JAIR VENTURA

MESMO CONHECENDO OS RISCOS, PORQUE OS JOVENS SE ENVOLVEM COM DROGAS?

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Ciências Biológicas da Universidade Federal de Santa Catarina como parte dos requisitos para a obtenção do título de Licenciado em Ciências Biológicas.

Orientador: Professor Doutor Tadeu Lemos

Pato Branco/PR
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ventura, Jair
Mesmo conhecendo os riscos, porque os jovens se envolvem com drogas? / Jair Ventura; orientador, Tadeu Lemos – Florianópolis, SC, 2013.
89 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Biológicas, Graduação em Ciências Biológicas.

Inclui referências

1. Ciências Biológicas. 2. Educação. 3. Prevenção às Drogas. I. Lemos, Tadeu. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Ciências Biológicas. III. Título.

Este trabalho é dedicado àquelas
pessoas que nunca me deixaram,
e quiçá, nunca me deixarão
desistir de sonhar.

Agradecimentos

De uma maneira especial, manifesto meus sinceros agradecimentos, em primeiro lugar à minha amada família, meus queridos filhos Dudu e Schefi e minha esposa Janete, pela grande paciência que demonstraram durante os anos que dediquei na busca dessa graduação e, principalmente, por me fazerem um pai e marido muito orgulhoso e feliz; aos meus colegas de turma, pelo apoio e companheirismo por eles dedicados durante as muitas atividades que desempenhamos juntos; aos meus irmãos de farda, policiais militares, os quais, de uma maneira ou de outra, me apoiaram na busca de maior preparo e conhecimento; a todos os tutores e tutoras que me acompanharam durante este curso, em especial ao Leonardo, pois souberam de forma excepcional diminuir a distância existente entre alunos e professores; aos professores e professoras, grandes Mestres, pela dedicação e entusiasmo frente aos desafios encontrados no caminho da construção do conhecimento; ao meu orientador, Professor Doutor Tadeu Lemos, pelo seu grande empenho e incansável esforço, me mostrando como alcançar o melhor resultado neste trabalho; e, acima de tudo, aos meus saudosos pais, Seu Ventura (*in memorian*) e Dona Nena (*in memorian*), pois onde quer que estejam, não tenho a menor duvida, estão iluminando meu caminho e me direcionando ao rumo de uma formação baseada na ética e na moral.

...tudo é dor e toda a dor vem da vontade
de não sentirmos dor...
(Renato Russo – Legião Urbana - 1989)

Resumo

As drogas psicotrópicas fazem parte da cultura humana há muitos anos e, na busca de compreender os motivos que levam jovens a utilizarem tais substâncias mesmo conhecendo seus riscos, efetuamos uma revisão na bibliografia e em meio eletrônico avaliando os dados encontrados. Através desta revisão bibliográfica narrativa, constatamos que os principais levantamentos estatísticos realizados no Brasil foram feitos pelo CEBRID e mostram, entre outros dados importantes, que o número de usuários vem diminuindo nos últimos anos, entretanto, também mostram que o consumo de álcool, tabaco, solventes/inalantes e maconha ainda é bastante preocupante, assim como a idade precoce para o seu primeiro uso. Nosso trabalho também levantou que os principais fatores de risco, ou seja, as principais circunstâncias capazes de aumentar a vulnerabilidade para o uso de drogas, podem ter relação direta com o indivíduo, com seu meio de convivência e com a própria droga, bem como, com um determinado estímulo cerebral, que é responsável pelo efeito reforçador de uso.

Palavras-chaves: drogas, adolescência, dependência química, abuso.

Resumen

Los fármacos psicotrópicos son parte de la cultura humana por muchos años y, al tratar de entender las razones que llevan a los jóvenes a usar esas sustancias aún sabiendo los riesgos, se realizó una revisión de la literatura y en los medios electrónicos, evaluando los datos encontrados. A través de la revisión narrativa de la literatura, se encontró que los principales estudios estadísticos realizados en Brasil fueron hechos por CEBRID y muestra, entre otros datos importantes, que el número de usuarios ha ido disminuyendo en los últimos años, sin embargo, también muestran que el consumo de alcohol, tabaco, solventes / inhalables y la marihuana sigue siendo muy preocupante, así como la edad temprana para su primer uso. Nuestro trabajo también planteó que los principales factores de riesgo, es decir, las principales circunstancias que aumentan la vulnerabilidad al consumo de drogas, pueden ser directamente relacionados com el individuo, con su forma de vida y de la droga en sí, así como con un estímulo del cerebro, que es responsable por el efecto de refuerzo en uso.

Palabras clave: drogas, adolescencia, dependencia quimica, abuso.

Lista de figuras

Figura 1 – Diferentes tipos de bebidas alcoólicas 30
Figura 2 – Exemplares da flor conhecida como Papoula do Oriente 32
Figura 3 – Embalagens de tinta e solventes, geralmente utilizados como drogas de abuso 33
Figura 4 – Plantas utilizadas no preparo do chá do Santo Daime 35
Figura 5 – Pé de maconha 36
Figura 6 – Adesivos com figuras diversas, embebidos em LSD 37
Figura 7 – Folhas de coca prontas para serem Processadas 40
Figura 8 – Miligramas de cafeína por porção de bebida 41
Figura 9 – Plantação de fumo (*Nicotiana tabacum*) 42
Figura 10 – Gráficos comparativos de uso na vida para Brasil, EUA e Chile 63

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Comparativo entre o nº de usuários de drogas e a população Brasileira 45
Gráfico 2 – Consumo *per capta* de álcool 46
Gráfico 3 – Proporcionalidade entre jovens e uso de drogas em 1981 46
Gráfico 4 – Proporcionalidade entre jovens e uso de drogas em 2001 47
Gráfico 5 – Proporção de brasileiros usuários de álcool e tabaco 47
Gráfico 6 – Diferença entre usuários de drogas lícitas e ilícitas em 2005 48
Gráfico 7 – Comparativo entre as drogas de maior uso na vida (2001) 51
Gráfico 8 – Comparando álcool e tabaco com as demais drogas (2001) 52
Gráfico 9 – Porcentagem de dependentes (2001) 52
Gráfico 10– Distribuição entre os usuários de álcool (2001) 53
Gráfico 11– Distribuição entre os usuários de tabaco (2001) 54
Gráfico 12– Distribuição entre os dependentes de álcool (2001) 55
Gráfico 13– Distribuição entre os dependentes de tabaco (2001) 55
Gráfico 14 – Prevalência de uso na vida (2005) 56
Gráfico 15 – Proporção entre dependentes (2005) 57
Gráfico 16– Distribuição entre os usuários de álcool (2005) 58
Gráfico 17– Distribuição entre os usuários de tabaco (2005) 59
Gráfico 18– Distribuição entre os dependentes de álcool (2005) 60
Gráfico 19– Distribuição entre os dependentes de tabaco (2005) 60
Gráfico 20– Uso na vida para álcool em Curitiba – 87, 89, 93, 97 e 2004 63
Gráfico 21– Uso na vida para álcool em Curitiba conforme o sexo 64
Gráfico 22– Uso na vida para tabaco em Curitiba – 87, 89, 93, 97 e 2004 64

Gráfico 23 – Uso na vida para tabaco em Curitiba conforme o sexo 65
Gráfico 24 – Uso freqüente para álcool e tabaco – 89, 93, 97 e 2004 65
Gráfico 25 – Proporções de uso na vida 68
Gráfico 26 – Uso na vida, exceto álcool e tabaco – 2004 e 2010 69
Gráfico 27 – Variação de Uso na vida para álcool – 2004 e 2010 70
Gráfico 28 – Variação de Uso na vida para tabaco – 2004 e 2010 71
Gráfico 29 – Variação de Uso na vida em Curitiba – 2004 e 2010 72
Gráfico 30 – Uso na vida para álcool e tabaco em Curitiba – 2004 e 2010 72
Gráfico 31 – Uso no ano para álcool e tabaco em Curitiba – 2004 e 2010 73

Lista de tabelas

Tabela 1 – Aumento nas apreensões de drogas entre 2002 e 2007 20
Tabela 2 – Níveis de álcool no sangue 31
Tabela 3 – Efeitos dos solventes e inalantes 34
Tabela 4 – Classificação das drogas quanto às suas ações no SNC e à legalidade 44
Tabela 5 – Prevalência de uso entre jovens da América do Sul 49
Tabela 6 – Maior percentagem do uso na vida 50
Tabela 7 – Percentagem do uso na vida 51
Tabela 8 – Uso de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo masculino 53
Tabela 9 – Uso de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo feminino 53
Tabela 10 – Dependência de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo feminino 54
Tabela 11 – Dependência de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo masculino 54
Tabela 12 – Percentagem do uso na vida 56
Tabela 13 – Estimativa de dependentes 57
Tabela 14 – Uso de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo masculino 58
Tabela 15 – Uso de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo feminino 58
Tabela 16 – Dependência de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo feminino 59
Tabela 17 – Dependência de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo masculino 59
Tabela 18 – Maior prevalência de uso na vida e de uso freqüente 61
Tabela 19 – Idade média para o primeiro uso 62
Tabela 20 – Uso na vida no Brasil e EUA 62
Tabela 21 – Evolução do uso na vida para álcool, conforme a faixa etária 64
Tabela 22 – Evolução do de tabaco, conforme a faixa etária 65
Tabela 23 – Uso de drogas (exceto álcool e tabaco), conforme a faixa etária 67
Tabela 24 – Uso de drogas, conforme o tipo de uso 68

Tabela 25 – Variação de Uso na vida para álcool, conforme a faixa etária 70
Tabela 26 – Variação de Uso na vida para tabaco, conforme a faixa etária 70
Tabela 27 – Evolução do Uso de álcool e tabaco, conforme a faixa etária 73
Tabela 28 – Fatores de risco 75

Lista de abreviaturas e siglas

a. C.	Antes de Cristo
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
As	Arsênio
bi	Bilhões
Cd	Cádmio
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas
CO	Monóxido de carbono
COMAD	Conselho Municipal Antidrogas
CONEM	Conselho Estadual Antidrogas
EUA	Estados Unidos da América
gr	Grama
hab	habitantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
Inf.	Informado-
kg	Quilograma
l	litro
LSD-25	Dietilamida do ácido lisérgico
MDMA	Metilenodioximetanfetamina
mg	Miligrama
mi	Milhões
MS	Ministério da Saúde
ñ	Não
Ni	Níquel
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NH_3	Amônia
OBID	Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG‘s	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
Pág	Página
PC	Polícia Civil
PF	Polícia Federal
PM	Polícia Militar
PROERD	Programa Educacional de Resistências às Drogas e à Violência

PRONASCI	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PubMed	Site de publicações médicas
reg.	Registrado
RBS TV	Rede Brasil Sul de Televisão
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SENAD	Secretaria Nacional Sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substância psicoativa
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
THC	Tetrahidrocanabinol
ton	Tonelada
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
un	Unidade
UNIAD	Unidade de Pesquisa em Álcool e Droga
UNODC	United Office on Drugs and Crime

Sumário

1	Introdução	19
2	Objetivos	23
2.1	Objetivo Geral	23
2.2	Objetivos Específicos	23
3	Metodologia	25
4	Revisão da literatura	27
4.1	Drogas: definições e classificação	27
4.1.1	Drogas depressoras do SNC	29
4.1.1.1	Álcool etílico	29
4.1.1.2	Barbitúricos	31
4.1.1.3	Ansiolíticos	31
4.1.1.4	Opióides	32
4.1.1.5	Inalantes e solventes	32
4.1.2	Drogas perturbadoras do SNC	34
4.1.2.1	Chá de Ayahusca	35
4.1.2.2	Maconha	35
4.1.2.3	Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD)	37
4.1.2.4	Êxtase	39
4.1.3	Drogas estimulantes do SNC	40
4.1.3.1	Cocaína	40
4.1.3.2	Anfetaminas	41
4.1.3.3	Cafeína	41
4.1.3.4	Tabaco	42
4.2	Estatísticas	44
4.2.1	I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil	50
4.2.2	II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil	55
4.2.3	V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras	61
4.2.4	VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras	66
4.3	Fatores de risco	73
5	Comentários	77
6	Conclusões	81

1 Introdução

Não é recente que o ser humano conhece os efeitos das substâncias psicoativas, nossos antepassados já as utilizavam desde tempos remotos. No início, provavelmente por acaso ou observando a natureza e vendo o comportamento de animais após ingerirem certos tipos de plantas ou frutos. Depois, repetindo esse comportamento quer seja para fins medicinais, quer seja como uma forma religiosa buscando “encontrar” os deuses, ou mesmo com finalidades culturais ou recreativas.

A reportagem da revista Super Interessante intitulada Drogas: 5 mil anos de viagem (LOPES, 2006), destaca que algumas drogas já eram utilizadas por tribos africanas há cerca de cinco milênios. Também, que a cocaína, em sua forma nativa (a folha de coca), já fazia parte da cultura dos nativos americanos bem antes da chegada dos descobridores europeus. E que a maconha, por sua vez, já era conhecida da humanidade há mais de 10 mil anos. Poderíamos, aqui, citar ainda outros vários exemplos, o que mostra que o uso das drogas já faz parte do cotidiano de nossa espécie há bastante tempo.

Como forma de lidar com essa situação, nos últimos anos foram desencadeadas em nosso país e em praticamente todas as nações do mundo, inúmeras campanhas de conscientização e prevenção ao uso abusivo de drogas. Neste período surgiram várias Organizações Não Governamentais (ONG’s), diversos mecanismos públicos - tanto da esfera federal, como da esfera estadual ou mesmo da esfera municipal, inúmeros voluntários, incontáveis campanhas, panfletagens, documentários, filmes, anúncios de utilidade pública, entre outros. Como exemplo dessas iniciativas, podemos citar a criação da Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD), em 1998; a criação do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP), em 2004; a criação do Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), em 2006; a criação do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), em 2007; a instituição dos Conselhos Estaduais e Municipais Antidrogas (CONEN - COMAD); a idealização do Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência (PROERD); a gravação do filme “Diário de um Adolescente” (EUA, 1995 - baseado no livro The Basketball Diaries); a gravação da música “Tem Alguém Aí”, do músico Gabriel O Pensador; a veiculação da campanha “Crack nem pensar” (RBS

TV), da campanha “O Crack é um problemas de todos nós” (Ministério da Saúde), ou da campanha “Pela Vida, Contra as Drogas” (Rádio Jovem Pan); a divulgação das conseqüências do uso de tabaco através de imagens impressas nas embalagens de cigarro; a elaboração de cursos de capacitação para lideranças comunitárias; a elaboração de leis de proibição de fumo em áreas restritas, da “lei seca” (repressão ao uso de álcool pelos motoristas), ou da lei de proibição de uso de bebidas alcoólicas e/ou de tabaco por crianças e adolescentes; entre muitas outras. Enfim, desta forma a sociedade vem tentando se organizar na busca de coibir ou, ao menos, diminuir, o estrago que estas substâncias vêm provocando em seu meio.

