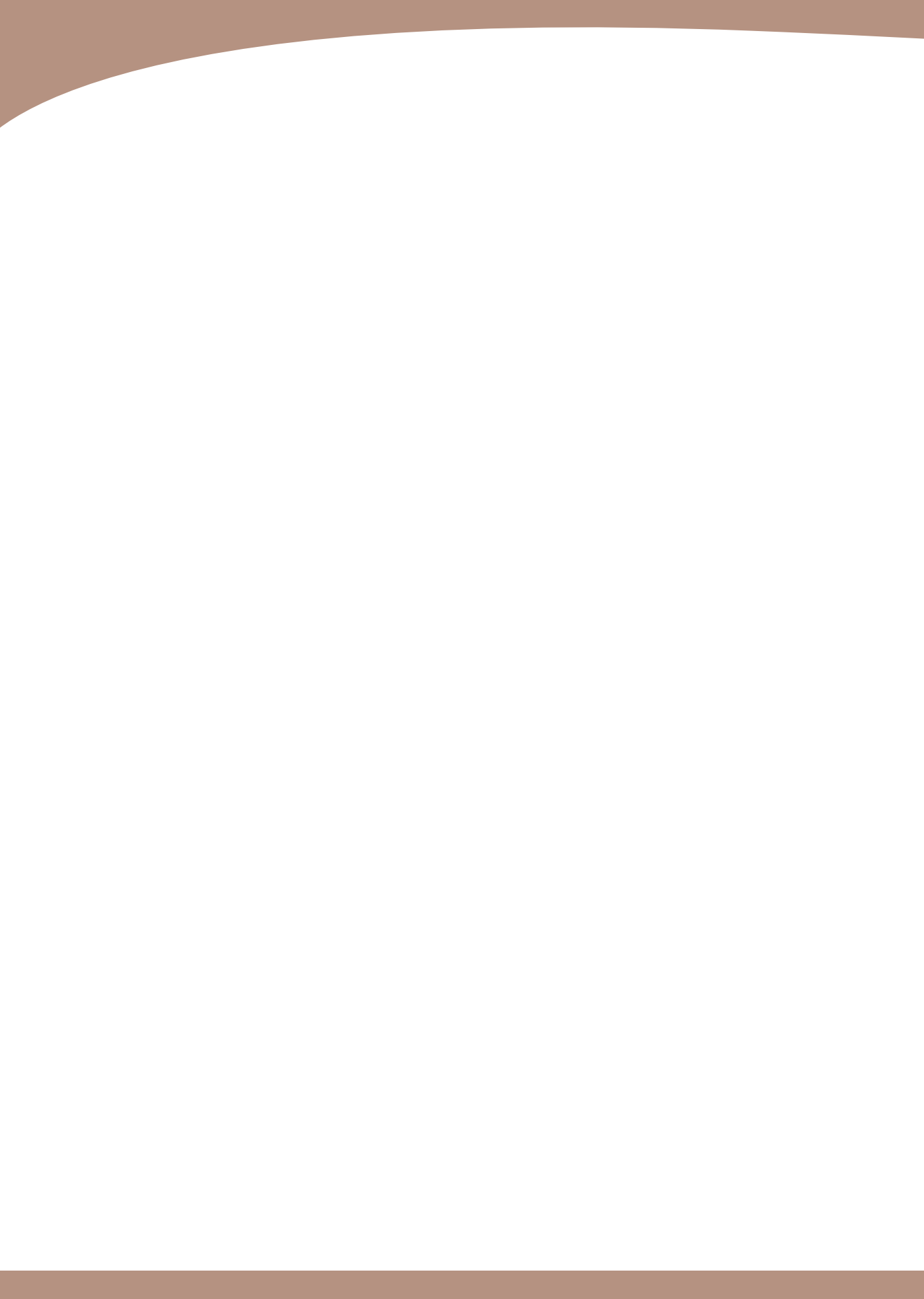




Informações sobre
Drogadição

Cadernos de Socioeducação
Secretaria de Estado da Criança e da Juventude



CADERNOS DE SOCIOEDUCAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA CRIANÇA E DA JUVENTUDE – SECJ

Informações Sobre
Drogadição

Curitiba
2010

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ

Orlando Pessuti

Governador do Estado do Paraná

Ney Amilton Caldas Ferreira

Chefe da Casa Civil

Thelma Alves de Oliveira

Secretária de Estado da Criança e da Juventude

Flávia Eliza Holleben Piana

Diretora Geral da Secretaria de Estado da Criança e da Juventude

Roberto Bassan Peixoto

Coordenador de Socioeducação

CADERNOS DE SOCIOEDUCAÇÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA CRIANÇA E DA JUVENTUDE – SECJ

Informações Sobre
Drogadição

1ª Edição

Curitiba
2010

SISTEMATIZAÇÃO

Shanny Mara Neves

APOIO TÉCNICO

Rejane Cristina Teixeira Tabuti

COLABORADORES

Profissionais do “Grupo de Estudos, Pesquisa e Elaboração do Protocolo de Atendimento a Pacientes com Risco de Suicídio”, do Centro Psiquiátrico Metropolitano – CPM

COLABORADORES

DIRETORES DE UNIDADES QUE REPRESENTAM SUAS EQUIPES:

Adilson José dos Santos – Umuarama

Alex Sandro da Silva – Fazenda Rio Grande

Amarildo Rodrigues da Silva – Laranjeiras do Sul

Ana Marcília P. Nogueira Pinto – Cascavel

Esther Victoria Cantilon Marqueno Maurutto – Piraquara

Fausto Nunes – Campo Mourão

Glauca Renno Cordeiro – Ponta Grossa

Júlio Cesar Botelho – Londrina

Lázaro de Almeida Rosa – Piraquara

Luciano Aparecido de Souza – Curitiba

Márcio Schimidt – Londrina

Mariselni Vital Piva – Curitiba

Nilson Domingos – Paranavaí

Rafael C. Brugnerotto – Cascavel

Ricardo José Deves – Toledo

Ricardo Peres da Costa – Maringá

Sandro de Moraes – Pato Branco

Sonia Sueli Alves de Lima – Santo Antonio da Platina

Vandir da Silva Soares – Foz do Iguaçu



Governo do Paraná



CEDCA

Capa

Tiago Vidal Ferrari

Ilustrações

Tiago Vidal Ferrari

Projeto Gráfico / Diagramação / Finalização

Gennaro Vela Neto

Tiago Vidal Ferrari

Revisão Ortográfica

Elizangela Brito

Revisão

Roberto Bassan Peixoto

Criação Publicitária e Marketing

Fernanda Morales

Felipe Jamur

Organização da coleção

Deborah Toledo Martins

Roberto Bassan Peixoto

Secretaria de Estado da Criança e da Juventude
Rua Hermes Fontes, 315 - Batel
80440-070 - Curitiba - PR - 41 3270-1000
www.secj.pr.gov.br

IMPrensa Oficial DO PARANÁ



14 zero 9 Marketing e Comunicação | 41 3085-7111



“Cidadania

Cidadania é dever de povo.

*Só é cidadão quem conquista seu lugar na
perseverante luta do sonho de uma nação.*

É também obrigação:

*A de ajudar a construir a claridão na consciência
das pessoas e de quem merece o poder.*

Cidadania,

força gloriosa que faz um homem ser para

outro homem,

caminho no mesmo chão, luz solidária e canção!”

Thiago de Mello

A Palavra

Um cenário comum das cidades: meninos perambulando pelas ruas. Antes, apenas nas grandes cidades; agora, em qualquer lugar. Ontem, cheirando cola; hoje, fumando crack. Destruindo seus neurônios e seus destinos. Enfrentando os perigos da vida desprotegida. Aproximando-se de fatos e atos criminosos. Sofrendo a dor do abandono, do fracasso escolar, da exclusão social, da falta de perspectiva. Vivendo riscos de vida, de uma vida de pouco valor, para si e para os outros.

Ontem, vítimas; hoje, autores de violência.

Um cenário que já se tornou habitual. E, de tanto ser repetido, amortece os olhos, endurece corações, gera a indiferença dos acostumados. E, de tanto avolumarse, continua incomodando os inquietos, indignando os bons e mobilizando os lutadores.

Uma mescla de adrenalina e inferno, a passagem rápida da invisibilidade social para as primeiras páginas do noticiário, do nada para a conquista de um lugar. Um triste lugar, um caminho torto; o “ccc” do crack, da cadeia e da cova.

Assim, grande parte de nossa juventude brasileira, por falta de oportunidade, se perde num caminho quase sem volta. Reverter essa trajetória é o maior desafio da atualidade.

Enquanto houver um garoto necessitando de apoio e de limite, não deve haver descanso.

Com a responsabilidade da família, com a presença do Estado, desenvolvendo políticas públicas conseqüentes, e com o apoio da sociedade, será possível criar um novo tecido social capaz de conter oportunidades de cidadania para os nossos meninos e meninas.

A esperança é um dever cívico para com os nossos filhos e para com os filhos dos outros.

A vontade política e a determinação incansável dos governadores Requião e Pessuti, aliadas ao empenho e dedicação dos servidores da SECJ, compõem o cenário institucional de aposta no capital humano, e sustentam a estruturação da política de atenção ao adolescente em conflito com a lei no Paraná, como um sinal de crença no futuro.

É nosso desejo que esses cadernos sejam capazes de apoiar os trabalhadores da Rede Socioeducativa do Estado do Paraná, alinhando conceitos, instrumentalizando práticas, disseminando conhecimento e mobilizando idéias e pessoas para que, juntos com os nossos garotos, seja traçado um novo caminho.

