de drogas que surgem em suas áreas de atuação;
- Colaboração com entidades públicas ou privadas interessadas na elaboração de novas formas de combate preventivo ao abuso de drogas.

Atendimento terapêutico:

- Plantão telefônico permanente para informação e marcação de consultas;
- Atendimento a pessoas que solicitam informações ou orientação sobre problemas ligados ao consumo de drogas, em seus mais variados aspectos;
- Atendimento a familiares, em nível de acolhimento, individualmente ou em grupo;
- Atendimento ambulatorial a pessoas consumidoras ou dependentes de drogas (toxicômanos), numa linha psicoterápica integrada e adaptada às especificidades concretas de cada paciente;
- Centro de Convivência (Centro de Dia, “Hospital-dia”), desenvolvendo atividades que visam a ressocialização de (ex-)usuários de drogas.

Pesquisa:

- Desenvolvimento de um programa de pesquisa sobre os efeitos biopsicossociais do abuso de drogas, nos seus mais variados aspectos;
- Investigação dos aspectos epidemiológicos do consumo de drogas na região geo-econômica de Brasília;
- Desenvolvimento de um programa de pesquisa clínica visando a uma compreensão mais completa da relação do indivíduo com a droga.

As atividades do CORDATO são organizadas por uma equipe multidisciplinar de profissionais devidamente especializados (assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, pedagogos, psiquiatras e pessoal de apoio), revezando-se em turnos.

As atividades de atendimento funcionam de acordo com os seguintes princípios:

- gratuidade;
- anonimato (garantido pela Lei 6.368, de 1976, que regulamenta a política de entorpecentes);
- voluntariado: somente serão aceitos em atendimento os usuários de drogas que o desejarem por livre e espontânea vontade;
- neutralidade religiosa.

Faz parte da estratégia do CORDATO a integração com a rede oficial de assistência à saúde, educação, serviço social e justiça, bem como com entidades privadas que tenham objetivos assistenciais. Em 1988, o CORDATO foi reconhecido pelo Conselho Federal de Entorpecentes – CONFEN, do Ministério da Justiça, como *Centro Regional de Referência* em questões de drogas.

O CORDATO funciona durante a semana, das 09:00hs da manhã às 09:00hs da noite, com um plantão telefônico e um plantão de atendimento.

Endereço para correspondência:

Instituto de Psicologia
Universidade de Brasília
70910 – Brasília – DF
Fone: (061) 272-4555

CEAD

CENTRO DE EDUCAÇÃO ABERTA, CONTINUADA, A DISTÂNCIA

A partir das ações desenvolvidas pela Coordenadoria de Educação a Distância, do Decanato de Extensão, a Universidade de Brasília criou, a 10 de abril de 1989, o Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância – CEAD, que tem como objetivo principal **democratizar e ampliar o acesso ao conhecimento**.

O CEAD, composto de uma estrutura pequena, descentralizada, flexível, visa fornecer educação para os adultos que não tiveram oportunidades de estudo em sua educação inicial e para os que estão impossibilitados de se beneficiar, por variadas razões, das atuais facilidades de ensino existentes nas instituições de ensino superior brasileiras.

O CEAD está sendo aparelhado para organizar, supervisionar e avaliar programas e cursos oferecidos à comunidade externa, pela Universidade de Brasília, através de seus professores, departamentos e núcleos.

Estes programas e cursos de curta ou longa duração, em nível formal e não-formal, permitem estender o conhecimento produzido na esfera do ensino superior a públicos gerais ou específicos.

Por que ampliar as oportunidades de acesso ao ensino superior e a programas de educação continuada?

- para responder ao direito de toda pessoa de aceder ao conhecimento e desenvolver seu potencial criador;
- pela natureza da atual etapa histórica caracterizada por crescentes avanços científicos e tecnológicos que exigem uma população altamente instruída e educada para fazer face ao desafio de acelerar o desenvolvimento econômico e social da nação.

São variados os conceitos de educação aberta, de educação continuada e de educação a distância. O CEAD apresenta, a seguir, uma primeira aproximação destes conceitos.

EDUCAÇÃO ABERTA

Educação aberta é um processo que viabiliza o acesso a oportunidades educacionais e uma filosofia de ensino centrado no aluno.

O ensino aberto permite o livre acesso ao conhecimento independentemente da escolaridade prévia respondendo aos anseios de desenvolvimento pessoal e contribuindo para elevar o nível de instrução e de conhecimento científico da população.

Por outro lado o ensino aberto dá ao estudante o direito de determinar o conteúdo, o tempo, o local e os objetivos de sua educação ou treinamento.

Importante ressaltar que, para cursos que levem a diplomas, as provas e exames são presenciais e as exigências em termos de resultados de aprendizagem são idênticos às dos cursos tradicionais.