Aliado a isso, diuturnamente ocorrem diversas ações de caráter repressivo articuladas pela Polícia Federal (PF), pelas polícias estaduais [tanto Polícia Militar (PM), quanto Polícia Civil (PC)] e pelo poder judiciário, tirando de circulação grandes e pequenos traficantes, juntamente com toneladas de diferentes substâncias entorpecentes todos os anos e em todas as regiões geográficas do território nacional. Dentre estas operações, podemos citar a matéria divulgada pela página da web “Click RBS” em 23 de maio de 2012, que diz que nos primeiros 4 meses do ano, as forças policiais catarinenses já apreenderam praticamente a mesma quantidade de maconha que havia sido apreendida em todo o ano anterior. Ou como o divulgado no site “www.Terra.com.br”, que relata sobre a maior apreensão de maconha realizada pela Polícia Federal no ano passado: 3,2 toneladas (ton) apreendidas no estado do Mato Grosso do Sul, no dia 07 de junho. Ou, ainda, o divulgado no Jornal “A Notícia” de 02 de abril de 2012, onde a Polícia Federal afirma ter realizado a maior apreensão de cocaína no estado catarinense. Vendo a tabela 1, abaixo, que foi adaptada do Relatório Mundial Sobre Drogas, elaborado pelo Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime (UNODC, 2009), ainda podemos perceber o considerável aumento da quantidade de drogas apreendidas no Brasil entre os anos 2002 e 2007.

Tabela 1 – Aumento nas apreensões de drogas entre 2002 e 2007

(continua)

Tipo de droga	Ano de 2002	Ano de 2007	Aumento (%)
Cocaína	9.214.700 kg	16.608.500 kg	80,24
Crack	200.500 kg	578.060 kg	188,31

Tabela 1 – Aumento nas apreensões de drogas entre 2002 e 2007

(continuação)

Tipo de droga	Ano de 2002	Ano de 2007	Aumento (%)
Maconha	194.080.000 kg	196.830.000 kg	1,42
Haxixe	26.100 kg	150.094 kg	849,72
Êxtase	15.804 kg	211.145 kg	1.236,02
LSD	231 un	3.239 un	1.302,16

Fonte: Adaptado do Relatório Mundial Sobre Drogas (UNODC, 2009).

No mesmo estudo, é afirmado que *"Em 2007, o Brasil entrou na lista dos 22 países com maiores apreensões de substâncias do grupo ecstasy"* (UNODC, 2009, pág. 142). Em relatório mais recente os pesquisadores concluíram que *"no Brasil, as apreensões federais (de cocaína) mais do que triplicaram desde 2004, chegando a 27 toneladas em 2010"*, ou ainda, *"o Brasil registrou a apreensão de 155 toneladas da erva de Cannabis, em 2010"* (UNODC, 2012). Ou seja, não é difícil encontrar notícias relacionadas à repressão ao uso de drogas. Entretanto, ao contrário do que era de se esperar, o que também se nota é um aumento do número de seus usuários e uma diminuição cada vez maior da idade do primeiro uso entre os jovens brasileiros.

O presente trabalho surge, portanto, da necessidade de conhecermos os motivos que levam pessoas, principalmente crianças e adolescentes, a utilizarem drogas de abuso, mesmo depois de intensa divulgação (seja através da mídia, de campanhas educativas ou mesmo do ambiente escolar) sobre os enormes prejuízos que estas substâncias trazem para a saúde física e/ou metal do usuário, bem como para sua boa convivência em sociedade, outro grande problema relacionado ao uso dessas substâncias.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Tendo em vista o acima exposto, este trabalho tem como objetivo geral, a realização uma revisão bibliográfica narrativa sobre os principais fatores motivacionais que conduzem ao uso de substâncias psicoativas por jovens, bem como os principais resultados desse uso para o organismo humano.

2.2 Objetivos específicos

Buscar na literatura especializada quais são as drogas com maior incidência de uso entre os jovens brasileiros, bem como quais os seus principais efeitos e quais as suas principais consequências.

Também, buscar os principais dados estatísticos levantados sobre o percentual de usuários e os principais dados estatísticos sobre o percentual de dependentes.

Depois disso, conhecer os motivos e as razões que levam estes jovens a utilizarem substâncias caracterizadas como drogas, mesmo sendo largamente conhecidos os diversos riscos que elas (as drogas) tendem a ocasionar.

3 Metodologia

Nosso trabalho consistirá de uma revisão narrativa da literatura em base de dados Pubmed e Scielo, compreendendo as palavras chave drogas, adolescência, dependência química e abuso, em português e inglês, e também em livros científicos sobre o tema.

Também serão visitados sites de instituições que reconhecidamente contribuem para o estudo e compreensão da questão das drogas de abuso, como os brasileiros: Unidade de Álcool e Drogas – UNIAD (www.uniad.org.br) e do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas – CEBRID (www.cebrid.epm.br), ambos da Universidade Federal de São Paulo, além dos sites internacionais, como o do governo americano National Institute on Drug Abuse - NIDA (www.drugabuse.gov) e o da Organização Mundial de Saúde (OMS) United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC (www.unodc.org).

Do material encontrado, será feita uma análise crítica e reflexiva dos principais pontos de vista dos autores, detectando quais as drogas mais utilizadas, quais os seus principais efeitos (físicos e mentais), quais os fatores de risco, quais os maiores argumentos relatados pelos usuários, quais as principais dificuldades encontradas por quem pretende deixar de usá-las, quais as principais circunstâncias que levam jovens a se envolverem com drogas, qual a relação entre adolescência e predisposição ao uso de psicotrópicos, entre outros aspectos pertinentes ao tema.

Depois desse levantamento, serão considerados quais os pontos em que existe concordância entre os diferentes autores, bem como os pontos de divergência entre eles, sendo que, com estas informações, será elaborado nosso trabalho de conclusão de curso.

4 Revisão da literatura

Iniciamos nossa pesquisa levantando, nas bases de dados Pubmed e Scielo, trabalhos relacionados ao tema. Para isso, buscamos primeiramente artigos contendo a palavra-chave: drogas, sendo que, nesta busca, encontramos cerca de 4 mil artigos contemplando este perfil. Em seguida, efetuamos três refinamentos na pesquisa, primeiramente selecionando trabalhos com a palavra-chave adolescência, em seguida, trabalhos contendo a expressão dependência química e, finalmente, contendo a palavra abuso. Desta forma chegamos a cerca de 50 artigos. Efetuamos a leitura, num primeiro momento, dos seus resumos, selecionando, assim, os que apresentavam pertinência com os objetivos de nosso trabalho. Destes, efetuamos uma leitura crítica, sendo que seus principais pontos foram utilizados como base para nossas conclusões. Também fizemos a observação das referências bibliográficas utilizadas pelos autores dos artigos estudados, das quais pudemos perceber que se destacavam trabalhos realizados pelo CEBRID, pela OMS, pelo OBID e pelos seguintes autores: Beatriz Carlini, José Carlos Galduron, Solange Napp, Ana Regina Noto, Tadeu Lemos, Maria Cecília de Souza Minayo, Sérgio Nicastri, Maria de Lurdes Zimel, entre outros. Depois de analisarmos criteriosamente este material, obtivemos os dados que seguem.

4.1 Drogas: definições e classificação

De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde, droga é qualquer substância não produzida pelo organismo e que tenha a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Alterações estas que podem ser físicas, mentais e/ou comportamentais, variando de intensidades ao se levar em conta questões pessoais do usuário (OMS, 1993).

Concordando com isso temos a definição dada pela SENAD, a qual diz que

> [...] drogas são substâncias utilizadas para produzir alterações, mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional, sendo que atuam no

> cérebro afetando a atividade mental e, por essa razão, são denominadas psicoativas. (SENAD, 2010, pág. 17)

Seguindo um pouco mais além, vemos que as drogas podem ser classificadas de várias maneiras: quanto à origem (sintética ou natural), quanto a sua intensidade de ação (ação rápida, ação lenta), quanto à via de administração (injetável, oral, subcutânea, por inalação etc), quanto ao seu potencial de uso nocivo e utilidade clínica (classe I – nenhuma utilidade clínica e alto potencial de abuso e dependência, classe II – baixa utilidade clínica e alto potencial de abuso e dependência, classe III – alguma utilidade clínica e potencial moderado de abuso e dependência, classe IV – grande utilidade clínica e baixo potencial de abuso e dependência e classe V – grande utilidade clínica e potencial muito baixo de abuso e dependência), quanto à forma de apresentação (pó, líquido, pasta, drágeas etc) e, principalmente, sobre os dois seguintes aspectos. Primeiramente conforme seu status legal (ou seja, de acordo com a legislação), onde elas são divididas entre lícitas ou ilícitas, de tal forma que as ilícitas (como a cocaína, a heroína, o LSD, o Êxtase, a morfina, o ópio, o crack, a maconha etc) têm sua produção e/ou comercialização proibidas por lei específica. Já as consideradas lícitas (bebidas alcoólicas, tabaco, medicamentos, chás, xaropes, solventes etc), isto é, as legais, estas podem ser comercializadas e/ou produzidas livremente, bastando para tal, apenas algumas considerações, como a idade de quem as utiliza, ou as circunstâncias de sua compra ou uso, sendo que o Ministério da Saúde (MS), através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), disponibiliza no site: www.anvisa.gov.br/medicamentos/controlados/legis.htm listas atualizadas destas drogas, conforme legislação em vigor no país.

E, por outro lado, conforme seus efeitos farmacológicos, ou seja, conforme suas ações perceptíveis sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), quando, segundo Paula e Pires (2002), podem ser classificadas em três categorias: drogas depressoras do sistema nervoso central; drogas estimulantes do sistema nervoso central ou drogas perturbadoras do sistema nervoso central, diferenciando-se, umas das outras, de acordo com as modificações que provocam na atividade mental ou no comportamento do indivíduo.

4.1.1 Drogas depressoras do SNC

As drogas depressoras do sistema nervoso central, de acordo com Lemos & Lima (2009, pág. 93) são “aquelas que inibem as funções psíquicas, com ação relaxante e calmante”. Da mesma forma, Nicastri (2010, pág. 15) explica que:

> Esta categoria inclui uma grande variedade de substâncias, que diferem acentuadamente em suas propriedades físicas e químicas, mas que apresentam a característica comum de causar uma diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC. Como conseqüência dessa ação, há uma tendência de ocorrer uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, e é comum um efeito euforizante inicial e, posteriormente, um aumento da sonolência. (NICASTRI, 2010, pág. 15)

Dentre as diversas substâncias psicotrópicas classificadas como drogas depressoras do sistema nervoso central, podemos citar principalmente as seguintes:

4.1.1.1 Álcool etílico

O Álcool Etílico (ou simplesmente Álcool) é um produto da fermentação de carboidratos, geralmente extraídos da cana-de-açúcar (cachaça), da uva (vinho, espumante), da cevada (cerveja), do arroz (saqué ou saquê), do agave azul (tequila), entre outros vegetais e frutas, dos quais se produzem inúmeros tipos de bebidas e licores.

Nicastri (2010, pág. 16) define esta droga como tendo propriedades euforizantes e intoxicantes, sendo conhecida desde “tempos pré-históricos” e por praticamente todas as culturas, tornando-se “seguramente” a droga psicotrópica de uso e abuso “mais amplamente disseminada em grande número e diversidade de países na atualidade”. A figura 1 nos mostra uma pequena parcela da grande diversidade de apresentação desta droga.

Figura 1 – diferentes tipos de bebidas alcoólicas

Fonte: Arquivo pessoal

Seus efeitos, que podem ser vistos na tabela 2, vão depender dos níveis de álcool encontrados no sangue do usuário, variando entre desinibição do comportamento; diminuição da capacidade crítica; hilariedade e labilidade afetiva[1]; ataxia[2]; e prejuízo das funções sensoriais (quando seu nível é considerado baixo). Maior incoordenação motora; fala pastosa; dificuldade de marcha; reflexos lentos; aumento da sonolência; e diminuição da capacidade de raciocínio e da concentração (quando os níveis são intermediários). E náuseas; vômitos; diplopia[3]; acentuação da ataxia e da sonolência; hipotermia, coma alcoólico e, num quadro extremo, óbito por parada respiratória. Através do uso continuado, pode causar grande dependência.

Tabela 2 – Níveis de álcool no sangue

Baixo	Médio	Alto
Desinibição do	Maior incoordenação	Podem surgir

[1] Labilidade afetiva: Tendência de passar alternadamente e com certa freqüência por estados de alegria e de melancolia.
[2] Ataxia: Incoordenação, perda de controle muscular.
[3] Diplopia: Visão duplicada da mesma imagem.

comportamento Diminuição da crítica. Hilariedade e labilidade afetiva (a pessoa ri ou chora por motivos pouco significativos). Certo grau de incoordenação motora. Prejuízo das funções sensoriais.	motora (ataxia). A fala torna-se pastosa. Há dificuldade de marcha e aumento importante do tempo de resposta. Aumento da sonolência, com prejuízo das capacidades de raciocínio e concentração.	náuseas e vômitos. Visão dupla (diploidia). Acentuação da ataxia e da sonolência (até o coma). Pode ocorrer hipotermia e morte por parada respiratória

Fonte: Adaptado de Nicastri (2010).