Com carinho, Thelma

Apresentação

Com satisfação e orgulho apresentamos a reedição do conjunto “Cadernos do IASP”, agora como **Cadernos de Socioeducação**. A mudança de nome expressa o avanço conceitual e prático do atendimento ao adolescente em conflito com a lei, que resultou na criação da Secretaria de Estado da Criança e Juventude - SECJ em substituição ao Instituto de Ação Social do Paraná - IASP. É a primeira secretaria de estado do país a ser implantada especificamente para pensar, executar e articular as políticas públicas do Sistema de Garantia de Direitos das Crianças e Adolescentes e as políticas para a Juventude.

Em 2004, o Governo do Estado do Paraná, realizou um diagnóstico sobre a situação do atendimento ao adolescente que cumpre medida socioeducativa de privação e restrição de liberdade, identificando, dentre os maiores problemas, déficit de vagas; permanência de adolescentes em delegacias públicas; rede física para internação inadequada e centralizada com super-lotação constante; maioria dos trabalhadores com vínculo temporário; desalinhamento metodológico entre as unidades; ação educativa limitada com programação restrita e pouco diversificada e resultados precários.

Tal realidade exigia uma resposta imediata de implementação de uma política pública que fosse capaz de romper estigmas e para-

digmas, concebendo um sistema de atendimento ao adolescente em conflito com a lei, com as seguintes características: estruturado, organizado, descentralizado e qualificado; articulado com os serviços públicos das políticas sociais básicas; desenvolvido em rede e em consonância com a legislação e normatização vigentes (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - SINASE, recomendações do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente - CONANDA); gerido a partir de um modelo de gestão democrática, planejada e monitorada permanentemente; e principalmente, centrado na ação sócio-educativa de formação e emancipação humana, capaz de suscitar um novo projeto de vida para os adolescentes.

Este movimento foi sustentado por três eixos fundamentais: a revisão do modelo arquitetônico, a implementação de uma proposta político-pedagógica-institucional e a contratação e qualificação de profissionais. Os avanços dessa política pública vão desde o aumento da oferta de vagas para adolescentes de internação e semiliberdade, passam pelo co-financiamento de programas de Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade até a formação continuada dos profissionais dos Centros de Socioeducação-Censes, dos Programas em Meio Aberto, dos Conselhos Tutelares, dos Núcleos de Práticas Jurídicas entre outros.

O trabalho de planejamento e engajamento dos servidores colocaram o atendimento socioeducativo do Paraná como referência nacional, evidenciada nas constantes visitas de gestores e profissionais de outros Estados e na premiação do projeto arquitetônico para novas unidades, pelo Prêmio Socioeducando, promovido pelo Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente - ILANUD e Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH-PR.

Nesse reordenamento institucional, realizado a partir do plano de ação de 2005-2006, foi possível qualificar a rede existente, além de criar um padrão para as novas unidades a serem implantadas, de acordo com o previsto no SINASE, de forma a constituir um sistema articulado de atenção ao adolescente em conflito com a lei.

A presente reedição dos Cadernos de Socioeducação retoma com maior força seu significado original em estabelecer um padrão referencial de ação educacional a ser alcançado em toda a rede socioeducativa de restrição e privação de liberdade e que pudesse, também, aproximar, do ponto de vista metodológico, os programas em meio aberto, criando, assim, a organicidade necessária a um sistema socioeducativo do Estado.

Nela estão presentes e revisados os 5 Cadernos: *Compreendendo o Adolescente, Práticas de Socioeducação, Gestão de Centros de Socioeducação, Rotinas de Segurança e Gerenciamento de Crises*, acrescidos de quatro novos volumes: *Programa Aprendiz; Semi-liberdade; Internação e Suicídio: Protocolo de Atenção aos Sinais e Informações sobre Drogadição*.

Todos seguem a mesma dinâmica de elaboração. São resultados de um processo de estudo, discussão, reflexão sobre a prática e registro de aprendizado, envolvendo diretores e equipes das unidades, da sede e grupos sistematizadores, com intuito de produzir um material didático-pedagógico a serviço da efetiva garantia de direitos e execução adequada das medidas socioeducativas. Trata-se, portanto, de uma produção coletiva que contou com o empenho e conhecimento dos servidores da SECJ e com a aliança inspiradora da contribuição teórica dos pensadores e educadores referenciais.

Assim esperamos que os Cadernos de Socioeducação continuem cumprindo o papel de subsidiar os processos socioeducativos junto aos adolescentes, produzindo seus resgates sócio-culturais e renovando a esperança de novos projetos de vida e de sociedade.

Como na primeira edição:

Que seu uso possa ser tão rico e proveitoso quanto foi a sua própria produção!

Sumário

1] Uso e Abuso de Drogas	20
2] As Drogas e Seus Efeitos	22
3] Drogas Depressoras	23
4] Drogas Estimulantes	28
5] Drogas Perturbadoras	35
6] Cogumelos e Plantas Alucinógenas	38
7] Alucinógenos	40
8] Outros Tipos de Droga	43
9] Prevenção ao Abuso De Drogas: O Que Você Pode Fazer?	45
11] Formas de Tratamento	49
12] Considerações Finais	53
Sugestões de Apoio	55
Filmes Recomendados	57
Leituras Recomendadas	59
Anexo I	61
Anexo II	64
Referências	68



Introdução

Inicialmente o Caderno Informações sobre Drogadição era para ser um único estudo junto com o ensaio sobre a Internação e Suicídio: protocolo de atenção aos sinais, considerando que o histórico de abuso de álcool e drogas também se encontra como uma das causas mais presentes entre os adolescentes que cometem suicídio. Publicações do Drug Abuse and Mental Health Administration, de 1990, mostram que treze por cento das pessoas que cometem suicídio o fazem em consequência do abuso de álcool e drogas. Porém, essa discussão, no contexto do atendimento socioeducativo vai muito além, por isso a opção de trazer à tona essa reflexão e consideração em um espaço à parte.

Nos Centros de Socioeducação do Paraná encontramos um alto índice de uso de substâncias psicoativas entre os adolescentes que cumprem medida socioeducativa de privação e restrição de liberdade, o que nos permite inferir a existência de uma relação estreita entre a criminalidade na adolescência e o uso de drogas. Os dados obtidos pelo relatório estatístico demonstram que, entre os adolescentes que ingressaram nos Centros de Socioeducação do Estado durante o ano de 2009, 78% dos adolescentes afirmam que já fizeram algum uso de substância psicoativa.

Outro fator presente e indicativo dessa relação é a recorrente solicitação de formação e supervisão na área de dependência de drogas feita pelos profissionais que atuam nos Censes. Essas solicitações, muitas vezes, referem-se a como abordar o tema com os adolescentes, conscientizando-os do uso de drogas e dos prejuízos causados por elas; como realizar uma breve intervenção para redução de uso abusivo; como prevenir a dependência do uso de drogas e como encaminhar os adolescentes já dependentes para a rede de tratamento.

E toda a reflexão sobre o tema é importante, considerando que o álcool e as drogas prejudicam o controle dos impulsos, inclusive das tendências autodestrutivas. Portanto, para uma compreensão ampla dos efeitos das drogas é necessário considerar a inter-relação existente entre as características da droga, as do usuário e as características do contexto, que serão abordadas de acordo com as informações do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

1]Uso e Abuso de Drogas



O uso indevido de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e da frequência. Nem toda pessoa que experimenta ou usa drogas se tornará um dependente químico, porém, sabe-se que todo dependente um dia experimentou a droga. Não existem meios de se prever, entre as pessoas que começam a usar drogas, quais serão usuárias ocasionais e quais se tornarão dependentes.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV), o abuso ou a dependência pode ser indicado por um padrão mal-adaptativo de uso de substância, que leva a um prejuízo ou sofrimento

cl clinicamente significativo, manifestado por três ou mais dos seguintes critérios e ocorre a qualquer momento em um período de 12 meses.

1. Tolerância definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a) necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;

- b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade da substância.
2. Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - a) síndrome de abstinência característica para a substância;
 - b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
 3. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
 4. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período de tempo mais longo do que o pretendido.
 5. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
 6. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.
 7. O uso da substância contínuo, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por ela.

2] As Drogas a Seus Efeitos

Além dos efeitos psicotrópicos causados pelas diferentes drogas, ou seja, dos efeitos químicos específicos do produto na atividade do Sistema Nervoso Central, destacam-se outros fatores que interferem nas sensações e no comportamento do usuário. Esses outros fatores dizem respeito ao usuário e ao lugar que este se encontra. É importante considerar o que cada pessoa sente e busca quando faz uso de drogas, pois esse consumo está presente nas crenças das pessoas sobre o que vão obter a partir disso. As condições do ambiente também vão interferir no resultado final, ou seja, no efeito provocado. Questões referentes ao consumo interferem na relação do usuário com a droga. Compreender os aspectos presentes na pessoa do usuário, no lugar onde o consumo se dá, nas crenças e nos valores presentes possibilita uma intervenção mais adequada tanto na prevenção do uso indevido de drogas como no tratamento e na reinserção social.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de um terço dos casos de suicídio estão ligados à dependência do álcool, sendo que muitos deles se apresentam sob essa influência no momento do ato suicida. O abuso de substâncias químicas tem sido encontrado cada vez mais em adolescentes que começam a ter comportamentos suicidas. Portanto, faz-se necessário conhecer esses efeitos, ou seja, a dimensão toxicológica de cada droga.

3] Drogas Depressoras

São as drogas que diminuem a atividade do cérebro, ou seja, deprimem seu funcionamento. A pessoa que faz uso desse tipo de droga fica “desligada”, “devagar”, desinteressada pelas coisas. Por isso, essas drogas são chamadas de Depressoras da Atividade do Sistema Nervoso Central.