EDUCAÇÃO CONTINUADA

Por um lado, a educação continuada atende ao princípio do direito do homem de estudar ao longo da vida. Por outro, permite atualizar e/ou reconverter a força de trabalho em função das aceleradas mudanças tecnológicas e sociais.

Educação continuada significa, notadamente, ampliação de ofertas de oportunidades, especialmente em horário de serviço, para cursos de atualização profissional bem como para cursos de cultura geral, de interesse pessoal e de formação para a cidadania democrática.

Educação continuada que representa uma constante subida a novos degraus do conhecimento e às novas mudanças da vida deve estar inseparavelmente ligada a outras formas da atividade humana, especialmente o trabalho.

EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Metodologia simples e flexível combinando ensino presencial com estudo ativo e independente permitindo estender o ensino superior bem como programas curtos de formação e atualização àqueles que, por razões de ordem sócio-econômica, de trabalho, geográficas, familiares e outras, não podem ter acesso aos cursos regulares e de extensão oferecidos pela universidade.

A Educação a Distância compreende uma combinação de tecnologias convencionais e avançadas com métodos que incluem atividades presenciais e em grupo realizadas nos locais de trabalho, no campus universitário, nos períodos de férias da Universidade bem como nos horários noturnos e fins de semana em Centros de Estudos Locais, além de tutoria e orientação por telefone e por correspondência.

O CEAD NA UnB

O Centro de Educação Aberta, Continuada, a Distância (CEAD), tem como tarefa principal contribuir para ampliar as oportunidades de acesso ao conhecimento através de uma estratégia de educação a distância. Esta estratégia que visa favorecer o estudo ativo, independente, compreende uma combinação de métodos e tecnologias, convencionais e avançadas com atividades presenciais e em grupo, especialmente em períodos noturnos, de fins de semana e de férias na Universidade, bem como nos Centros de Estudos locais, além de tutoria por telefone e por correspondência.

DEFINIÇÕES DE POLÍTICAS E PRIORIDADES

As necessidades e expectativas da sociedade é que vão orientar o CEAD para preparar os planos de trabalho anuais e quadrienais que serão aprovados por um Conselho Deliberativo constituído por ampla representação da Universidade e de Organizações Sociais. Caberá também a este Conselho Deliberativo a definição das políticas, diretrizes e prioridades da Educação a Distância na UnB.

O CEAD E AS OUTRAS UNIDADES DA UNIVERSIDADE

A execução dos planos de trabalho será feita pelo CEAD juntamente com as unidades da Universidade, de acordo com necessidades específicas. Neste sentido, o CEAD dirige o aspecto metodológico e estrutura e conteúdo com a participação de especialistas internos da UnB (das Faculdades e Institutos), ou externos (das Organizações Sociais, outras Universidades e Instituições Educativas, bem como Instituições e Empresas do Setor Público e Privado).

Os planos de trabalho implicam, também, uma relação estreita entre o CEAD e outras unidades universitárias que possam prestar contribuições especiais. Dentre outros: o Centro de Produção Cultural e Educativa, o Centro de Produção Radiofônica, a Editora UnB, a Diretoria de Assuntos Acadêmicos, a Biblioteca Central, a Assessoria de Comunicação Social, o Centro de Apoio ao Desenvolvimento Educacional e o Centro de Processamento de Dados.

SOBRE OS AUTORES

Ana Carolina Linhares Lustosa da Costa: Psicóloga graduada pela Universidade de Brasília. Técnica do CORDATO atuando nas áreas clínica, preventiva e de pesquisa.

Cláudio Côrtes Paiva: Médico-psiquiatra graduado pela Universidade de Brasília, atuando no CORDATO desde sua implantação.

Elizabeth Costa Gonçalves: Psicóloga; Mestre em psicologia clínica pela PUC-RS. Técnica do CORDATO, atuando nas áreas clínica, preventiva e de pesquisa.

Francisco Catunda Martins: Médico-psiquiatra; Doutor em Psicologia pela Universidade de Louvain (Bélgica); Professor do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, membro do CORDATO.

José Mário Simil Cordeiro: Médico-Psiquiatra. Diretor do NEPASM – Núcleo de Estudos, e Assistência à Saúde Mental – UnB. Coordenador do “Centro de Convivência” do CORDATO. Professor Requisitado no MDG – Faculdade de Ciências da Saúde UnB.

Josenir Alves Oliveira: Psicólogo graduado pela Universidade de Brasília, atuando no CORDATO nas áreas clínica, preventiva e de pesquisa.

Priscila Fernandes Costa: Psicóloga graduada pela Universidade de Brasília, Técnica do CORDATO desde março de 1986.

Richard Bucher: Psicanalista de origem suíça; Doutor em psicologia pela Universidade de Louvain (Bélgica); Professor do Departamento de Psicologia Clínica e coordenador do CORDATO da Universidade de Brasília.

ISBN: 85-230-0265-0