4.1.1.2 Barbitúricos

Os Barbitúricos são substâncias sintetizadas artificialmente, existindo desde o início do século XX. Eles apresentam diversas propriedades comuns ao álcool e a outros tipos de tranquilizantes, sendo utilizados inicialmente para o tratamento da insônia. No entanto, sua dose ideal se encontra muito próxima da dose tóxica ou letal, podendo causar diminuição da capacidade do raciocínio e da concentração; sensação de calma, relaxamento e sonolência; reflexos mais lentos; e, com doses pouco maiores, sintomas semelhantes à embriaguez. Quando administradas doses ainda maiores, pode causar coma, devido à acentuação da sonolência; e morte por parada respiratória (NICASTRI, 2010).

4.1.1.3 Ansiolíticos

Os ansiolíticos benzodiazepínicos, antigamente conhecidos como tranquilizantes menores, são, de acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), “medicamentos que têm a propriedade de atuar quase que exclusivamente sobre a ansiedade e tensão”, entretanto, quando usados por meses consecutivos podem levar as pessoas a um estado de dependência e, sem a droga o dependente passa a sentir muita irritabilidade, insônia excessiva, sudoração,

dor pelo corpo todo podendo, nos casos extremos, apresentar convulsões. Se a dose tomada já é grande desde o início a dependência ocorre mais rapidamente ainda. Há também desenvolvimento de tolerância, embora esta não seja muito acentuada, isto é, a pessoa acostumada à droga não precisa aumentar a dose para obter o efeito inicial.

4.1.1.4 Opióides

Os opióides (ou opiáceos) são substâncias extraídas da planta *Papaver somniferum*, popularmente conhecida como Papoula do oriente (ver figura 2), efetuando cortes em sua cápsula enquanto ainda verde, obtendo-se um "suco leitoso", que quando seco se transforma em pó de ópio. Deste pó se fabricam, entre outras coisas, a codeína[4], a morfina e desta, a heroína, todas com propriedades anestésicas, analgésicas, antitussígenas[5] e soníferas.

Figura 2 – Exemplares da flor conhecida por Papoula do Oriente

Fonte: https://www.br.freepik.com

4.1.1.5 Inalantes e solventes

Os inalantes e solventes, de acordo com o CEBRID, têm a seguinte definição:

> [...] a palavra solvente significa substância capaz de dissolver coisas, Já, inalantes, são todas as substâncias que podem ser

[4] Codeína: Opiáceo utilizado como analgésico em medicamentos.
[5] Antitussígenas: Que reduzem a frequência da tosse.

> inaladas, isto é, introduzidas no organismo através da aspiração pelo nariz ou boca. Via de regra todo solvente é uma substância altamente volátil, isto é, se evapora muito facilmente sendo daí que pode ser facilmente inalado. Outra característica dos solventes ou inalantes é que muitos deles (mas não todos) são inflamáveis, ou seja, pegam fogo facilmente. (CEBRID, 2003, pág. 16)

Nicastri (2010) descreve estas drogas como sendo um "grupo de substâncias, entre os depressores, [que] não possui nenhuma utilização clínica, com exceção do éter etílico e do clorofórmio", pois estes já foram amplamente utilizados como anestésicos gerais.

Como exemplos deste grupo, temos a cola de sapateiro, acetona, removedores de tinta, água raz, benzina, esmalte, fluido de isqueiro, gasolina, tintas, loló ou lança-perfume (éter e clorofórmio), entre outros tipos de solventes, os quais além de serem largamente utilizados como drogas de abuso (talvez pela facilidade de compra), também apresentam o risco da inalação involuntária, principalmente por trabalhadores que fazem uma manipulação incorreta destes produtos (ver figura 3, abaixo).

Figura 3 – Embalagens de tinta e solventes, geralmente utilizados como drogas de abuso

Fonte: www.mundoeducacao.com.br

Nicastri (2010, pág. 20) afirma que *"seus efeitos têm início bastante rápido após a inalação, de segundos a minutos, e*

também têm curta duração, o que predispõe o usuário a inalações repetidas, com conseqüências, às vezes, desastrosas", as quais podemos ver na tabela 3, abaixo.

Tabela 3 – Efeitos dos solventes e inalantes

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

Fonte: Adaptado de Nicastri (2010).

4.1.2 Drogas perturbadoras do SNC

Outra categoria de drogas inclui as alucinógenas ou perturbadoras do SNC.

Estas drogas, segundo Lemos & Lima (2009, pág. 93), são "aquelas que confundem, atrapalham e desorganizam as funções psíquicas, com ação confusional e alucinógena", isto é, as que causam alucinações. Este termo (alucinação) é definido por Nicastri (2010) como "uma percepção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve e sente algo que realmente não existe". Ele acrescenta que elas também promovem delírios, que seriam um falso juízo da realidade, quando o sujeito passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem a sua volta, podendo resultar em síndrome do pânico, mania de perseguição ou outras psicoses.

Didaticamente esta categoria é subdividida em alucinógenos naturais e sintéticos, relativamente conforme sua forma de preparo. Os exemplos mais clássicos de alucinógenos

naturais, segundo Lemos & Lima (2010), são a Erva de Ayahuasca (*Banisteriopsis caapi*), cogumelos, *Cannabis sativa* (maconha e haxixe), mescalina (extraída do cacto peiote - *Lophophora williamsii*), beladona (*Atropa* belladonna), lírio saia branca ou trombeteira (*Brugmansia suaveolen*) etc. Ainda segundo estes autores, os exemplos de alucinógenos sintéticos incluem o LSD-25 (dietilamida do ácido lisérgico), êxtase ou MDMA (metilenodioximetanfetamina), ácido colinérgico (biperideno etc), dos quais detalharemos alguns a seguir.

4.1.2.1 Chá de Ayahuasca

O chá de Ayahuasca (também chamado de Chá do Santo Daime) é uma bebida fermentada à base de talos socados do cipó caapi (*Banisteriopsis caapi*), juntamente com folhas de chacrona (*Psichotria viridis*), os quais podemos ver na figura 4, abaixo. É utilizado em rituais religiosos e possui indícios de fazer parte da cultura de tribos indígenas amazônicas desde dois mil anos antes de Cristo (a. C.) (Chá do Santo Daime, 2012).

Figura 4 – Plantas utilizadas no preparo do chá do Santo Daime

Fonte: <http://naoasdrogas.tripod.com/id10.html

4.1.2.2 Maconha

A maconha (haxixe, erva, baseado) é o nome dado a uma planta conhecida cientificamente como *Cannabis sativa* (figura 5). O tetrahidrocanabinaol (THC) é uma substância química produzida pela planta da maconha, sendo essa a principal responsável pelos efeitos psíquicos da droga no organismo. Atualmente, a quantidade de THC encontrada na maconha é de

aproximadamente 4,5%, mas a concentração de THC na maconha pode variar de acordo com o solo, o clima, a estação do ano, época de colheita, o tempo decorrido entre a colheita e o uso, sendo que no México existe uma variação genética da maconha, a "*sinsemilla*" ou sem sementes, que pode ter entre 7,5 e 24% de THC (BRASIL, 2012). Desta forma, esta droga pode variar muito seus efeitos. Ainda, conforme o Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas – OBID:

> Os efeitos provocados pelo THC no sistema nervoso central dependem da dose consumida, da experiência, da expectativa e do ambiente. Os efeitos esperados são: leve estado de euforia, relaxamento, melhora da percepção para música, paladar e sexo, prolongamento da percepção de tempo, risos imotivados, devaneios e deixa mais falante. No resto do corpo os efeitos são: vermelhidão nos olhos (hiperemia conjuntival), diminuição da produção de saliva (boca seca) e taquicardia (freqüência igual ou superior a 140 batimentos por minuto). O THC tem um efeito orexígeno no apetite, ou seja, aumento de apetite. Não há registro de morte por intoxicação por consumo de maconha, visto que sua dose letal é 1.000 vezes maior que a usual. (BRASIL, 2012, pág. 01)

Figura 5 – Pé de maconha

Fonte: www.globomidia.com.br

4.1.2.3 Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD)

A Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD, ácido) é uma substância sintetizada artificialmente e uma das mais potentes com ação psicotrópica que se conhece (NICASTRI, 2010), pois doses muito pequenas (20 a 50 milionésimos de grama, geralmente distribuídos em forma de minúsculos adesivos, que podemos ver na figura 6), produzem efeitos que duram até 12 horas.

Figura 6 – Adesivos com figuras diversas, embebidos em LSD

Fonte: www.vicodina.com

Nicastri (2010) diz que “seus efeitos dependem muito da sensibilidade da pessoa às ações da droga”, além disso, também “do seu estado de espírito no momento da utilização”, bem como “do ambiente em que se dá a experiência”.

Entre os efeitos produzidos por este ácido, o OBID relata que:

> O LSD-25 tem poucos efeitos sobre outras partes do corpo. Logo de início, 10 a 20 minutos após tomá-lo, o pulso pode ficar mais rápido, as pupilas podem ficar dilatadas, além de ocorrer sudoração, e a pessoa pode sentir-se com certa excitação. Muito raramente, têm sido descritos casos de convulsão. Mesmo doses muito altas de LSD não chegam a intoxicar seriamente uma pessoa, do ponto de vista físico.
> 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; andar sobre as águas, avançando mar adentro.
> Há também descrições de casos de comportamento violento, gerado principalmente por delírios persecutórios, como no caso de o usuário atacar dois amigos (ou até pessoas estranhas) por julgar que ambos estão tramando contra ele. (BRASIL, 2012, pág. 01)

Além destes, Nicastri (2010) acrescenta que o LSD pode provocar "delírios de grandiosidade e delírios persecutórios", descrevendo este último como quando "o indivíduo acredita ver à sua volta indícios de uma conspiração contra si e pode até agredir outras pessoas numa tentativa de defender-se da 'perseguição'". Por outro lado, este autor descreve os delírios de grandiosidade da seguinte forma:

> O indivíduo se julga com capacidade ou forças extraordinárias. Por exemplo, capacidade de atirar-se de janelas, acreditando que pode voar; de avançar mar adentro, crendo que pode caminhar sobre a água; de ficar parado em frente a um carro numa estrada, julgando ter força mental suficiente para pará-lo. (NICASTRI, 2010, pág. 27)

Por fim, sobre a propriedade que esta substância tem em causar repentinamente os mesmos efeitos psíquicos, entretanto sem sua utilização (fenômeno conhecido por flashback), o CEBRID (2012) acrescenta que

> O flashback é uma variante do efeito em longo prazo: semanas ou até meses após

> uma experiência com LSD, a pessoa repentinamente passa a ter todos os sintomas psíquicos daquela experiência anterior e isto 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 os mesmos acabam por aparecer em momentos bastante impróprios, sem que ela saiba por que, podendo até pensar que está ficando louca. (CEBRID, 2012, pág. 52)

4.1.2.4 Êxtase

O êxtase, ou êstase, ou ecstasy, ou ainda MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) foi sintetizado em 1912 e patenteado em 1914, na Alemanha, pela empresa farmacêutica Merck. O propósito dessa síntese era o de desenvolver um medicamento para diminuir o apetite, no entanto, em função de sua baixa utilidade clínica, os estudos com essa substância foram abandonados. Ao fim da década de 1970, a utilidade clínica da MDMA voltou a ser discutida, agora como um possível auxiliar do processo psicoterapêutico. Alguns psiquiatras e psicólogos acreditavam que a substância deixava a pessoa mais solta, promovendo assim uma melhor comunicação e vínculo terapeuta–paciente. Paralelamente, começou a crescer nos Estados Unidos da América (EUA) o uso recreativo da droga, chamada agora de êxtase, principalmente entre jovens universitários. Temendo o surgimento de uma nova "era psicodélica" no país, os Estados Unidos decidiram, em 1985, incluir a MDMA na lista das substâncias proibidas. Essa medida logo foi seguida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual passou a considerar a MDMA como droga de restrição internacional. No fim dos anos 80, surgiu em Ibiza, na Espanha, a cena musical e cultural que deu origem à cultura *clubber* ou *dance*. Associado a este novo conceito musical, o êxtase começou a ser difundido na Europa, crescendo ao longo da década de 1990, com a popularização da música eletrônica e da cultura *clubber*. No Brasil, no início dos anos 90 começaram a chegar as primeiras remessas consideráveis de êxtase vindas da Europa. A partir daí, tem crescido o número de usuários, bem

como a importância dada pelos meios de comunicação ao assunto (XAVIER, *et al*, 2007).

4.1.3 Drogas estimulantes do SNC

O terceiro grupo de drogas psicotrópicas é considerado estimulante do SNC, o qual é definido por Lemos & Lima (2010) como “aquelas que estimulam as funções psíquicas, com ação revigorante e euforizante”. Eles descrevem estas funções como sendo “a consciência, a atenção, a orientação, a memória, a inteligência, a linguagem, a afetividade, a vontade, a psicomotricidade, a personalidade, a sensopercepção, o pensamento e o juízo”. Neste grupo encontramos:

4.1.3.1 Cocaína

A cocaína é uma substância extraída da planta *Erythroxylon coca*, originária da América do Sul (figura 7). Ela pode ser consumida na forma de pó (cloridrato de cocaína), aspirado ou dissolvido em água e injetado na corrente sanguínea, ou sob a forma de uma pedra, que é fumada, conhecida por crack. Também pode ser comercializada em forma de pasta (a merla), que é um produto menos purificado e que pode ser fumado (NICASTRI, 2010).

Figura 7 – Folhas de coca prontas para serem processadas

Fonte: www.noticias.com.br

No passado, esta droga já foi indicada pela medicina como anestésico local. Entretanto, seus efeitos mais rápidos são provocados na forma intravenosa ou pelas vias respiratórias. Dos quais destacamos a sensação intensa de euforia e poder; estado

de excitação; hiperatividade; insônia; falta de apetite; e perda da sensação de cansaço. Também é conhecido seu forte poder de dependência, principalmente, quando utilizada em forma de crack. Com doses excessivas, observam-se irritabilidade, agressividade e até delírios e alucinações, caracterizando a chamada psicose cocaínica. Em casos de doses extremas (*overdose*), pode causar óbito através de parada cardíaca.