Álcool Etílico: Etanol

Fermentados (vinho, cerveja)

Destilados (pinga, uísque, vodca)

Aspectos gerais

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Esse é um dos motivos pelos quais ele é encarado de forma diferenciada, quando comparado com as demais drogas. Apesar de sua ampla aceitação social, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema. Nos primeiros momentos após a ingestão de álcool, podem aparecer os efeitos estimulantes, como euforia, desinibição e loquacidade (maior facilidade para falar). Com o passar do tempo, começam a surgir os efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole e sono. Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo até mesmo provocar o estado de coma.

Alguns sinais da dependência do álcool são: desenvolvimento da tolerância, ou seja, a necessidade de beber maiores quantidades de álcool para obter os mesmos efeitos; aumento da importância do álcool na vida da pessoa; percepção do “grande desejo” de beber e da falta de controle em relação a quando parar; síndrome de abstinência (aparecimento de sintomas desagradáveis após ter ficado algumas horas sem beber) e aumento da ingestão de álcool para aliviar essa síndrome.

A síndrome de abstinência do álcool é um quadro que aparece pela redução ou parada brusca da ingestão de bebidas alcoólicas, após um período de consumo crônico. A síndrome tem início de 6 a 8 horas após a parada da ingestão de álcool, sendo caracterizada por tremor das mãos, acompanhado de distúrbios gastrintestinais, distúrbios do sono e estado de inquietação geral (abstinência leve). Cerca de 5% dos que entram em abstinência leve evoluem para a síndrome de abstinência grave ou delirium tremens que, além da acentuação dos sinais e sintomas anteriormente referidos, se caracteriza por tremores generalizados, agitação intensa e desorientação no tempo e no espaço.

Os indivíduos dependentes do álcool podem desenvolver várias doenças. As mais frequentes são as relacionadas ao fígado (hepatite alcoólica e cirrose). Também são frequentes problemas do aparelho digestivo (gastrite, síndrome de má absorção e pancreatite) e do sistema cardiovascular (hipertensão e problemas cardíacos). Há, ainda, casos de polineurite alcoólica, caracterizada por dor, formigamento e câibras nos membros inferiores.

Delirium Tremens O delirium tremens começa geralmente de dois a três dias depois da última ingestão de álcool, mas pode demorar mais de uma semana para aparecer. Sua intensidade de pico normalmente alcança quatro a cinco dias da últi-

ma bebida. Essa condição causa alterações perigosas na respiração, na circulação e no controle de temperatura. Pode fazer o coração bater muito rápido ou pode fazer a pressão sanguínea aumentar dramaticamente; e pode causar desidratação perigosa. O delirium tremens também pode reduzir temporariamente a quantidade de fluxo de sangue ao cérebro. Os sintomas podem incluir confusão mental, desorientação, estupor ou perda de consciência, comportamento agressivo, convicções irracionais, sudorese, perturbações do sono e alucinações.

Solventes ou Inalantes

Cola de sapateiro, esmalte, lança-perfume e acetona.

Aspectos gerais

O início dos efeitos, após a aspiração, é bastante rápido – de segundos a minutos, no máximo – e em 15 a 40 minutos já desaparecem; assim, o usuário repete as aspirações várias vezes para que as sensações durem mais tempo.

Os efeitos dos solventes vão desde uma estimulação inicial até a depressão, podendo também surgir processos alucinatórios.

Existe um fenômeno produzido pelos solventes que pode ser muito perigoso. Estes tornam o coração humano mais sensível a uma substância que o corpo fabrica, a adrenalina, que faz o número de batimentos cardíacos aumentar. Essa adrenalina é liberada toda vez que é realizado um esforço extra, como, por exemplo, correr, praticar certos esportes, etc. Assim, se uma pessoa inala um solvente e logo depois faz esforço físico, seu coração pode sofrer, pois ele está muito sensível à adrenalina liberada por causa do esforço.

A síndrome de abstinência, embora de pouca intensidade, está presente na interrupção abrupta do uso dessas drogas, sendo comum ansiedade, agitação, tremores, câibras nas pernas e insônia. Dependendo da pessoa e do solvente, a tolerância instala-se ao fim de um a dois meses.

Finalmente, sabe-se que a aspiração repetida, crônica, dos solventes pode levar a destruição de neurônios (as células cerebrais) causando lesões irreversíveis do cérebro. Além disso, pessoas que usam solventes cronicamente apresentam-se apáticas, têm dificuldade de concentração e déficit de memória.

Ópio e Morfina

Papoula do Oriente

Opiáceos

Opioides

Dentre as substâncias obtidas pelo ópio, a codeína é bastante conhecida. Sendo possível obter-se outra substância – a heroína –, ao se fazer pequena modificação química na fórmula da morfina.

Essas substâncias podem ser opiáceos naturais quando não sofrem nenhuma modificação (morfina, codeína) ou opiáceos semissintéticos quando são resultantes de modificações parciais das substâncias naturais (como é o caso da heroína).

Substâncias com ação semelhante aos opiáceos são fabricadas em laboratórios: a meperidina, o propoxifeno, a metadona são alguns exemplos. Essas substâncias to-

talmente sintéticas são chamadas de opioides, podendo ser encontradas em forma de comprimidos ou ampolas.

As pessoas que usam essas substâncias sem indicação médica, ou que abusam delas, procuram efeitos característicos de uma depressão geral do nosso cérebro: um estado de torpor, como que isolamento das realidades do mundo, uma calma em que realidade e fantasia se misturam, com o afeto meio embotado e sem paixões. O indivíduo deixa de ter sensações que são essenciais na constituição de uma vida psíquica plena.

Os narcóticos sendo usados através de injeções dentro das veias, ou em doses maiores por via oral, podem causar grande depressão respiratória e cardíaca. A pessoa perde a consciência, fica de cor meio azulada, porque a respiração muito fraca quase não mais oxigena o sangue, e a pressão arterial cai a ponto de o sangue não mais circular direito: é o estado de coma, que se não for atendido pode levar à morte.

Outro problema encontrado é a facilidade com que essas drogas levam à dependência. Elas ficam como o centro da vida das vítimas. Quando os dependentes param de tomar a droga, ocorre um violento e doloroso processo de abstinência, com náuseas e vômitos, diarreia, câibras musculares, cólicas intestinais, lacrimejamento, corrimento nasal, etc., que pode durar até 8 a 12 dias.

Além do mais, o organismo humano se torna tolerante a todas essas drogas narcóticas. Ou seja, como o dependente destas não mais consegue se equilibrar sem sentir os seus efeitos, ele precisa tomar cada vez mais doses maiores, enredando-se em dificuldades.

4] Drogas Estimulantes

Atuam no aumento da atividade do cérebro, ou seja, estimulam o funcionamento fazendo com que o usuário fique “ligado”, “elétrico”, sem sono. Por isso, essas drogas recebem a denominação de Estimulantes da Atividade do Sistema Nervoso Central.

Anfetaminas

Bolinhas

Rebites



Aspectos gerais

Costumam ser consumidas principalmente entre os motoristas que precisam dirigir durante várias horas seguidas sem descanso, a fim de cumprir prazos predeterminados; por estudantes que passam noites inteiras estudando; ou por pessoas que costumam fazer regimes de emagrecimento sem acompanhamento médico.

As anfetaminas fazem com que o organismo reaja acima de suas capacidades, esforços excessivos, o que logicamente é prejudicial para a saúde. E o pior é que a pessoa, ao parar de tomá-las, sente uma grande falta de energia (astenia), ficando bastante deprimida, pois nem consegue realizar as tarefas que normalmente fazia anteriormente ao uso dessas drogas.

Dependendo do excesso da dose e da sensibilidade da pessoa, pode ocorrer um verdadeiro estado de paranoia e até alucinações. É a psicose anfetamínica. Os si-

nais físicos ficam também muito evidentes: midríase acentuada, pele pálida (devido à contração dos vasos sanguíneos) e taquicardia. Essas intoxicações são graves, e a pessoa geralmente precisa ser internada até a desintoxicação completa. Às vezes, durante a intoxicação, a temperatura aumenta muito e isso é bastante perigoso, pois pode levar a convulsões.

O uso continuado de anfetaminas pode levar à degeneração de determinadas células do cérebro, que indica a possibilidade de o uso crônico de anfetaminas produzir lesões irreversíveis em pessoas que abusam dessas drogas.

O tempo prolongado de uso também pode trazer uma sensibilização do organismo aos efeitos desagradáveis, como paranoia e agressividade. Pequenas doses já podem acarretar a manifestação desses sintomas. Algumas pessoas que vinham tomando anfetamina há tempos e interrompem o uso podem apresentar uma síndrome de abstinência, permanecendo em um estado de grande depressão.

Cocaína

Pasta de coca

Crack

Merla

Aspectos gerais

A cocaína é uma substância natural, extraída das folhas de uma planta encontrada exclusivamente na América do Sul, a *Erythroxylon coca*, conhecida como coca ou epadu, esse último nome dado pelos índios brasileiros. A cocaína pode chegar até o consumidor sob a forma de um sal, o cloridrato de

cocaína, o “pó”, “farinha”, “neve” ou “branquinha”, que é solúvel em água e serve para ser aspirado ou dissolvido em água para uso intravenoso; ou sob a forma de base, o crack, que é pouco solúvel em água, mas que se volatiliza quando aquecida e, portanto, é fumada em “cachimbos”. Também sob a forma de base, a merla – um produto ainda sem refino e muito contaminado com as substâncias utilizadas na extração – é preparada de forma diferente do crack, mas também é fumada. Ao passarem do estado sólido ao de vapor quando aquecidos, o crack e a merla necessitam de uma temperatura relativamente baixa (95°C), diferentemente do “pó”, que necessita de 195°C; por esse motivo o crack e a merla podem ser fumados e o “pó” não.