4.1.3.2 Anfetaminas

As anfetaminas são substâncias sintéticas, isto é, produzidas em laboratório. Como exemplo destas drogas Nicastri (2010) nos apresenta “o femproporex, o metilfenidato, o manzidol, a metanfetamina e a dietilpropiona”, que têm como mecanismo de ação o “aumento da liberação e prolongamento do tempo de atuação de neurotransmissores utilizados pelo cérebro” (dopamina e noradrenalina). O resultado desse mecanismo é a diminuição do sono e do apetite; sensação de maior energia e menor fadiga, mesmo quando realiza esforços excessivos, o que pode ser prejudicial; rapidez na fala; dilatação da pupila; taquicardia; e elevação da pressão arterial, sendo que doses consideradas tóxicas potencializam estes efeitos.

4.1.3.3 Cafeína

A cafeína é a droga mais consumida no mundo e é encontrada em uma grande quantidade de alimentos, como chocolate, café, guaraná, cola, cacau, chimarrão e chá-mate. É possível encontrá-la, também, em alguns analgésicos e inibidores de apetite. A figura 8, nos mostra proporcionalmente quanto desta droga é encontrado em algumas bebidas.

Figura 8 – Miligramas (mg) de cafeína por porção de bebida

Fonte: www.mktmais.com

O valor nutricional da cafeína está ligado apenas ao efeito excitante. Em excesso, a cafeína pode ocasionar alguns sintomas como irritabilidade, agitação, ansiedade, dor de cabeça e insônia. Devido ao estímulo acima mencionado (excitação), esta droga proporciona alguns efeitos positivos comprovados, como aumento da atenção mental, aumento da concentração, melhoria do humor, diminuição da fadiga. Segundo estudos, dez gramas (gr), em média, de cafeína é uma dose letal para o homem, e em uma xícara de café são encontrados cerca de cem miligramas de cafeína (Brasil Escola, 2012).

4.1.3.4 Tabaco

O tabaco é “extraído de uma planta cujo nome científico é *Nicotiana tabacum*, da qual é extraída uma substância chamada nicotina”. Ele teria surgido “aproximadamente no ano 1.000 a C., nas sociedades indígenas da América Central, em rituais mágico-religiosos” e com objetivo de “purificar, contemplar, proteger e fortalecer os ímpetos guerreiros, além de acreditar que a mesma tinha o poder de predizer o futuro” (CEBRID, 2012). Esta planta (figura 9) chegou ao Brasil provavelmente pela migração de tribos tupis-guaranis.

Figura 9 – Plantação de fumo (*Nicotiana tabacum)*

Fonte: www.klickescritores.com.br

Oliveira (2008, pág. 10) nos fala o seguinte sobre o tabaco:

> Dentre os inúmeros meios que a imaginação humana criou para a busca do prazer, um

> dos mais populares é o uso do tabaco. No início de seu consumo pensou-se que se tratava de pequeno hábito, porém mais tarde verificou-se que, mais que isso, tal consumo representava um dos importantes e refratários transtornos mentais e de comportamento que começou a afetar a espécie humana há vários séculos. (OLIVEIRA, 2008, pág. 10)

A partir do século XVI, o seu uso foi introduzido na Europa, por Jean Nicot, diplomata francês vindo de Portugal, após ter-lhe cicatrizado uma úlcera de perna, até então incurável (BRASIL, 2012). O CEBRID (2012) acrescenta que

> Seu uso espalhou-se por todo o mundo a partir de meados do século XX, com ajuda de técnicas avançadas de publicidade e marketing, que se desenvolveram nesta época. A partir da década de 60, surgiram os primeiros relatórios científicos que relacionaram o cigarro ao adoecimento do fumante e hoje existem inúmeros trabalhos comprovando os malefícios do tabagismo à saúde do fumante e do não fumante exposto à fumaça do cigarro. Hoje o fumo é cultivado em todas as partes do mundo e é responsável por uma atividade econômica que envolve milhões de dólares. (CEBRID, 2012, pág. 40)

Apesar dos males que o hábito de fumar provoca, a nicotina é uma das drogas mais consumidas no mundo, matando mais de 200 mil pessoas por ano, somente no Brasil, segundo dados informados pelo Instituto Nacional do Câncer – INCA (BRASIL, 2010).

A fumaça gerada pela queima do tabaco é composta por aproximadamente 4.700 substâncias tóxicas, dentre elas o monóxido de carbono (CO), amônia (NH_3), cetonas, formaldeído e partículas de nicotina e alcatrão, sendo que este é um composto de mais de 40 substâncias cancerígenas, gerado pela combustão de derivados do tabaco, como: arsênio (As), níquel (Ni), benzopireno, cádmio (Cd), resíduos de agrotóxicos,

substâncias radioativas, como o Polônio 210, acetona, naftalina e até fósforo P4/P6, substâncias usadas para veneno de rato (BRASIL, 2010).

Na tabela 4, podemos observar como cada droga acima descrita está classificada, quando levamos em conta suas ações no SNC e sua legalidade.

Tabela 4 – Classificação das drogas quanto às suas ações no SNC e à legalidade

Tipo de droga	Ação no SNC	Legalidade
Benzodiazepínicos	Depressora do SNC	Lícita/com restrições
Opioides	Depressora do SNC	Ilícita
Inalantes	Depressora do SNC	Ilícita
Chá do Santo Daime	Perturbadora do SNC	Lícita
Maconha	Perturbadora do SNC	Ilícita
LSD	Perturbadora do SNC	Ilícita
Êxtase	Perturbadora do SNC	Ilícita
Cocaína	Estimulante do SNC	Ilícita
Anfetaminas	Estimulante do SNC	Lícita/com restrições
Cafeína	Estimulante do SNC	Lícita
Tabaco	Estimulante do SNC	Lícita/com restrições

Fonte: adaptado de Nicastri, 2010.

4.2 Estatísticas

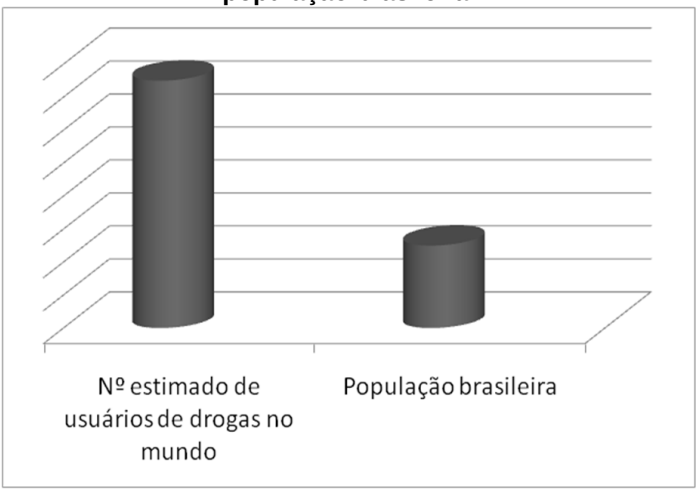
Sabendo-se do acima exposto, não seria difícil de esperar que o uso de drogas diminuísse com o passar do tempo. Entretanto, não é isso que as pesquisas apontam.

De acordo com Paula e Pires (2002) “o uso de substâncias psicoativas (SPA) identificadas como drogas, se propaga em todos os continentes e a dependência destas compromete a vida de cerca de 10% da população mundial”.

Se levarmos em conta que esta estimativa persistiu ao longo dos últimos anos e que a população mundial em 2013 é estimada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em cerca de 7 bilhões (bi) de habitantes, podemos ter a ideia de que a parcela de dependentes de drogas, atualmente, pode chegar a 700 milhões (mi) de pessoas (ONU BRASIL, 2011), o que significa algo 3,6 vezes maior do que toda a população brasileira (ver gráfico 1), já que esta é estimada pelo Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE) em torno de 191 mi de habitantes (IBGE, 2010).

Gráfico 1 – Comparativo entre o nº de usuários de drogas e a população brasileira

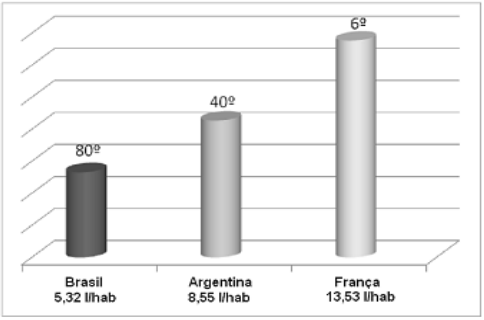


Fonte: do autor

Porém esta estimativa aponta somente o número de dependentes químicos, restando claro que o total de usuários dessas substâncias (eventuais ou contumazes) é muitas vezes mais significativo.

Carlini (2010, pág. 53) afirma que “o consumo de álcool no Brasil não é particularmente alto, mas vem aumentando rapidamente e intensamente”. Ela se baseia no estudo feito pela OMS chamado *Global Status Report on Alcohol*, o qual aponta o Brasil como sendo apenas o 80º colocado (dentre 185 países estudados) em consumo *per capta* de álcool. Neste estudo (WOLD HEALT ORGANIZATION, 2004) se estimou o consumo de aproximadamente 5,32 litros (l) de álcool por habitante (hab) brasileiro com idade superior a 15 anos, ficando, por exemplo, muito abaixo do consumo de países como a Argentina ou a França, que consumiram 8,55 e 13,53 l/hab, respectivamente, conforme nos mostra o gráfico 2.

Gráfico 2 – Consumo *per capta* de álcool

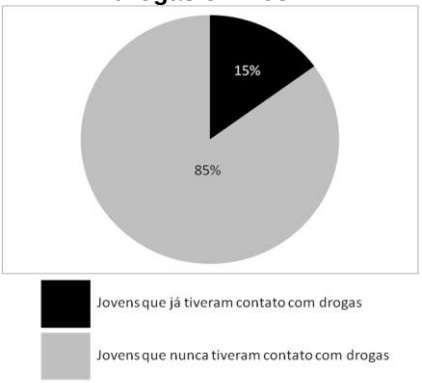


Fonte: adaptado de WOLD HEALT ORGANIZATION, 2004

Porém o mesmo estudo aponta um grande aumento nesse consumo (cerca de 75%), comparando os números acima descritos aos obtidos no início da década de 1970, quando cada habitante consumiu, em média, 3,18 l de álcool (WOLD HEALT ORGANIZATION, 2004).

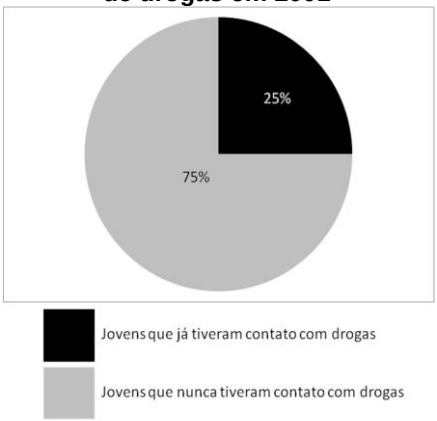
No mesmo caminho, Lemos e Lima (2009, pág. 91) afirmam que "[...] o número de usuários de drogas vem aumentando nos últimos anos em nosso país. Há 20 anos, 15% dos jovens brasileiros usavam ou tinham contato com drogas. Esse número subiu para 25% em 2001 [...]". Esta constatação mostra um aumento considerável, conforme podemos observar, também, no gráficos 3 e 4, abaixo.

Gráfico 3 – Proporcionalidade entre jovens e uso de drogas em 1981



Fonte: adaptado de Lemos & Lima, 2009

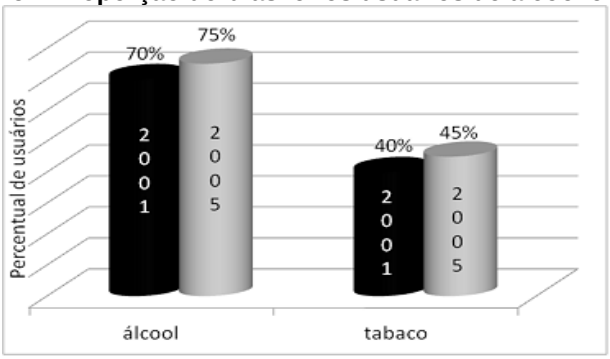
Gráfico 4 – Proporcionalidade entre jovens e uso de drogas em 2001



Fonte: adaptado de Lemos & Lima, 2009

Além disso, a atual Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD, 2006), aponta que do ano de 2001 para 2005 houve um aumento de aproximadamente 5% entre o número de brasileiros que usa álcool regularmente, subindo de um número que já era elevado (cerca de 70%) para algo em torno de 75% (ver gráfico 5). Neste mesmo período, ainda segundo a SENAD, também subiu de cerca de 40% para 45% o número de usuários de tabaco (ver gráfico 5), sendo importante salientar que essas (álcool e tabaco) são duas das muitas drogas legalizadas no Brasil.

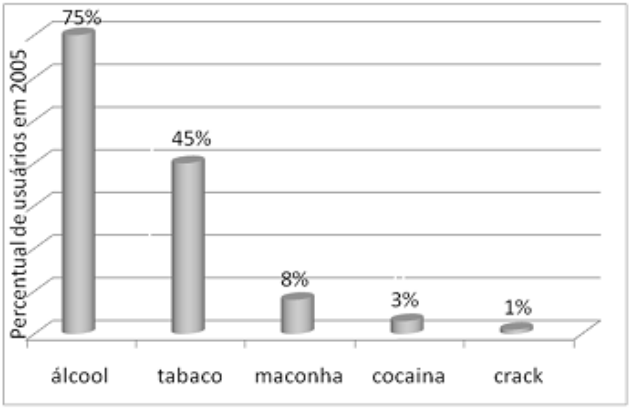
Gráfico 5 – Proporção de brasileiros usuários de álcool e tabaco



Fonte: adaptado de SENAD, 2006

Por outro lado, entre as drogas ilegais a SENAD apontou que o número de usuários de maconha era de 8%, de cocaína era menos de 3% e de crack, menos de 1% da população brasileira, também no ano de 2005. A diferença proporcional entre o número de usuários de drogas lícitas e as consideradas proibidas, naquele ano entre a população brasileira, pode ser melhor observada no gráfico 6, a seguir.

Gráfico 6 – Diferença entre usuários de drogas lícitas e ilícitas em 2005



Fonte: adaptado de SENAD, 2006

Outro importante estudo, o Relatório mundial sobre drogas – WDR 2009, do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, informa que

> [...] um aumento do uso de maconha foi reportado no Brasil, o maior país da América do Sul. A taxa anual de prevalência mais do que dobrou, passando de 1% em 2001 para 2,6% em 2005, e, de acordo com as autoridades brasileiras, esse número parece continuar subindo nos anos subseqüentes. (UNODC, 2009, pág. 03)

Este estudo (UNODC, 2009) também diz que “as maiores taxas anuais de prevalência de uso de anfetaminas reportadas na América do Sul, são no Brasil”. Que, neste mesmo território, “a maior população de usuários de opiáceos também está no

Brasil (aproximadamente 635.000 usuários, ou 0,5% da população entre 12 e 65 anos de idade)". Ele também aponta que "a Argentina é o segundo maior mercado de cocaína da América do Sul em números absolutos (aproximadamente 660.000 pessoas), atrás do Brasil (890.000 pessoas ou 0,7% da população entre 12 e 65 anos de idade)", o que significa um aumento em relação aos 0,4% de 2001. E que

> Entre 2001 e 2005, o Brasil reportou que o uso de anfetaminas na população geral das áreas urbanas mais do que dobrou, passando de 1,5% para 3,2%, principalmente por conta de um comparativamente alto uso entre alunos secundaristas (3,4%). Em 2007, Argentina e Brasil tiveram, respectivamente, o segundo e o terceiro maiores índices estimados de uso de estimulantes do tipo anfetamina do mundo. (UNODC, 2009, pág. 04)

Na tabela 5, adaptada deste relatório, observamos a prevalência de uso entre jovens, no ano de 2006, para maconha e anfetaminas nos países da América do Sul, onde podemos ver o maior consumo destas drogas pelo Brasil comparativamente a países como o Paraguai e Peru.

Tabela 5 – Prevalência de uso entre jovens da América do Sul

País	Maconha	Anfetamina
Chile	12,7%	2,2%
Uruguai	8,5%	1,6%
Colômbia	7,1%	3,5%
Argentina	6,7%	2,8%
Brasil	5,1%	3,4%
Equador	3,6%	1,3%
Paraguai	2,7%	2,2%
Peru	2,6%	0,7%
Bolívia	2,3%	3,1%

Fonte: adaptado de UNODC, (2009)

Dentre os dados acerca do Brasil obtidos em nossa pesquisa, destacam-se os levantamentos efetuados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID),

os quais detalharemos melhor a seguir, pois trazem informações relevantes sobre o consumo de drogas em nosso país.

4.2.1 I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil

Este trabalho foi, segundo seus idealizadores, a primeira estimativa nacional sobre a prevalência do uso de álcool, tabaco e outras drogas, além da do uso não médico de medicamentos psicotrópicos e esteróides anabolizantes. Foi realizado através de pesquisa em âmbito domiciliar, por amostragem, a 8.589 pessoas na faixa etária dos 12 aos 65 anos de idade, nas 107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes naquele ano de 2001 e, ainda segundo seus autores, teve como finalidade disponibilizar dados para o conhecimento da realidade do uso de drogas e outros aspectos dessa questão para uma futura implantação de programas preventivos adequados à "nossa realidade" (CARLINI [*et. al.]*, 2002).

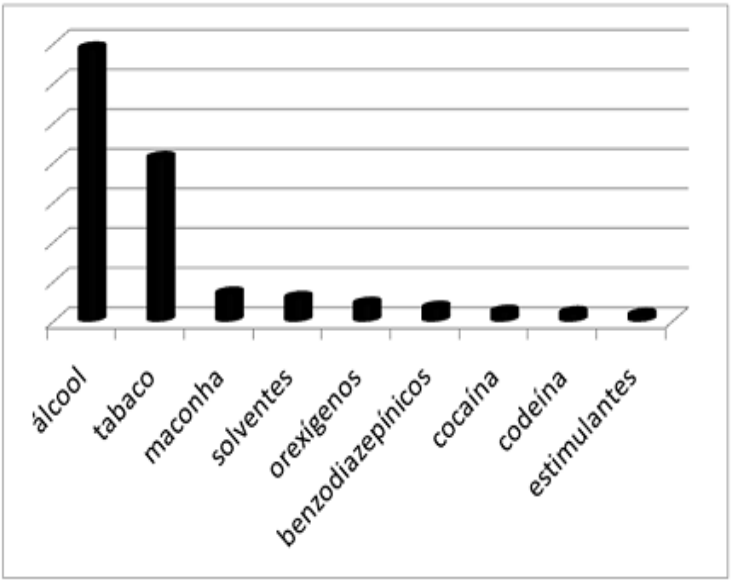
A tabela 6 destaca as nove drogas com maior percentagem de uso na vida dos entrevistados, nela podemos ver nitidamente a maior preponderância para o uso de álcool (68,7%), seguido pelo do tabaco (41,1%), os quais somados abrangem mais de três quartos do total (ver gráfico 7).

Tabela 6 – Maior percentagem de uso na vida (2001)

Droga	%
Álcool	68,7
Tabaco	41,1
Maconha	6,9
Solventes	5,8
Orexígenos	4,3
Benzodiazepínicos	3,3
Cocaína	2,3
Xaropes (codeína)	2,0
Estimulantes	1,5

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.]*, (2002)

Gráfico 7 – comparativo entre as drogas de maior uso na vida (2001)



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2002)

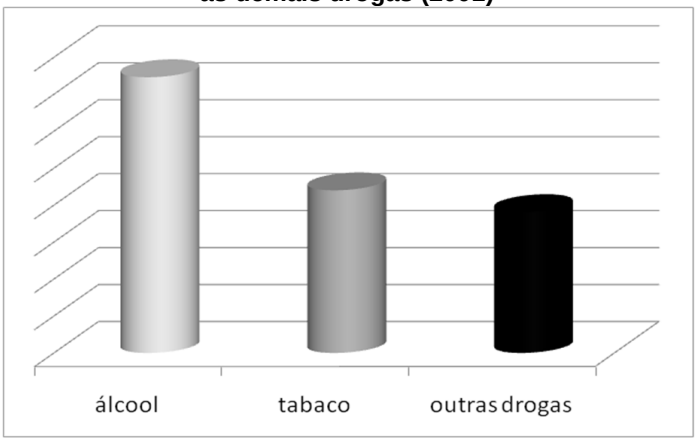
Com um número bastante menor de usuários, a tabela 7 nos mostra outras drogas apontadas na pesquisa. Já, o gráfico 8 ilustra uma comparação entre as duas drogas mais usadas na vida (álcool e tabaco) e todas as demais apontadas pelos entrevistados, sendo que estas últimas, juntas, somam 38,1% das respostas.

Tabela 7 – Percentagem de uso na vida (2001)

Droga	%
Analgésicos opiáceos	1,4
Anticolinérgicos	1,1
Alucinógenos	0,6
Barbitúricos	0,5
Crack	0,4
Esteróides anabolizantes	0,3
Merla	0,2
Heroína	0,1

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2002)

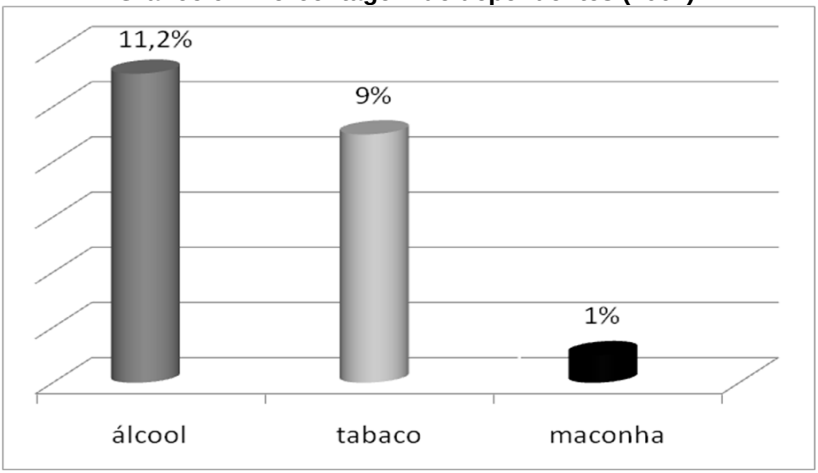
Gráfico 8 – Comparando álcool e tabaco com as demais drogas (2001)



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2002)

Concordando com esta tendência (maior incidência de álcool e tabaco), o estudo ainda nos mostra que, do total de entrevistados, 11,2% afirmaram serem dependentes de álcool, 9% de tabaco e 1% declarou ser dependente de maconha (gráfico 9).

Gráfico 9 – Porcentagem de dependentes (2001)



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2002)

Dividindo as respostas de acordo com o sexo e a faixa etária dos entrevistados, temos o que nos mostram as tabelas 8 e 9, tanto com relação ao álcool, quanto relacionado ao tabaco.

Tabela 8 – Uso de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo masculino (2001)

Faixa etária	Álcool	Tabaco
dos 12 aos 17 anos	52,2 %	15,2%
dos 18 aos 24 anos	78,3%	42,8%
dos 25 aos 34 anos	85,6%	43,9%
igual ou maior há 35 anos	82,1%	61,4%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2002)

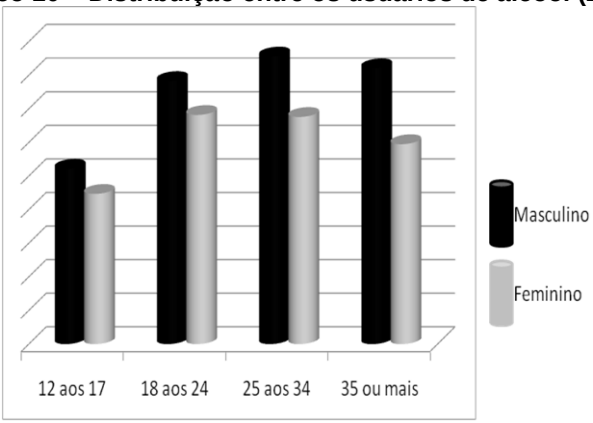
Tabela 9 – Uso de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo feminino (2001)

Faixa etária	Álcool	Tabaco
dos 12 aos 17 anos	44,7 %	16,2%
dos 18 aos 24 anos	68,2%	32,6%
dos 25 aos 34 anos	67,6%	36,1%
igual ou maior há 35 anos	59,5%	45,4%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2002)

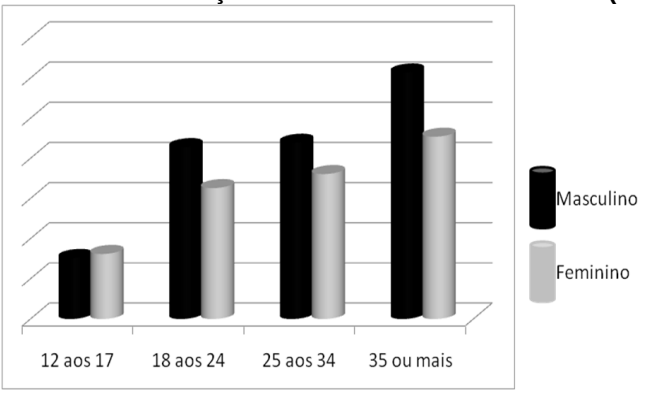
Para visualizarmos melhor estas proporções, podemos observar, ainda, o gráfico 10, que nos mostra o panorama entre os usuários de álcool, bem como o gráfico 11, que ilustra o uso de tabaco.

Gráfico 10 – Distribuição entre os usuários de álcool (2001)



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2002)

Gráfico 11 – Distribuição entre os usuários de tabaco (2001)



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2002)

Para observamos o índice de dependentes destas duas drogas relacionando-os ao sexo e a idade dos entrevistados, podemos verificar as tabelas 10 e 11.

Tabela 10 – Dependência de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo masculino (2001)

Faixa etária	Álcool	Tabaco
dos 12 aos 17 anos	6,9%	2,2%
dos 18 aos 24 anos	23,7%	9,9%
dos 25 aos 34 anos	20,0%	10,4%
igual ou maior há 35 anos	16,1%	13,1%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2002)

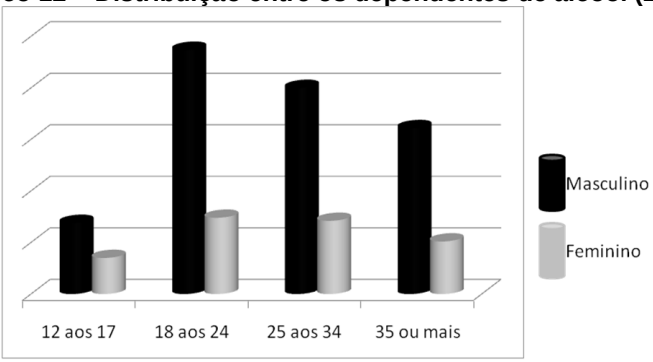
Tabela 11 – Dependência de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo feminino (2001)

Faixa etária	Álcool	Tabaco
dos 12 aos 17 anos	3,5%	2,2%
dos 18 aos 24 anos	7,4%	6,8%
dos 25 aos 34 anos	7,1%	9,3%
igual ou maior há 35 anos	5,1%	9,8%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2002)

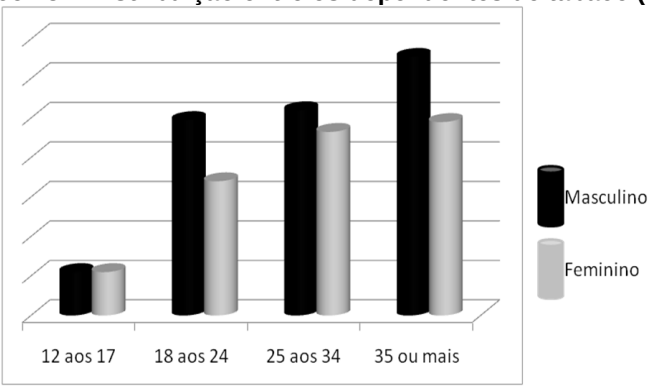
Por fim, podemos visualizar melhor estas proporções observando o gráfico 12, que nos mostra o panorama entre os dependentes de álcool, bem como o gráfico 13, que ilustra a dependência ao tabaco.