Há ainda a pasta de coca, que é um produto grosseiro, obtido das primeiras fases de extração de cocaína das folhas da planta quando estas são tratadas com álcali, solvente orgânico como querosene ou gasolina, e ácido sulfúrico. Essa pasta contém muitas impurezas tóxicas e é fumada em cigarros chamados “basukos”.

Todos os efeitos provocados no cérebro pela cocaína também ocorrem com o crack e a merla, visto que se trata da mesma substância. Porém, a via de uso dessas duas formas (via pulmonar, já que ambos são fumados) faz toda a diferença em relação ao “pó”.

A pedra unitária possui um valor mais acessível do que a cocaína em pó, dando a impressão de que o usuário economiza quando troca o modo de consumo. Essa economia é ilusória, pois a pedra tem uma quantidade mínima de substância ativa, muito menor do que o pó. Seus efeitos, porém, são mais pronunciados pela liberação da cocaína diretamente na corrente sanguínea através dos pulmões.

Assim que o crack e a merla são fumados, alcançam o pulmão, levando a uma absorção instantânea. Pela via pulmonar, o crack e a merla “encurtam” o caminho para chegar ao cérebro, surgindo os efeitos da cocaína muito mais rápido do que por outras vias. Essa característica faz do crack uma droga “poderosa” do ponto de vista do usuário, já que o efeito acontece quase instantaneamente após uma “pipada” (fumada no cachimbo).

Porém, a duração dos efeitos do crack é muito rápida; em média, em torno de 5 minutos, enquanto, depois de injetar ou cheirar, os efeitos duram de 20 a 45 minutos. Essa certa duração dos efeitos faz com que o usuário volte a utilizar a droga com mais frequência que as outras vias (praticamente de 5 em 5 minutos), levando-o à dependência muito mais rapidamente que os usuários da cocaína por outras vias (nasal, endovenosa) e a um investimento monetário muito maior.

A essa compulsão para utilizar a droga repetidamente dá-se o nome popular de “fissura”, que é uma vontade incontrolável de sentir os efeitos de “prazer” que a droga provoca. A “fissura” no caso do crack e da merla é avassaladora, já que os efeitos da droga são muito rápidos e intensos.

O crack e a merla provocam também um estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço, falta de apetite. Esse último efeito é muito característico do usuário de crack e merla. Em menos de um mês, ele perde muito peso (8 a 10kg) e, em um tempo maior de uso, ele perde todas as noções básicas de higiene, ficando com um aspecto deplorável. Por essas características, os usuários de crack ou de merla são facilmente identificados. Após o uso intenso e repetitivo, o usuário experimenta sensações muito desagradáveis, como cansaço e intensa depressão.

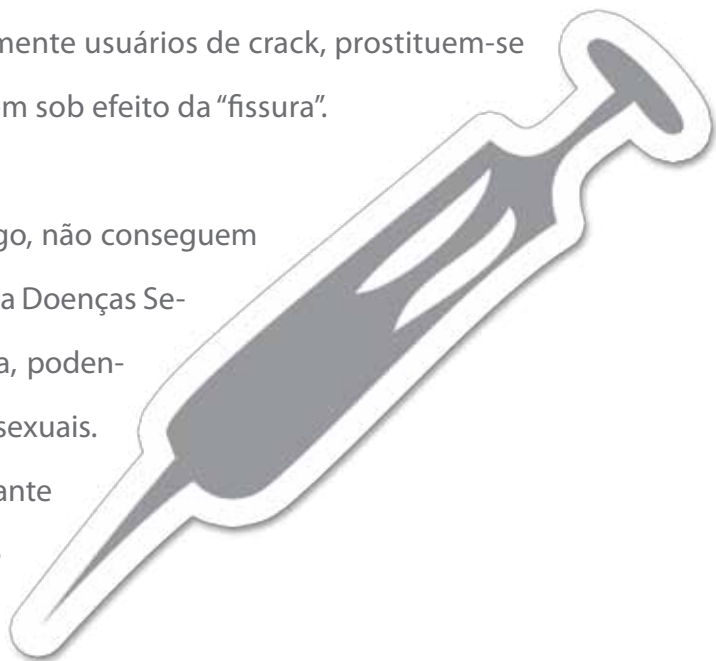
A tendência do usuário é aumentar a dose da droga na tentativa de sentir efeitos mais intensos. Porém, essas quantidades maiores acabam por levá-lo a comportamento violento, irritabilidade, tremores e atitudes bizarras devido ao aparecimento de paranoia. Esse efeito provoca um grande medo nos usuários, que passam a vigiar o local onde usam a droga e a ter uma grande desconfiança uns dos outros, o que acaba levando-os a situações extremas de agressividade. Alucinações e delírios também podem ocorrer.

Ainda pode provocar dor no peito, contrações musculares, convulsões e até coma. Porém, é sobre o sistema cardiovascular que os efeitos são mais intensos. A pressão arterial pode elevar-se e o coração pode bater muito mais rapidamente (taquicardia). Em casos extremos, chega a produzir parada cardíaca por fibrilação ventricular. A morte também pode ocorrer devido à diminuição de atividade de centros cerebrais que controlam a respiração. O uso crônico da cocaína pode levar a degeneração irreversível dos músculos esqueléticos, conhecida como rabdomiólise.

Usuários de Drogas Injetáveis

No Brasil, a cocaína é a substância mais utilizada pelos Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs). Muitas dessas pessoas compartilham agulhas e seringas e expõem-se ao contágio de várias doenças, entre elas hepatites, malária, dengue e aids. Essa prática é, hoje em dia, um fator de risco para a transmissão do HIV. Os usuários de injetáveis têm optado por mudança de via, assim, muitos antigos UDIs utilizam o crack por considerarem mais seguro, já que por essa via não compartilham seringas e agulhas. Entretanto, principalmente usuários de crack, prostíbem-se para obter a droga e geralmente o fazem sob efeito da “fissura”.

Nesse estado, perdem a noção do perigo, não conseguem proceder a um sexo seguro, expondo-se a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e, ainda, podendo transmitir o vírus a seus parceiros sexuais. Essa prática demonstra que o crack diante da DST/aids não é tão seguro quanto se supunha inicialmente.



Tabaco

Alguns fumantes, quando suspendem repentinamente o consumo de cigarros, podem sentir fissura (desejo incontrolável de fumar), irritabilidade, agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, sudorese, tontura, insônia e dor de cabeça. Esses sintomas caracterizam a síndrome de abstinência, desaparecendo dentro de uma ou duas semanas.

A tolerância e a síndrome de abstinência são alguns dos sinais que caracterizam o quadro de dependência provocado pelo uso do tabaco. A fumaça do cigarro con-

tém um número muito grande de substâncias tóxicas ao organismo. Entre as principais, citamos a nicotina, o monóxido de carbono e o alcatrão.

O uso intenso e constante de cigarros aumenta a probabilidade de ocorrência de algumas doenças, como, por exemplo, pneumonia, câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, boca, estômago, etc.), infarto de miocárdio, bronquite crônica, enfisema pulmonar, derrame cerebral, úlcera digestiva, etc. Entre outros efeitos tóxicos provocados pela nicotina, podemos destacar, ainda, náuseas, dores abdominais, diarreia, vômitos, cefaleia, tontura, desaceleração cardíaca e fraqueza.

5] Drogas Pertubadoras

HC (Tetra-hidrocanabinol)

Hashishi, Bangh, Ganja, Diamba,

Marijuana, Marihiana, Maconha

Os efeitos provenientes da droga variam de acordo com o tempo de uso, ou seja, podem ser agudos, quando decorrem apenas algumas horas após fumar, e crônicos, com consequências que aparecem após o uso continuado por semanas, meses ou mesmo anos.

Os efeitos físicos agudos são muito poucos: os olhos ficam meio avermelhados, a boca fica seca e o coração dispara, de 60 a 80 batimentos por minuto podendo chegar de 120 a 140 ou até mesmo mais (taquicardia).

Os efeitos psíquicos agudos dependerão da qualidade da maconha fumada e da sensibilidade de quem fuma. Para uma parte das pessoas, os efeitos são uma sensação de bem-estar acompanhada de calma e relaxamento, diminuição da fadiga e vontade de rir (hilaridade). Para outras pessoas, os efeitos são mais para o lado desagradável: sentem angústia, medo de perder o controle mental, tremores e sudorese. É o que comumente chamam de “má viagem” ou “bode”. Há, ainda, evidente perturbação na capacidade da pessoa em calcular tempo e espaço e um prejuízo de memória e atenção.

Aumentando-se a dose e/ou dependendo da sensibilidade, os efeitos psíquicos agudos podem chegar até a alterações mais evidentes, com predomínio de delírios e alucinações. Delírio é uma manifestação mental pela qual a pessoa faz um juízo errado do que vê ou ouve; por exemplo, sob ação da maconha uma pessoa ouve a sirene de uma ambulância e julga que é a polícia que vem prendê-la; ou vê duas pessoas conversando e pensa que ambas estão falando mal ou mesmo tramando um atentado contra ela. Em ambos os casos, essa mania de perseguição (delírios persecutórios) pode levar ao pânico e, conseqüentemente, a atitudes perigosas (“fugir pela janela”, agredir como forma de “defesa” antecipada contra a agressão que julga estar sendo tramada). Já a alucinação é uma percepção sem objeto, isto é, a pessoa pode ouvir a sirene da polícia ou ver duas pessoas conversando quando não existe nem sirene nem pessoas. As alucinações podem também ter fundo agradável ou terrificante.