Gráfico 12 – Distribuição entre os dependentes de álcool (2001)



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2002)

Gráfico 13 – Distribuição entre os dependentes de tabaco (2001)



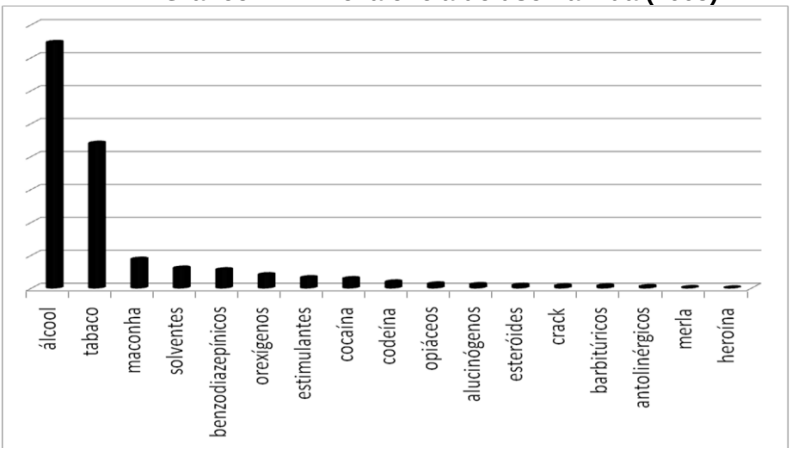
Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2002)

4.2.2 II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil

Semelhante ao primeiro levantamento domiciliar, que foi realizado em 2001, este trabalho também tem como objetivos, entre outros, estimar a prevalência do uso de drogas psicotrópicas, lícitas e ilícitas, além de esteroides anabolizantes, bem como estimar o número de pessoas dependentes de álcool e outras drogas. Entretanto neste estudo, além das 107 maiores cidades brasileiras (com número de habitantes maior a 200 mil), também foram pesquisados moradores do município de Palmas, capital do estado do Tocantins. Neste levantamento, realizado

em 2005, também foram entrevistados cidadãos da faixa etária compreendida entre os 12 e os 65 anos de idade, porém totalizando apenas 7.939 pessoas, número inferior ao primeiro. (CARLINI [*et. al.]*, 2006). A prevalência de uso na vida estimada por este trabalho pode ser vista no gráfico 14 e na tabela 12.

Gráfico 14 – Prevalência de uso na vida (2005)



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.]*, (2006)

Tabela 12 – Percentagem de uso na vida (2005)

Droga	%
Álcool	74,6
Tabaco	44,0
Maconha	8,8
Solventes	6,1
Benzodiazepínicos	5,6
Orexígenos	4,1
Estimulantes	3,2
Cocaína	2,9
Xaropes (codeína)	1,9
Opiáceos	1,3
Alucinógenos	1,1
Esteróides anabolizantes	0,9
Crack	0,7
Barbitúricos	0,7
Anticolinérgicos	0,5
Merla	0,2
Heroína	0,1

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.]*, (2006)

A tabela 13 mostra a proporção de dependentes de drogas, sendo que, de acordo com a metodologia utilizada pelos idealizadores do levantamento, drogas com graus de dependência menores, foram consideradas “irrelevantes” e, por isso, não aparecem na tabela.

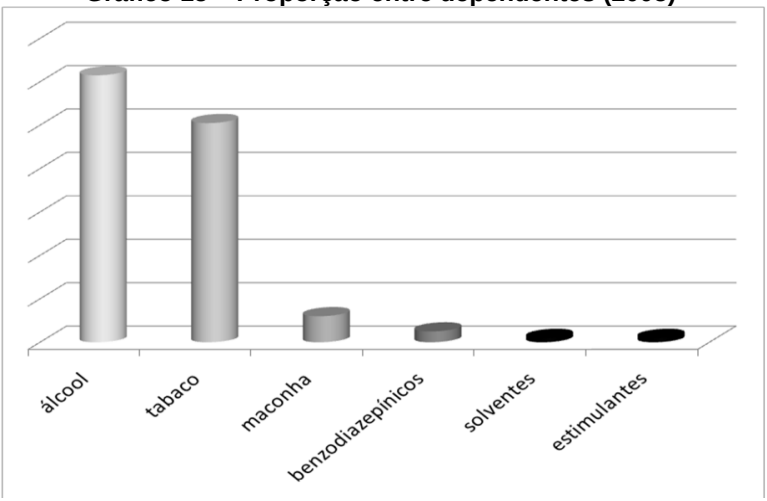
Tabela 13 – Estimativa de dependentes (2005)

Droga	%
Álcool	12,3
Tabaco	10,1
Maconha	1,2
Benzodiazepínicos	0,5
Solventes	0,2
Estimulantes	0,2

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.]*, (2006)

Com o gráfico 15, temos um panorama comparativo entre a proporção de dependentes destas drogas.

Gráfico 15 – Proporção entre dependentes (2005)



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.]*, (2006)

Dividindo as respostas de acordo com o sexo e a faixa etária dos entrevistados, temos o que nos mostram as tabelas 14 e 15, tanto com relação ao álcool, quanto relacionado ao tabaco.

Tabela 14 – Uso de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo masculino (2005)

Faixa etária	Álcool	Tabaco
dos 12 aos 17 anos	52,8 %	16,8%
dos 18 aos 24 anos	83,2%	43,4%
dos 25 aos 34 anos	85,1%	45,4%
igual ou maior há 35 anos	86,1%	60,7%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2006)

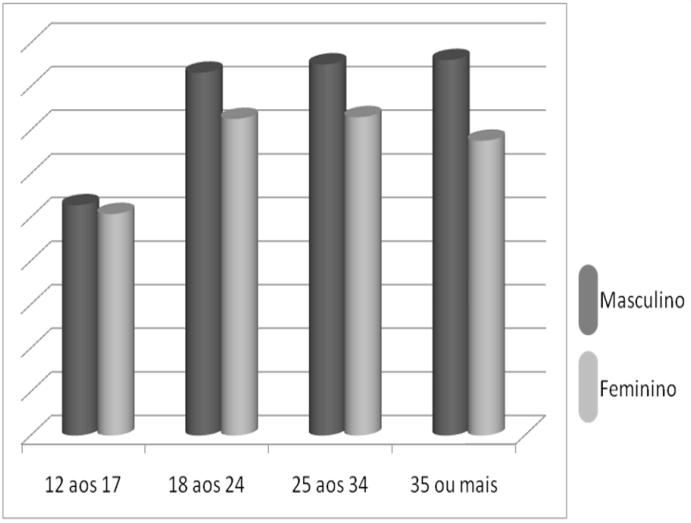
Tabela 15 – Uso de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo feminino (2005)

Faixa etária	Álcool	Tabaco
dos 12 aos 17 anos	50,8%	11,3%
dos 18 aos 24 anos	72,6%	33,9%
dos 25 aos 34 anos	73,0%	35,7%
igual ou maior há 35 anos	67,6%	46,8%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2006)

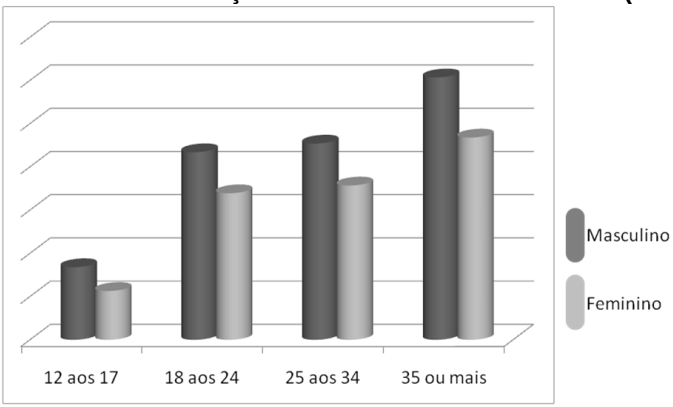
Para visualizarmos melhor estas proporções, podemos observar, ainda, o gráfico 16, que nos mostra o panorama entre os usuários de álcool, bem como o gráfico 17, que ilustra o uso de tabaco.

Gráfico 16 – Distribuição entre os usuários de álcool (2005)



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2006)

Gráfico 17 – Distribuição entre os usuários de tabaco (2005)



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2006)

Para observamos o índice de dependentes destas duas drogas relacionando-os ao sexo e a idade dos entrevistados, podemos verificar as tabelas 16 e 17.

Tabela 16 – Dependência de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo masculino (2005)

Faixa etária	Álcool	Tabaco
dos 12 aos 17 anos	7,3%	3,2%
dos 18 aos 24 anos	27,4%	8,8%
dos 25 aos 34 anos	23,2%	10,8%
igual ou maior há 35 anos	17,3%	13,4%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2006)

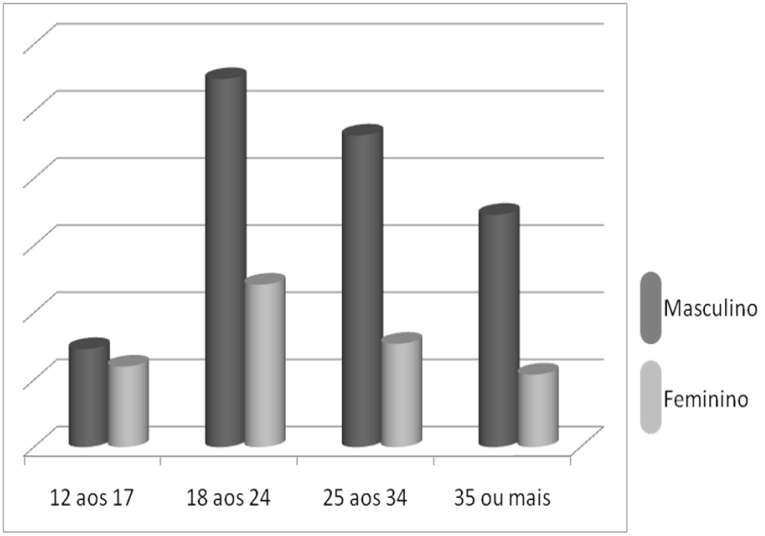
Tabela 17 – Dependência de álcool e tabaco entre entrevistados do sexo feminino (2005)

Faixa etária	Álcool	Tabaco
dos 12 aos 17 anos	6,0%	2,2%
dos 18 aos 24 anos	12,1%	9,4%
dos 25 aos 34 anos	7,7%	7,2%
igual ou maior há 35 anos	5,4%	11,2%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2006)

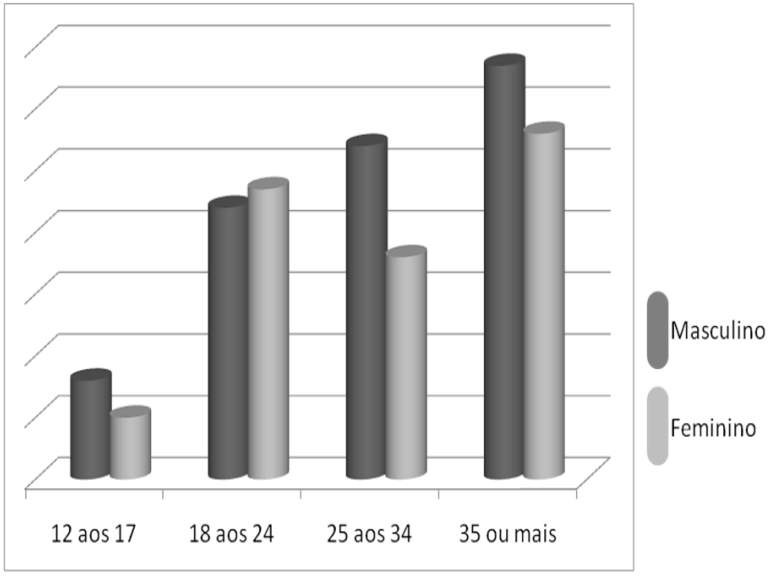
Por fim, podemos visualizar melhor estas proporções observando o gráfico 18, que nos mostra o panorama entre os dependentes de álcool, bem como o gráfico 19, que ilustra a dependência ao tabaco.

Gráfico 18 – Distribuição entre os dependentes de álcool (2005)



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2006)

Gráfico 19 – Distribuição entre os dependentes de tabaco (2005)



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2006)

4.2.3 V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras

Este trabalho, realizado em 2004, foi o quinto efetuado pelo CEBRID entre estudantes do ensino fundamental e médio nas capitais dos estados brasileiros. Segundo seus realizadores, teve como principais objetivos: Traçar o diagnóstico do consumo de drogas entre estudantes do ensino fundamental (a partir da 5ª série) e do ensino médio nas 27 capitais brasileiras; e comparar a tendência do uso de drogas entre os cinco levantamentos realizados anteriormente (1987, 1989, 1993, 1997 e 2004). Além de fornecer subsídios às campanhas de prevenção adequadas à "nossa realidade". (CARLINI [*et. al*.], 2005).

A tabela 18 aponta os dados encontrados no estudo, relativos ao uso na vida e ao uso freqüente entre os entrevistados. CARLINI [*et. al*.] (2005, pág. 17) definem uso na vida como sendo "quando a pessoa fez uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida" e uso freqüente como "quando a pessoa utilizou droga psicotrópica seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa".

Tabela 18 – Maior prevalência de uso na vida e de uso freqüente

Droga	Prevalência de uso na vida	Prevalência de uso freqüente
Álcool	65,2%	11,7%
Tabaco	24,9%	3,8%
Solventes	15,5%	1,5%
Maconha	5,9%	0,7%
Anfetamínicos	3,7%	0,5%
Cocaína	2,0%	0,2%
Crack	0,7%	0,1%
Barbitúricos	0,8%	0,1%
Anticolinérgicos	1,2%	0,1%
Ansiolíticos	4,1%	0,4%
Opiáceos	0,3%	Não registrada
Xaropes	0,4%	Não registrada
Alucinógenos	0,6%	Não registrada
Orexígenos	0,7%	Não registrada
Energéticos	12,0%	Não registrada
Anabolizantes	1,0%	Não registrada

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.]*, (2005)

Na tabela 19, observamos a idade média apontada para o primeiro uso de drogas. Nela podemos ver que, exceto para a cocaína, às demais drogas os alunos indicaram que seu primeiro uso ocorreu antes de completarem seus quatorze anos de idade.