Os efeitos físicos crônicos da maconha já são de maior gravidade. De fato, com o uso continuado, vários órgãos do corpo são afetados. Os pulmões são um exemplo disso. Essa irritação constante leva a problemas respiratórios (bronquites), aliás, como ocorre também com o cigarro comum. Mas o pior é que a fumaça da maconha contém alto teor de alcatrão (maior mesmo que na do cigarro comum) e nele existe uma substância chamada benzopireno, conhecido agente cancerígeno; ainda não provado cientificamente.

Outro efeito físico indesejável do uso crônico da maconha refere-se à testosterona. Esta é o hormônio masculino que, como tal, confere ao homem maior quantidade de músculos, voz mais grossa, barba, e também é responsável pela fabricação de espermatozoides. Já existem muitas provas de que a maconha diminui em até 50 a 60% a

quantidade de testosterona, o que acarreta um número bem reduzido de espermatozoides, levando à infertilidade. Assim, o homem terá mais dificuldade de gerar filhos. Esse é um efeito que desaparece quando a pessoa deixa de fumar a planta. É também importante dizer que o homem não fica impotente ou perde o desejo sexual, mas apresenta esterilidade, isto é, fica incapacitado de engravidar sua companheira.

Há ainda a considerar os efeitos psíquicos crônicos produzidos pela maconha. Sabe-se que seu uso continuado interfere na capacidade de aprendizagem e memorização e pode induzir a um estado de amotivação, isto é, não sentir vontade de fazer mais nada, pois tudo fica sem graça e sem importância. Esse efeito crônico da maconha é chamado de síndrome amotivacional. Além disso, a maconha pode levar algumas pessoas a um estado de dependência, isto é, elas passam a organizar sua vida de maneira a facilitar seu vício, e tudo o mais perde seu real valor.

Finalmente, há provas científicas de que se o indivíduo tem uma doença psíquica qualquer, mas que ainda não está evidente (a pessoa consegue “se controlar”) ou a doença já apareceu, mas está controlada com medicamentos adequados, a maconha piora o quadro. Ou faz surgir a doença, isto é, a pessoa não consegue mais “se controlar”, ou neutraliza o efeito do medicamento e ela passa a apresentar novamente os sintomas da enfermidade. Esse fato tem sido descrito com frequência na doença mental chamada esquizofrenia.

6] Cogumelos e Plantas Alucinógenas

O nosso país, principalmente através de sua imensa riqueza natural, tem várias plantas alucinógenas. Os mais conhecidos estão citados a seguir.

Cogumelos

O uso de cogumelos ficou famoso no México, onde desde antes de Cristo já era usado pelos nativos daquela região. Ainda hoje, sabe-se que o “cogumelo sagrado” é usado por alguns pajés. Ele recebe o nome científico *psilocybe mexicana* e dele pode ser extraído uma substância alucinógena poderosa: a psilocibina. No Brasil ocorrem pelo menos duas espécies de cogumelos alucinógenos, um deles é o *psilocybe cubensis* e o outro é espécie do gênero *paneolus*.

Jurema

O vinho de Jurema, preparado à base de planta brasileira *Mimosa hostilis*, chamado popularmente de Jurema, é usado pelos remanescentes índios e caboclos do Brasil. Os efeitos do vinho são muito bem descritos por José de Alencar no romance *Iracema*. Além de conhecido pelo interior do Brasil, só é utilizado nas cidades em rituais de candomblé, por ocasião de passagem de ano, por exemplo. A Jurema sintetiza uma potente substância alucinógena, a dimetiltriptamina ou DMT, responsável pelos efeitos.

Caapi e Chacrona

Duas plantas alucinógenas que são utilizadas conjuntamente sob forma de uma

bebida que é ingerida no ritual Santo Daime ou Culto da União Vegetal e em várias outras seitas. Esse ritual está bastante difundido no Brasil (existe em estados no Norte, São Paulo, Rio de Janeiro, etc.). O seu uso na nossa sociedade veio dos índios da América do Sul. No Peru a bebida preparada com as duas plantas é chamada pelos índios quéchas de Ayahuasca que quer dizer “vinho da vida”. As alucinações produzidas pela bebida são chamadas de mirações e os guias dessa religião procuram “conduzi-las” para dimensões espirituais da vida.

Efeitos no cérebro

Já foi acentuado que os cogumelos e as plantas citadas são alucinógenas, isto é, induzem alucinações e delírios.

As reações psíquicas são ricas e variáveis. Às vezes são agradáveis (“boa viagem”) e a pessoa se sente recompensada pelos sons incomuns, cores brilhantes e pelas alucinações. Em outras ocasiões os fenômenos mentais são de natureza desagradável, visões terrificantes, sensações de deformação do próprio corpo, certeza de morte iminente, etc. São as “más viagens”.

Aspectos gerais

Como ocorre com quase todas as substâncias alucinógenas, praticamente não há desenvolvimento de tolerância; também comumente não induzem dependência e não ocorre síndrome de abstinência com o cessar de uso. Assim, a repetição do uso dessas substâncias tem outras causas que não o evitar os sintomas de abstinência. Um dos problemas preocupantes com o uso desses alucinógenos é a possibilidade da pessoa ser tomada de um delírio persecutório, delírio de grandeza ou acesso de pânico e, em virtude disso, tomar atitudes prejudiciais a si e aos outros.

7] Alucinógenos

LSD-25 (ácido)

MDMA – Êxtase

O LSD-25 atua produzindo uma série de distorções no funcionamento do cérebro, trazendo como consequência uma variada gama de alterações psíquicas.

O LSD-25 é capaz de produzir distorções na percepção do ambiente – cores, formas e contornos alterados.

Outro aspecto que caracteriza a ação do LSD-25 no cérebro refere-se aos delírios. Estes são o que chamamos “falsos juízos da realidade”, isto é, há uma realidade, um fato qualquer, mas a pessoa delirante não é capaz de avaliá-la corretamente. Os delírios causados pelo LSD geralmente são de natureza persecutória ou de grandiosidade.

O perigo do LSD-25 não está tanto em sua toxicidade para o organismo, mas sim no fato de que, pela perturbação psíquica, há perda da habilidade de perceber e avaliar situações comuns de perigo. Isso ocorre, por exemplo, quando a pessoa com delírio de grandiosidade se julga com capacidades ou forças extraordinárias, sendo capaz de, por exemplo, voar, atirando-se de janelas; com força mental suficiente para parar um carro em uma estrada, ficando na sua frente ou andar sobre as águas, avançando mar a dentro.

Há também descrições de casos de comportamento violento, gerado principalmente por delírios persecutórios, como, por exemplo, no caso de o usuário atacar dois amigos (ou até pessoas estranhas) por julgar que ambos estão tramando contra ele.

Há também descrições de pessoas que, após tomarem o LSD-25, passaram a apresentar por longos períodos (o maior que se conhece é de dois anos) ansiedade muito grande, depressão ou mesmo acessos psicóticos.

O flashback é uma variante desse efeito a longo prazo: semanas ou até meses após uma experiência com LSD-25, a pessoa repentinamente passa a ter todos os sintomas psíquicos daquela experiência anterior, e isso sem ter tomado de novo a droga. O flashback é geralmente uma vivência psíquica muito dolorosa, pois a pessoa não estava procurando ou esperando ter aqueles sintomas, e assim eles acabam por aparecer em momentos bastante impróprios, sem que ela saiba por que, podendo até pensar que está ficando louca.

O fenômeno da tolerância desenvolve-se muito rapidamente com o LSD-25, mas também há desaparecimento rápido com a interrupção do uso. O LSD-25 não leva comumente a estados de dependência e não há descrição de síndrome de abstinência se um usuário crônico parar de consumir a droga.

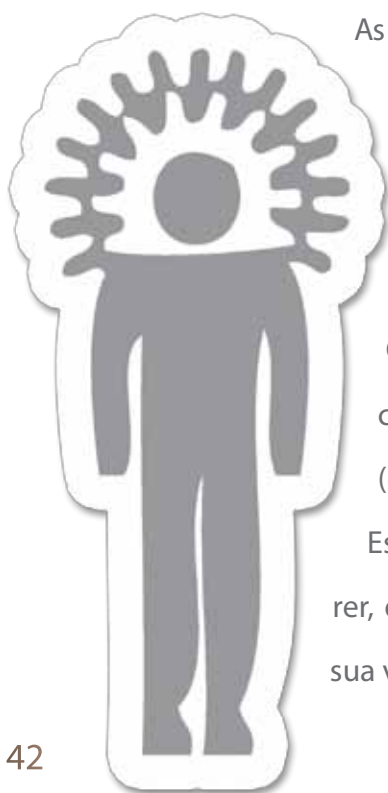
Todavia, o LSD-25, assim como outras drogas alucinógenas, pode provocar dependência psicológica, uma vez que a pessoa que habitualmente usa essas substâncias como solução para todos os seus problemas acaba por se alienar da realidade do dia a dia, aprisionando-se numa ilusão.

A MDMA é uma droga classificada como perturbadora, que tem atividade estimulante e alucinogênica (embora muito menos intensa quando comparada à maioria das drogas alucinógenas). Seus efeitos podem durar até 8 horas.

A droga apresenta efeitos semelhantes aos estimulantes do Sistema Nervoso Central (agitação), bem como efeitos perturbadores (mudança da percepção da realidade).

Efeitos residuais perduram dias após o uso de uma droga. Muitos usuários relatam ter um episódio depressivo nos dias após o uso do êxtase, o que é chamada de depressão de meio de semana. Fadiga e insônia também são comuns.

O uso de êxtase é geralmente seguido de um grande esforço físico, devido a uma prática vigorosa da dança. Essa associação (esforço físico e êxtase) tende a aumentar consideravelmente a temperatura, que pode atingir mais de 42°C e, inclusive, ser mortal.



As pessoas que usam o êxtase com frequência podem começar a apresentar problemas no fígado, e a ficar com a pele amarelada (icterícia). Problemas cognitivos (aprendizagem, memória, atenção) podem surgir com o uso repetido por período prolongado.

O êxtase também pode desencadear problemas psiquiátricos, como quadros esquizofreniformes (formas de loucura), pânico (estados de alerta intenso, com medo e agitação) e depressão. Esses problemas têm maior ou menor probabilidade de ocorrer, dependendo das características da pessoa, do momento de sua vida, da frequência e do contexto de uso.

8] Outros Tipos de Droga

Esteroides Anabolizantes

Os esteroides anabolizantes são substitutos sintéticos do hormônio masculino testosterona fabricado pelos testículos. Levam ao crescimento da musculatura (efeito anabólico) e ao desenvolvimento das características sexuais masculinas (efeito androgênico).

A propriedade dessas drogas de aumentar os músculos tem feito com que atletas ou pessoas que querem melhorar o desempenho e a aparência física utilizem anabolizantes sem necessidade médica, principalmente aqueles que se julgam pequenos e se sentem infelizes por essa condição. Esse uso estético não é médico, portanto é ilegal e ainda acarreta problemas à saúde.

Os esteroides anabolizantes podem ser tomados na forma de comprimidos ou injeções, e seu uso ilícito é iniciado com uma dose menor, aumentada com o tempo, levando os indivíduos a utilizar centenas de doses a mais do que aquela normalmente recomendada em caso de deficiência de testosterona.

Alguns usuários chegam a utilizar produtos veterinários, à base de esteroides, sobre os quais não se tem nenhuma ideia dos riscos do uso em humanos.

Alguns dos principais efeitos do abuso dos esteroides anabolizantes são: nervosismo, irritação, agressividade, problemas hepáticos, acne grave (em geral ocorre nas costas e no peito, ocasionando um problema estético sério), problemas sexuais

e cardiovasculares, diminuição do HDL (forma boa do colesterol), diminuição da imunidade. Além disso, aqueles que se injetam ainda correm o risco de compartilhar seringas e contaminar-se com o vírus da aids ou da hepatite.

No adolescente, o anabolizante pode provocar maturação esquelética prematura e puberdade acelerada, levando a um crescimento raquítico, provocando estatura baixa. A variação de humor, incluindo irritabilidade e nervosismo provocados pelo abuso de anabolizantes, pode chegar à agressividade e à raiva incontroláveis.

Os usuários podem experimentar ainda, um ciúme doentio, ilusões, podendo apresentar distorção de juízo em relação a sentimentos de invencibilidade, distração, confusão mental e esquecimentos. Podem desenvolver também distorção de julgamento do próprio corpo (dismorfia corporal), tendo a falsa sensação de que estão com a musculatura pouco desenvolvida.

Usuários, frequentemente, tornam-se clinicamente deprimidos quando param de tomar a droga, até porque perdem a massa muscular que adquiriram; um sintoma que pode contribuir para a dependência.

Atletas, treinadores físicos e mesmo médicos relatam que os anabolizantes aumentam significativamente massa muscular, força e resistência. Apesar dessas afirmações, até o momento não existe nenhum estudo científico comprovando que essas drogas melhoram a capacidade cardiovascular, a agilidade, a destreza ou o desempenho físico.

9] Prevenção ao Abuso De Drogas: O Que Você Pode Fazer?

Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas, os fatores de risco para o uso indevido de drogas são características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social que contribuem, em maior ou menor grau, para aumentar a probabilidade deste uso. Não existe um fator único determinante para o uso. Assim, para cada domínio da vida (individual, familiar, escolar, pares, comunitário) pode haver fatores de risco, além de fatores de proteção. Os fatores de proteção são características ou atributos presentes nos diversos domínios da vida que minimizam a probabilidade de um indivíduo fazer uso indevido de drogas.

FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
Baixa auto-estima, propensão à ansiedade e à depressão, doenças pré-existentes (ex.: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade)	Autoconfiança e auto-estima elevadas
Comportamento contrário às normas e às regras na infância, experiências sexuais e com as drogas precoces	Capacidade intelectual para tomar decisões; assertividade
Falta de auto-controle e assertividade	Flexibilidade nas relações interpessoais, facilidade de cooperar, autonomia, responsabilidade e comunicabilidade
Desinteresse ou desmotivação pelos estudos e por atividades úteis	Interesse pelos estudos e aspectos da vida prática
Vivência com pais ou familiares que fazem uso indevido de álcool, de medicamentos ou de outras drogas	Relação de confiança com pais, familiares, professores, colegas e outras pessoas capazes de dar apoio emocional
Dificuldades de interação interpessoal	Apresentação de habilidades sociais
Ausência de um projeto de vida	Presença de um projeto de vida
Inexistência ou pouca qualidade nos vínculos familiares, religiosos ou institucionais	Vinculação familiar afetiva, religiosa ou institucional

Extraído do documento *A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária*. Secretaria Nacional Antidrogas: Brasília, 2006.

Uma das melhores estratégias de prevenção é a informação. É importante o conhecimento sobre as drogas, principalmente sobre os seus riscos. O profissional pode contribuir na prevenção ao abuso de drogas entre adolescentes de duas formas básicas: incentivando a reflexão e a adoção de medidas no próprio Cense onde trabalha e atuando diretamente com os adolescentes.

O socioeducador que luta por um espaço que ofereça oportunidades para seus adolescentes crescerem, participarem e exercerem sua criatividade de modo produtivo (através de expressão artística, por exemplo), aprenderem conteúdos relevantes e usarem sua energia física em atividades enriquecedoras (como esporte) é um educador que contribui para um lugar e uma sociedade com menos sofrimento e menos uso indevido de drogas.

Para que essa identidade e satisfação tenham chances reais de se manifestar, o Cense precisa oferecer um ambiente que dê oportunidades aos adolescentes de criar laços afetivos com os profissionais que fazem parte do seu dia-a-dia.

Um componente importante na construção de um ambiente saudável é dar espaço para os educandos se expressarem, envolverem-se em novas propostas, compartilharem problemas e procurarem soluções. Um espaço que inclua e contribua para o desenvolvimento da auto-estima e para a percepção de limites.

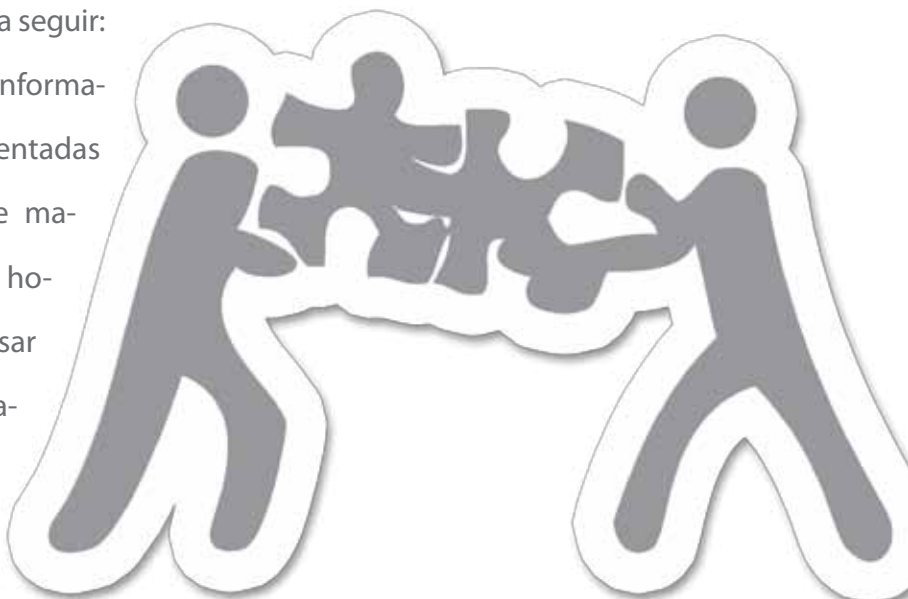
O que fazer e o que não fazer para ajudar um adolescente que apresenta problemas com drogas

Leia abaixo algumas dicas de como ter uma conversa:

- Coloque claramente sua preocupação com o comportamento dele (a), de modo calmo, dando exemplos bem concretos e específicos de episódios que você observou.
- Enfatize que a situação em que ele (a) se encontra só pode mudar se ele assumir a responsabilidade de mudá-la; cabe a ele a decisão final, embora possa haver ajuda dos outros.
- Ofereça opções de comportamentos alternativos e convide-o (a) a refletir; não exija que ele (a) se comprometa com nada de imediato, a não ser o de refletir sobre o que você falou.
- Enfatize que ele (a) é capaz de mudar, que, embora possa parecer difícil, é possível. Começar com pequenos passos pode ser a melhor maneira de conseguir mais.

As experiências mostram que alguns princípios e algumas abordagens surtem mais efeito do que outros. Veja a seguir:

- Apresente informações fundamentadas sobre drogas de maneira isenta e honesta; sem usar exagero ou estratégias de amedrontamento.



- Inclua informação realista sobre os riscos de se usar drogas, mas mencione também os benefícios de não usá-las.
- Caso vá explorar os vários motivos pelos quais as pessoas usam drogas, discuta também alternativas, outras atividades que as pessoas poderiam ter escolhido em vez de usar drogas.
- Não faça sermão, tente envolver os adolescentes ao máximo, usando as opiniões e as visões que eles oferecem.