Tabela 19 – Idade média para o primeiro uso

Droga	Média em anos de idade
Álcool	12,5
Tabaco	12,8
Solventes	13,1
Anfetamínicos	13,4
Anticolinérgicos	13,4
Ansiolíticos	13,5
Crack	13,8
Maconha	13,9
Cocaína	14,4

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.]*, (2005)

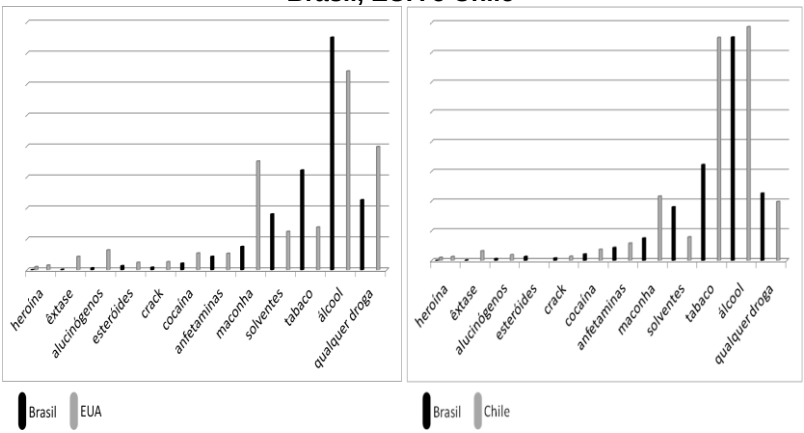
A tabela 20 mostra um comparativo entre a média de uso na vida para jovens entre 15 e 16 anos de idade no Brasil, nos Estados Unidos da América, na França, na Itália e no Chile. Já, nos gráficos da figura 10, podemos observar melhor estas proporções, comparando nosso país com o representante da América do Norte e com nosso vizinho latino-americano, o Chile.

Tabela 20 – Uso na vida no Brasil e EUA

Droga	Brasil	EUA	França	Itália	Chile	Portugal
Heroína	ñ reg.	1,5%	1,0%	4,6%	1,3%	2,6
Êxtase	0,1%	4,3%	3,0%	2,7%	3,2%	2,3
Alucinógenos	0,6%	6,4%	1,0%	3,0%	1,9%	1,0
Esteróides	1,3%	2,4%	ñ inf.	ñ inf.	ñ inf.	ñ inf.
Crack	0,8%	2,6%	n inf.	ñ inf.	1,4%	ñ inf.
Cocaína	2,1%	5,4%	ñ inf.	3,5%	3,7%	1,3
Anfetaminas	4,3%	5,3%	2,3%	2,6%	5,8%	3,2
Maconha	7,5%	35,1%	38,0%	27,0%	21,6%	15,0
Solventes	18,0%	12,4%	11,0%	6,0%	7,9%	8,0
Tabaco	32,2%	13,8%	68,0%	64,0%	75,0%	62,0
Álcool	75,1%	64,2%	46,0%	ñ inf.	78,6%	36,0
Qualquer droga	22,6%	39,8%	ñ inf.	ñ inf.	19,8%	ñ inf.

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.]*, (2005)

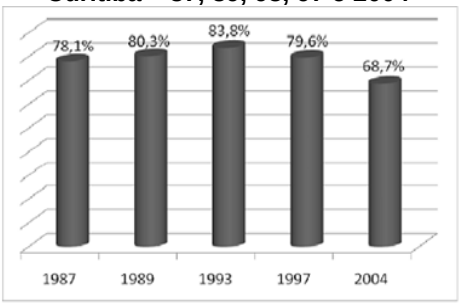
Figura 10 – Gráficos comparativos de uso na vida para Brasil, EUA e Chile



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2005)

Além de atualizar os dados, o V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras proporcionou compará-los com as informações coletadas nos levantamentos anteriores, em 10 das 27 capitais estudadas. O gráfico 20 mostra as variações para o uso na vida de álcool na cidade de Curitiba, capital do estado do Paraná, nos diferentes levantamentos.

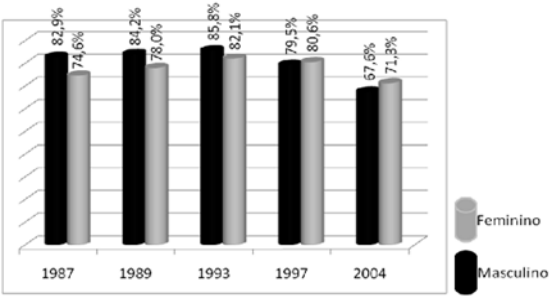
Gráfico 20 – Uso na vida para álcool em Curitiba – 87, 89, 93, 97 e 2004



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2005)

Separando esses números de acordo com o sexo, temos o que nos mostra o gráfico 21.

Gráfico 21 – Uso na vida para álcool em Curitiba, conforme o sexo



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2005)

Por outro lado, quando dividimos as informações conforme a idade dos entrevistados, temos o que nos apresenta a tabela 21.

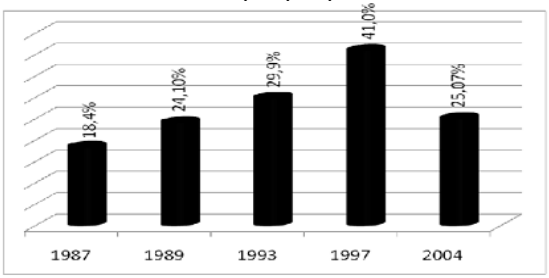
Tabela 21 – Evolução do uso na vida para álcool, conforme a faixa etária

Faixa etária	1987	1989	1993	1997	2004
Dos 10 aos 12	52,5%	36,6%	69,2%	58,1%	49,7%
Dos 13 aos 15	67,9%	83,2%	87,1%	82,1%	78,6%
Dos 16 aos 18	80,5%	90,2%	94,8%	93,7%	86,7%
Acima de 19	81,9%	93,4%	89,8%	89,7%	87,1%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2005)

Assim como descrito para o uso de álcool, o gráfico 22 ilustra as variações do uso na vida para o tabaco, em Curitiba, em 1987, 1989, 1993, 1997 e 2004.

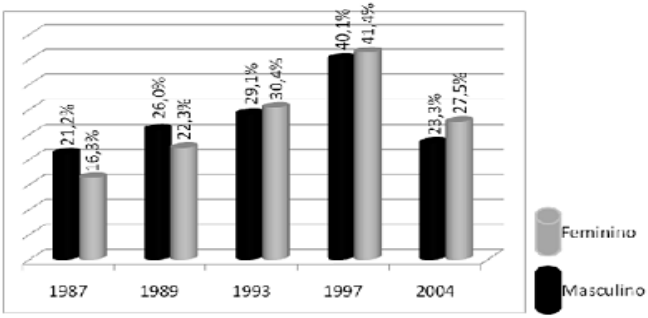
Gráfico 22 – Uso na vida para tabaco em Curitiba – 87, 89, 93, 97 e 2004



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2005)

Já, de acordo com o sexo, podemos observar o gráfico 23.

Gráfico 23 – Uso na vida para tabaco em Curitiba, conforme o sexo



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2005)

Da mesma forma, quando dividimos as informações conforme a idade dos entrevistados, temos o que nos apresenta a tabela 22.

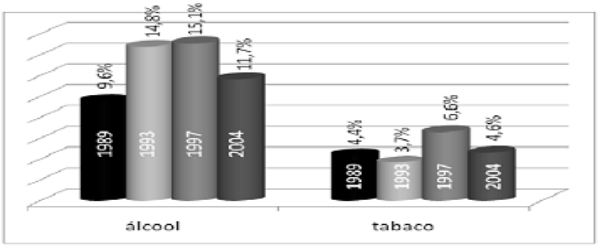
Tabela 22 – Evolução do uso de tabaco, conforme a faixa etária

Faixa etária	1987	1989	1993	1997	2004
Dos 10 aos 12	5,6%	9,6%	9,9%	14,7%	4,9%
Dos 13 aos 15	15,3%	23,1%	31,5%	42,4%	29,9%
Dos 16 aos 18	34,2%	41,9%	47,9%	60,7%	43,5%
Acima de 19	41,2%	58,2%	47,0%	50,0%	72,8%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2005)

O estudo também faz uma comparação entre as respostas dos entrevistados aos levantamentos anteriores (1989, 1993 e 1997) com o resultado obtido neste, sendo que as proporções estão descritas no gráfico 24.

Gráfico 24 – Uso freqüente para álcool e tabaco – 89, 93, 97 e 2004



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2005)

4.2.4 VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras

Este levantamento foi realizado em 2010 e, segundo seus idealizadores, "[...] tal qual o anterior, realizado em 2004, abordou estudantes das 26 capitais brasileiras e do Distrito Federal. Diferenciando-se dos demais, no entanto, por ampliar o universo populacional abrangido, ao incluir a rede privada de ensino" (CARLINI [*et. al*.], 2010, pág. 19). Nele foram entrevistados 50.890 alunos em cerca de 900 escolas, sendo 31.280 da rede pública e os demais (19.610) da rede privada de ensino. Ainda segundo eles,

> [...] ao delinear um amplo diagnóstico sobre a prevalência e os padrões de uso de diversas drogas, permite identificar as substâncias mais utilizadas por esta população, bem como os fatores de risco e proteção envolvidos. Desse modo, objetiva-se que os dados produzidos por esta pesquisa gerem evidências científicas que subsidiem a elaboração e avaliação das políticas públicas setoriais e desencadeiem ações integradas e coordenadas dos diversos órgãos envolvidos no problema, assegurando maior efetividade às intervenções governamentais relativas à prevenção, ao tratamento e à reinserção social de estudantes brasileiros. (CARLINI [*et. al*.], 2010, pág. 19)

Para análise dos padrões de uso, os pesquisadores adotaram os seguintes critérios:

> • *uso na vida:* quando a pessoa fez uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida;
> • *uso no ano:* quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa;

> • *uso no mês:* quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa;
> • *uso freqüente:* quando a pessoa utilizou droga psicotrópica seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa;
> • *uso pesado:* quando a pessoa utilizou droga psicotrópica vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa.
> A variável criada "qualquer droga, exceto álcool e tabaco" incluiu o uso na vida das seguintes drogas: maconha, inalantes, cocaína, crack, energéticos com álcool, analgésicos, anfetamínicos, ansiolíticos, alucinógenos, anticolinérgicos, heroína ou ópio, êxtase, metanfetamina, ketamina, benflogin® e anabolizantes. Quando avaliado o uso no ano e no mês, esta variável incluiu o uso no ano das seguintes drogas: maconha, inalantes, cocaína, crack, energéticos com álcool, anfetamínicos, ansiolíticos e anticolinérgicos. (CARLINI [*et. al.*], 2010, pág. 19)

A tabela 23 mostra o resultado para uso de drogas psicotrópicas (exceto álcool e tabaco) entre os 50.890 estudantes de ensino fundamental e médio das redes pública e privada das 27 capitais brasileiras, de acordo com os tipos de uso e conforme a faixa etária.

Tabela 23 – Uso de drogas (exceto álcool e tabaco), conforme a faixa etária

Faixa etária	Na vida	No ano	No mês	Freqüente	Pesado
Dos 10 aos 12	10,4%	5,4%	2,7%	0,3%	0,4%
Dos 13 aos 15	22,5%	9,6%	4,9%	0,6%	1,0%
Dos 16 aos 18	42,8%	17,0%	8,7%	1,6%	1,8%
Acima de 19	46,4%	15,3%	9,3%	1,2%	2,2%
Total	25,5%	10,6%	5,5%	0,8%	1,1%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2010)

Já, a tabela 24 mostra o resultado da pesquisa para o uso de diferentes drogas psicotrópicas entre os entrevistados, levando em conta apenas a freqüência do uso.

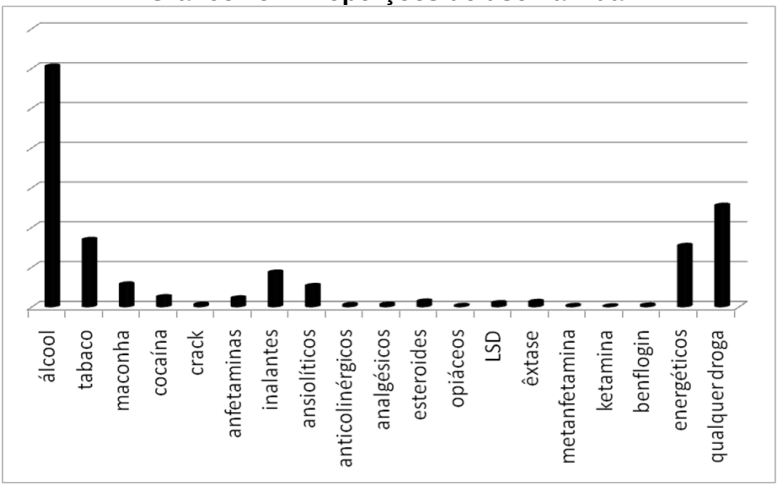
Tabela 24 – Uso de drogas, conforme o tipo de uso