- Não exagere os dados de consumo de drogas na nossa sociedade. A maioria dos nossos jovens é saudável e prefere se abster. Exagero só faz com que os jovens desenvolvam uma visão deformada da realidade, pensando que se eles e seus amigos não usam drogas, é porque estão “por fora”; afinal os jornais, seus pais e professores garantem que o consumo de drogas está, cada vez mais, disseminado.

Estratégia de prevenção

Pesquisas indicam que os adolescentes de alto risco, atraídos pelo uso de drogas, tendem a ter uma concepção deformada da realidade.

- Os programas mais efetivos são aqueles nos quais os jovens têm a oportunidade de exercitar maneiras de lidar com os desafios normais de sua faixa etária, como: vencer a timidez, aprender a se comunicar, como agir diante de agressões, como tomar decisões na vida pessoal e escolar. As pesquisas indicam que esses são os motivos emocionais mais comuns que levam os adolescentes a experimentar drogas, esperando que elas aliviem a tensão que esses desafios provocam.

11] Formas de Tratamento

Ao se considerar a origem dos problemas relacionados ao uso indevido de drogas não somente pelos fatores genéticos, mas também decorrentes de sua história de vida, em sua estrutura psicológica e no seu contexto econômico, social e cultural, nota-se que os adolescentes precisam de uma abordagem multidisciplinar, com médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais. Além de todo o atendimento prestado, esses adolescentes precisam de reinserção social, o que só poderá ser alcançado com a participação e o compromisso de profissionais de diferentes formações.

Principais recursos da rede SUS

Os principais recursos da rede SUS para usuários de drogas que compõem a rede de atenção básica são as unidades básicas de saúde, os núcleos de atenção à saúde da família e residências terapêuticas. O serviço de emergência é composto pelo Serviço Móvel de Urgência (SAMU), pelos Prontos de Atendimento de ambulatórios referenciados, Prontos-socorros Gerais e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III, que funcionam 24 horas. Nos serviços ambulatoriais especializados encontram-se os Ambulatórios Especializados em Saúde Mental e os Centros de Atenção Psicossocial.

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS são unidades de serviço que prestam atendimento tanto para pessoas com transtornos mentais como para pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial e da dependência de substâncias psicoativas. Os CAPS ad foram criados para atender pacientes com transtornos decorren-

tes do uso de substâncias psicoativas. A natureza do atendimento é predominantemente ambulatorial, de atenção diária, devendo o gestor local responsabilizar-se pela organização da demanda e pelo mapeamento da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e outras drogas no âmbito de seu território.

Nos casos de intoxicação aguda, síndromes de abstinência graves, comprometimento de órgãos e funções vitais e demais condições que colocam em risco a vida do dependente, os serviços hospitalares mais indicados são os hospitais gerais e psiquiátricos.

O hospital geral oferece melhores recursos clínicos em situações de crise e, muitas vezes, pode constituir também a porta de entrada para um tratamento; tão logo seja superada a fase aguda, o paciente deve ser encaminhado para atendimento por uma equipe especializada, visando ao tratamento da dependência e não somente das complicações desta. A assistência no hospital geral fornece uma importante oportunidade para a identificação precoce de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. Isso ocorre porque muitas vezes pessoas que usam drogas procuram os hospitais gerais devido a danos relacionados ao seu uso.

Os hospitais psiquiátricos atualmente contam com ala especializada para o atendimento de dependência química e têm como objetivo atender o doente grave com alterações importantes do comportamento, pensamento e de outras funções mentais, que apresentam ameaça à sua integridade física ou de terceiros, resultado de quadro tóxico ou de comorbidade, ou seja, presença de doenças associadas à dependência química.

Todo serviço de saúde voltado ao atendimento de usuários de drogas deve estar estruturado de forma a apoiar com maior eficácia o paciente que o procura. É necessário estar conectado aos demais serviços disponíveis, em forma de rede de proteção e apoio mútuo. Isso reforça e amplia as estratégias de tratamento do serviço e possibilita o encaminhamento daqueles que já concluíram o tratamento proposto, mas que ainda necessitam de outras abordagens.

Alguns desses dispositivos, complementares ao cuidado, podem ser os grupos de Ajuda Mútua, as Comunidades Terapêuticas, Centros de Convivência ou Culturais, Oficinas Terapêuticas, entre outras.

Os grupos de ajuda mútua, entre eles o Alcoólicos Anônimos(AA) e o Narcóticos Anônimos (NA), são organizados na própria comunidade, sem fins lucrativos e sem ligações com qualquer instituição religiosa ou movimento político, cujo objetivo é a manutenção da sobriedade e o acolhimento de outras pessoas com o mesmo interesse, através da troca de experiências. Além desses, também existem grupos específicos para familiares e amigos dos usuários e dependentes, tais como Amor Exigente, Al-Anon, Alateen, para membros mais jovens, e Nar-Anon, que tem auxiliado a recuperar, dar força e esperança a pessoas cujos membros da família foram afetados pela doença da adicção.

As Comunidades Terapêuticas são instituições com enfoque psicossocial, geralmente ligadas a instituições religiosas, com o papel de proteção social e de atenção complementar à Rede SUS. Apresentam como objetivo principal a abstinência e a mudança do comportamento a partir da convivência com outros residentes da entidade. Os encaminhamentos são realizados por meio da Central de Vagas, da

Coordenação de Socioeducação, mediante solicitação judicial, juntamente com as comunidades terapêuticas conveniadas com a Secretaria de Estado da Criança e da Juventude, que disponibilizam vagas aos adolescentes que se encontram em cumprimento de medidas socioeducativas de Internação ou Semiliberdade. Por ser a participação familiar de grande importância no tratamento do adolescente, segue anexo documento informativo que traz mais orientações a esse respeito.

Os recursos comunitários, de modo geral, podem representar uma importante parceria nas atividades grupais dos serviços junto aos familiares e aos pacientes. Um trabalho importantíssimo é o da mobilização familiar e comunitária, para que a pessoa em tratamento não seja excluída de sua comunidade ou estigmatizada pelo fato de ser diagnosticada como dependente.

Internação Psiquiátrica

A internação só deverá ser utilizada para casos específicos e quando os outros recursos se tornarem insuficientes. Nos estabelecimentos de saúde, a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível. Na ocorrência de uma internação psiquiátrica, o hospital deve notificar o Ministério Público e o gestor do SUS no prazo de 72 horas, para que a internação seja acompanhada.

12] Considerações Finais

A constatação de que o problema do uso de substâncias psicoativas tomou proporção de grave problema de saúde pública no país encontrou ressonância em diversos segmentos da sociedade pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que reforçam. A discussão sobre os problemas relacionados ao uso e à dependência de drogas vem sendo ampliada e refletindo em novas e mais eficazes formas de trabalho. Inúmeras ações já foram implantadas, objetivando acrescentar elementos à discussão e fortalecer as políticas e os programas.

Para o trabalho nos Centros de Socioeducação, além da discussão teórica aqui apresentada, em 2010, a proposta foi de implantação do “Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento” – SUPERA.



Em meio a um cenário de atenção à saúde integral do adolescente surgem ações para o trabalho relacionado ao uso e à dependência de substâncias psicoativas, como é o caso do instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (“Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test” – ASSIST) que deu base à

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD para desenvolver o instrumento SUPERA.

O “Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento” – SUPERA é um instrumento para a correta identificação e diagnóstico dos usuários de álcool e/ou outras drogas, instrumentalizando os profissionais da área para trabalharem com os diferentes modelos de prevenção, formas adequadas de intervenção e encaminhamento, além de outras demandas existentes em seu cotidiano de trabalho, sempre em consonância com as orientações e diretrizes da Política Nacional sobre Drogas – PNAD.

Um aspecto importante da abordagem em relação ao fenômeno é a articulação entre diferentes formas de compreender e de agir. A integração de leituras e práticas é necessária para gerar novas e mais efetivas maneiras de responder aos problemas.

Tratando-se de políticas públicas, é preciso criar um referencial teórico-prático em comum, que defina, sustente e integre as ações, fornecendo instrumentos aos profissionais atuantes. A conexão dos diferentes setores e saberes envolvidos e o aprofundamento das relações entre as instituições e os serviços são imprescindíveis para uma política que pretende trabalhar de maneira eficaz com os adolescentes que estão cumprindo medidas socioeducativas de privação e restrição de liberdade e internação provisória de usuários e dependentes de substâncias psicoativas.

Sugestões de Apoio

Abaixo são apresentadas algumas indicações de instituições públicas, privadas e órgãos não governamentais, caso haja interesse em se obter mais informações sobre o assunto abordado nesta cartilha ou conhecer os locais de atendimento na sua cidade ou região.

Centros de informação/orientação/atendimento

- Associação Brasileira de Apoio às Famílias de Drogadependentes – Abrafam
www.impacto.org/abrafam
- Alcoólicos Anônimos
www.alcoolicosanonimos.org.br
- Al-Anon e Alateen (Grupos Familiares do Brasil)
www.al-anon.org.br
- Amor-Exigente (para pais e familiares de usuários de drogas)
www.amorexigente.org.br
- Conselhos Estaduais de Entorpecentes/Antidrogas – CONENS/CEADS

- Conselhos Municipais de Entorpecentes/Antidrogas – COMENS/COMADS
www.obid.senad.gov.br
- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID
<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid>
- Coordenação Nacional de DST e AIDS
www.aids.gov.br
- Centro Utilitário de Intervenção e Apoio aos Filhos de Dependentes Químicos – Cuida
www.uniad.org.br/cuida
- Narcóticos Anônimos
www.na.org.br
- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID
www.obid.senad.gov.br
- Saúde do Adolescente – Canal do Ministério da Saúde
http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=241
- Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD
www.senad.gov.br

Filmes Recomendados

- A corrente do bem, 2000.
Direção: Mini Leder
- Diário de um adolescente, 1995.
Direção: Scott Kalvert
- 28 dias, 2000.
Direção: Betty Thomas
- Quando Um Homem Ama Uma Mulher, 1994.
Direção: Luis Mandoki
- Por volta da meia noite, 1986.
Direção: Bertrand Tavernier
- Cazuzza - O Tempo Não Para, 2004.
Direção: Sandra Werneck e Walter Carvalho
- Todos os Corações do Mundo, 1995.
Direção: Murillo Salles



- Despedida em Las Vegas, 1996.

Direção: Mike Figgis

- Traffic, 2000.

Direção: Steven Soderbergh

- O Informante, 1999.

Direção: Michael Mann

Leituras Recomendadas

- Drogas – mitos e verdades

Beatriz Carlini Cotrim. São Paulo: Ática, 1998.

- Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas

CEBRID/SENAD. Brasília. 2004.

- O alcoolismo

Ronaldo Laranjeira. São Paulo: Contexto, 1998.

- A Saúde mental do jovem brasileiro

Bacy Fleitlich-Bilyk, Ênio Roberto de Andrade, Sandra Scivoletto, Vanessa Dentzien Pinzon. São Paulo: Edições Inteligentes, 2004.

- Liberdade é poder decidir

Maria de Lurdes Zemel, FTD, 2000.

- Doces Venenos: conversas e desconversas sobre drogas

Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo: olho D'Água, 1991.

- 123 Respostas Sobre Drogas – Coleção Diálogo na Sala de Aula

Içami Tiba. São Paulo: Editora Scipione, 2003.



- Anjos caídos – como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente

Içami Tiba. São Paulo: Gente, 1999.

Anexo I

Orientações técnicas para as famílias dos adolescentes sobre as comunidades terapêuticas

As Comunidades Terapêuticas oferecem ao usuário a possibilidade de distanciamento temporário de situações de risco em função do uso abusivo ou dependência e afastamento temporário do núcleo familiar que se apresenta também desestruturado e que precisa se adaptar às necessidades de recuperação do adolescente.

Esse tipo de atendimento destina-se aos adolescentes de ambos os sexos, de 12 a dezoito anos incompletos, diagnosticados com transtornos de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, com grau de dependência leve ou moderada. A sua permanência, que varia de 6 a 9 meses, bem como a continuidade do tratamento devem ser voluntárias.

A metodologia utilizada se baseia nos princípios dos Alcoólicos Anônimos, somada a uma orientação espiritual, geralmente presente na maioria das comunidades. O foco do atendimento está na mudança do estilo de vida, contando com o compromisso de ajuda mútua firmado entre os residentes. A maioria delas está localizada na área rural, com a intenção de criar um afastamento das situações que colocam os usuários vulneráveis a situações de risco.

As solicitações são feitas mediante indicação técnica por profissional da área de saúde com o respaldo do poder judiciário, muitas vezes em função de se

tratar de adolescentes que se encontram em cumprimento de medidas socioeducativas e que sem uma determinação judicial não podem se tratar em uma comunidade terapêutica.

Além dos adolescentes que se encontram nos Centros de Socioeducação ou nas casas de semiliberdade, também recebem atendimento os usuários que se encontram em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto (Liberdade Assistida ou Prestação de Serviços à Comunidade) ou em medidas de proteção.

Os adolescentes que apresentarem grau de comprometimento grave no âmbito orgânico e/ou psicológico não são elegíveis para tratamento nas comunidades terapêuticas, devendo ser encaminhados a outras modalidades de atenção, incluindo a desintoxicação e a assistência psiquiátrica.

As comunidades terapêuticas são específicas para cada sexo, com os alojamentos separados por faixa etária, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente. São realizadas atividades diárias de manutenção da casa, atividades de terapia ocupacional, esportivas e de lazer.

Quanto ao encaminhamento à rede de saúde, as comunidades terapêuticas são responsáveis pelas pessoas que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou à privação de substâncias psicoativas como também para os casos em que apresentarem outros agravos. A oferta de serviços de saúde, bem como os de educação, deve ser disponibilizada próxima da rede comunitária.

A instituição não deve impor condições de crenças religiosas ou ideológicas ao adolescente como critério de ingresso ao tratamento. Ela deve se comprometer com

o sigilo segundo as normas éticas e legais e resguardar o direito à cidadania do adolescente, com a garantia de uma alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados.

A instituição deve fornecer ao adolescente e à sua família ou responsável as informações e orientações dos direitos e dos deveres ao aderir ao tratamento, bem como a declaração por escrito da concordância do adolescente com as normas da casa, devendo comparecer na data do internamento. É importante que a família mantenha contato permanente com a Entidade no período do tratamento, participando das visitas mensais e grupos de trabalho. A família deve se corresponsabilizar pelo tratamento do adolescente, seguindo as orientações repassadas pela equipe responsável da Comunidade Terapêutica, visto que a família deve ser trabalhada para receber o adolescente novamente em seu convívio após a obtenção da alta.

Anexo II

Crêterios para ingresso do adolescente nas comunidades terapêuticas

Com o objetivo de tornar mais eficaz o processo de ingresso do adolescente na comunidade terapêutica, o presente documento visa instrumentalizar a equipe dos Censes, Conselhos Tutelares e Varas da Infância quanto aos principais aspectos e procedimentos, com base na Resolu o – RDC n.º101, de 30 de maio de 2001, que devem ser considerados:

- A permanência e a continuidade do tratamento por parte do adolescente devem ser voluntárias.
- As vagas são destinadas a adolescentes dependentes de substâncias psicoativas que receberam medida de prote o pela autoridade competente (juiz da vara da infância) conforme inciso VI do artigo n.º 101 do ECA.
- A ficha com os dados gerais do adolescente deverá ser preenchida pelo técnico de referência do Cense, Conselho Tutelar ou da equipe da Vara da Infância, para ser encaminhada, por fax,   Comunidade Terapêutica juntamente com as cópias de:
 - RG ou certidão de nascimento;
 - determina o judicial;
 - alvará de libera o, (quando for o caso);
 - laudos médico e psicológico.
- Após a vaga ter sido assegurada pela Central de Vagas. Uma vez disponibilizada a vaga, agendar o encaminhamento do adolescente com os documentos originais.

- Os adolescentes em avaliação que apresentarem grau de comprometimento grave no âmbito orgânico e/ou psicológico NÃO são elegíveis, para tratamento nesses serviços, configurando-se quadro de transtorno mental grave ou necessidade de atendimento médico especializado e que, portanto, devem ser encaminhados a outras modalidades de atenção, incluindo a desintoxicação e a assistência psiquiátrica, nos serviços e equipamentos da rede de saúde pública de saúde mental.

Comprometimento grave biológico: sintomas que geram risco de vida provocados por uso recente de substâncias psicoativas (ex.: arritmias cardíacas, dor abdominal em barra, crise convulsiva, vertigem, hemorragia digestiva); estado de coma ou comprometimento da consciência fora do episódio agudo; tentativa de autoextermínio; traumatismo; presença de hematoma em região toracoabdominal e craniana).

Comprometimento grave psíquico: alterações do pensamento e da sensopercepção (ideias sobrevalorizadas, alucinações, sintomas paranoides agudos com ideias de perseguição, comprometimento evidente do juízo crítico), alterações afetivas mais graves (depressão, hipomania e mania), graves alterações do controle da vontade (negativismo, transtorno obsessivo, impulsos destrutivos ou outros).

Dados Gerais do Adolescente para Ingresso em Comunidades Terapêuticas

Data: ___/___/___	Sexo: () F () M	Data de Nasc.: ___/___/___
Nome:		
Escolaridade:		
End. Resid.:		
N.º	Complemento	CEP:
Bairro:	Cidade:	Estado:
Tel.: () / ()		
RG.:	CPF:	
Nome do Pai:		Profissão:
Nome da Mãe:		Profissão:
Responsável:		Profissão:

Histórico do uso de álcool e outras drogas
Quando iniciou?
Quais drogas já usou?
Drogas utilizadas:
Frequência de uso:
Seqüelas físicas e mentais decorrentes:

Faz uso de medicação? Sim () Não () Qual (is)? (Obs.: Em caso afirmativo anexar receita médica).
--

Cirurgias? Sim () Não ()

Internações anteriores? Sim () Não () Quantas?
Onde:

Exame do Estado Mental

(Consciência, Atenção, Sensopercepção, Orientação, Memória, Inteligência, Afetividade, Pensamento, Juízo Crítico, Conduta, Linguagem)

Deseja ser internado para tratamento? Sim () Não ()

Breve resumo da situação legal do adolescente:

Observações:

Técnico responsável pelas informações:

Telefone:

Instituição:

Referências

AMERICAN Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

BRASIL. Secretaria de Estado da Criança e da Juventude. Orientação técnica para os convênios da SECJ com as comunidades terapêuticas. Curitiba, 2004.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. A prevenção do uso de drogas e a terapia comunitária. Brasília, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. Drogas: cartilha para educadores/ Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

BRASIL. Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania. Capacitação para multiplicadores de ações de prevenção às drogas. Curitiba, 2009.

CEBRID/SENAD. Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas. Brasília, 2004.

RESOLUÇÃO – RDC n.º 101, de 30 de maio de 2001.



Governo do Paraná



CEDCA