Tipo de droga	Na vida	No ano	No mês	Freqüente	Pesado
Álcool	60,5 (%)	42,4(%)	21,1 (%)	2,7 (%)	1,6 (%)
Tabaco	16,9 (%)	9,6 (%)	5,5 (%)	0,7 (%)	1,5 (%)
Maconha	5,7 (%)	3,7 (%)	2,0 (%)	0,3 (%)	0,4 (%)
Cocaína	2,5 (%)	1,8 (%)	1,0 (%)	0,2 (%)	0,2 (%)
Crack	0,6 (%)	0,4 (%)	0,3 (%)	0,0	0,1 (%)
Anfetaminas	2,2 (%)	1,7 (%)	0,9 (%)	0,1 (%)	0,3 (%)
Inalantes	8,7 (%)	5,2 (%)	2,2 (%)	0,2 (%)	0,3 (%)
Ansiolíticos	5,3 (%)	2,6 (%)	1,3 (%)	0,1 (%)	0,1 (%)
Anticolinérgicos	0,5 (%)	0,4 (%)	0,2 (%)	0,0	0,0 (%)
Analgésicos	0,6 (%)	-	-	-	-
Esteróides	1,4 (%)	-	-	-	-
Opiáceos	0,3 (%)	-	-	-	-
LSD	1,0 (%)	-	-	-	-
Êxtase	1,3 (%)	-	-	-	-
Metanfetaminas	0,3 (%)	-	-	-	-
Ketamina	0,2 (%)	-	-	-	-
Benflogin	0,4 (%)	-	-	-	-
Energéticos	15,4 (%)	-	-	-	-
Qualquer droga	25,5 (%)	10,6 (%)	5,5 (%)	0,8 (%)	1,1 (%)

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.]*, (2010)

O gráfico 25 ilustra os números acima, mostrando as devidas proporções entre o uso na vida para os diferentes tipos de drogas

Gráfico 25 – Proporções de uso na vida

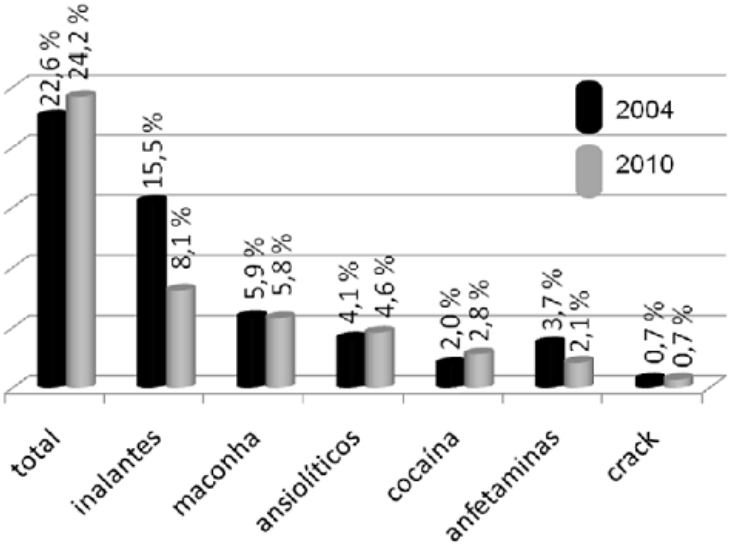


Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.]*, (2010)

O IV Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras também teve como objetivo fazer um comparativo entre os dados obtidos com os resultados apontados nos últimos trabalhos.

O gráfico 26 nos mostra a variação resultante para Uso na vida do ano 2004 para 2010, entre alunos do ensino fundamental da rede pública de ensino, levando-se em conta as cinco drogas mais consumidas e o crack, porém excetuando-se álcool e tabaco.

Gráfico 26 – Uso na vida, exceto álcool e tabaco – 2004 e 2010



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2010)

Quando comparados os números, diferenciando-se os gêneros, a pesquisa aponta que entre o sexo masculino o total de Uso na vida para as cinco drogas mais utilizadas e o crack (exceto álcool e tabaco) variou de 23,5% em 2004 para 24,9% em 2010, já para o sexo feminino a variação foi de 21,7% em 2004 para 23,7% em 2010. A tabela 25 aponta a variação para *Uso na vida* de álcool entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede pública das 27 capitais brasileiras, de acordo com a faixa etária, comparando-se os anos de 2004 e 2010.

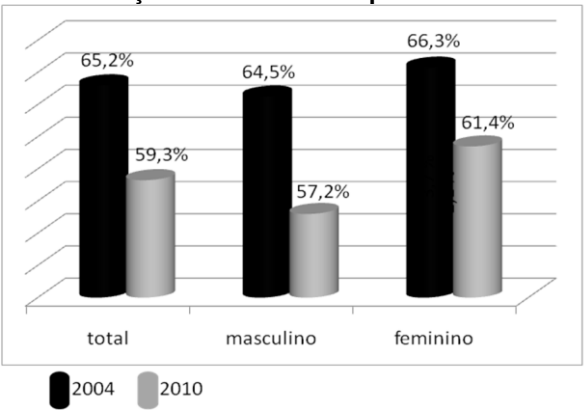
Tabela 25 – Variação de Uso na vida para álcool, conforme a faixa etária

Faixa etária (em anos de vida)	2004	2010
Dos 10 aos 12	41,2%	27,9%
Dos 13 aos 15	69,5%	60,3%
Dos 16 aos 18	80,8%	81,8%
19 ou mais	82,1%	86,3%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2010)

O gráfico 27 mostra a variação de *Uso na vida* de álcool entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede pública das 27 capitais brasileiras, de acordo com o gênero, comparando-se os anos de 2004 e 2010.

Gráfico 27 – Variação de Uso na vida para álcool – 2004 e 2010



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2010)

A tabela 26 aponta a variação para *Uso na vida* de tabaco entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede pública das 27 capitais brasileiras, de acordo com a faixa etária, comparando-se os anos de 2004 e 2010.

Tabela 26 – Variação de Uso na vida para tabaco, conforme a faixa etária

(continua)

Faixa etária (em anos de vida)	2004	2010
Dos 10 aos 12	7,0%	4,1%
Dos 13 aos 15	24,7%	16,0%

Tabela 26 – Variação de Uso na vida para tabaco, conforme a faixa etária

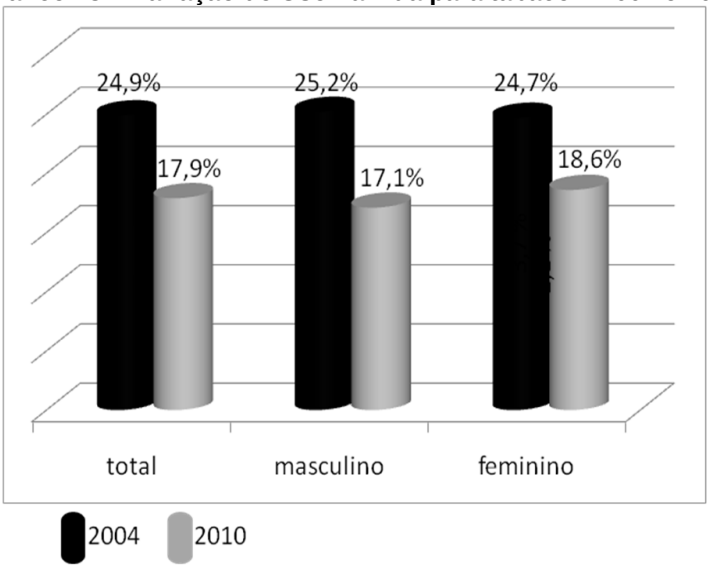
(continuação)

Faixa etária (em anos de vida)	2004	2010
Dos 16 aos 18	39,7%	29,1%
19 ou mais	41,3%	40,4%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2010)

O gráfico 28 mostra a variação de *Uso na vida* de tabaco entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede pública das 27 capitais brasileiras, de acordo com o gênero, comparando-se os anos de 2004 e 2010.

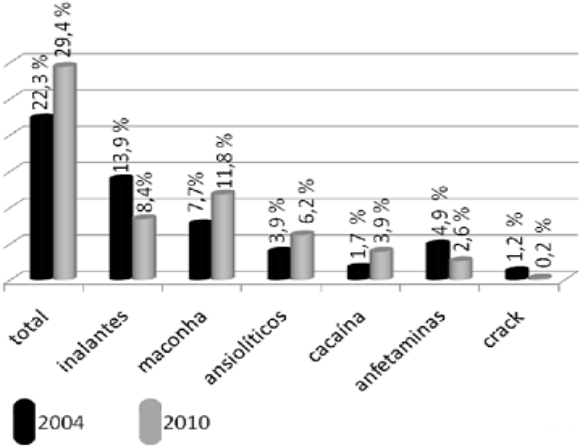
Gráfico 28 – Variação de Uso na vida para tabaco – 2004 e 2010



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2010)

Este levantamento também comparou os dados obtidos em cada capital brasileira com as informações coletadas nos levantamentos anteriores. O gráfico 29 aponta as variações para o Uso na vida das cinco drogas mais consumidas e de crack (exceto álcool e tabaco), entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede pública da cidade de Curitiba, comparando os anos de 2004 e 2010.

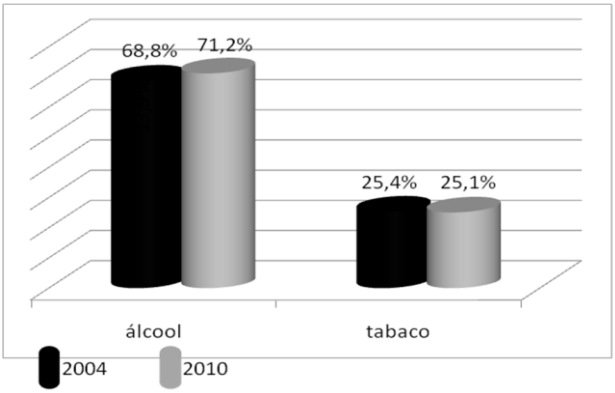
Gráfico 29 – Variação de Uso na vida em Curitiba – 2004 e 2010



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.]*, (2010)

A mesma comparação é feita com relação ao uso de álcool e tabaco, o que podemos observar no gráfico 30, abaixo.

Gráfico 30 – Uso na vida para álcool e tabaco em Curitiba – 2004 e 2010



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.]*, (2010)

Separando esses números de acordo com o sexo, temos que 67,7% dos entrevistados do sexo masculino e 71,3% dos do sexo feminino, no ano de 2004, responderam ter usado álcool ao menos uma vez na vida, enquanto que 23,6% e 27,8% (masculino e feminino, respectivamente) disseram ter usado

tabaco ao menos uma vez na vida. Já, em 2010, esses números variaram para 70,8%, 71,8%, 23,4% e 27,4%, respectivamente.

Por outro lado, quando dividimos as informações conforme a idade dos entrevistados, temos o que nos apresenta a tabela 27.

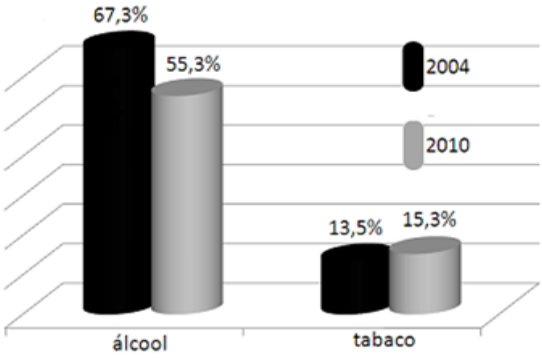
Tabela 27 – Evolução do uso de álcool e tabaco, conforme a faixa etária

Faixa etária	2004		2010	
	Álcool	tabaco	álcool	Tabaco
Dos 10 aos 12	48,8%	4,2%	39,9%	8,5%
Dos 13 aos 15	77,4%	29,5%	77,2%	26,7%
Dos 16 aos 18	85,7%	46,4%	92,9%	40,0%
Acima de 19	80,3%	64,1%	100,0%	38,5%

Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2005)

Para o *Uso no ano* de álcool e tabaco, entre estudantes de ensino fundamental e médio da rede pública da cidade de Curitiba, comparando-se os anos de 2004 e 2010, temos o que nos mostra o gráfico 31, a seguir.

Gráfico 31 – Uso no ano para álcool e tabaco em Curitiba – 2004 e 2010



Fonte: adaptado de CARLINI [*et. al.*], (2010)

4.3 Fatores de risco

De acordo com Lemos (2010) em entrevista ao programa Educação e Cidadania News:

> o que todas as drogas fazem, sem exceção, de uma forma direta ou indireta, é estimular uma determinada área do cérebro, que é responsável por um efeito reforçador de uso, ou seja, dá alguma gratificação, alguma sensação de prazer ou alívio de alguma sensação ruim.(LEMOS, 2010)

Lemos e Lima (2009, pág. 95) explicam que este reforço

> [...] diz respeito aos estímulos reforçadores do uso, que podem ser positivos ou negativos. O reforço positivo chama-se gratificação e está relacionado ao fato de as drogas psicotrópicas inicialmente produzirem uma sensação agradável de bem-estar. Isso se deve a ação direta ou indireta sobre uma via neuronal cerebral (a via dopaminérgica-mesolímbica) responsável pela nossa capacidade de sentir prazer e/ou satisfação em diferentes situações. Essa via é também conhecida como via do reforço ou da gratificação. O reforço negativo diz respeito ao uso da substância para aliviar uma sensação desagradável, como dor, ansiedade, depressão ou qualquer sinal e sintoma de abstinência. (LEMOS & LIMA, 2009, pág.95)

Entretanto, para que este sistema fisiológico seja acionado, primeiramente (e logicamente) se faz necessário a administração da substância no organismo, ou seja, não há como estimular um reforço para algo que ainda não aconteceu. Logo, para que este primeiro contato aconteça, Silber & Souza (1998, pág. 150) defendem a ideia de que

> Os adolescentes fumam por pressão dos iguais, por curiosidade, por imitação, como manifestação de independência, rebelião, ou com a intenção de fazer uma “figura importante”. As empresas produtoras de cigarros, na busca de fumantes “substitutos” (dos adultos que deixam de fumar ou morrem devido a complicações do fumo), conhecem

> as motivações e estimulam o uso através de modelos juvenis atraentes em ações e paisagens excitantes. Consomem álcool porque “todo mundo bebe”, “eu gosto, é divertido”, “ajuda-me a relaxar”, “tira-me a timidez”, “estou mal, serve-me para escapar do sofrimento”, “por que não, além do mais nem bebo tanto”. Os adolescentes que experimentam drogas dão razões similares às descritas para o fumo e para o álcool: pressão dos companheiros, uso por parte dos familiares (habitualmente irmãos mais velhos), estresse, aborrecimento, rebelião, ansiedade, depressão e redução da auto-estima. O uso do fumo e do álcool em geral precede à experimentação com drogas. (SILBER & SOUZA, 1998, pág. 150)

Neste mesmo caminho, diversos autores concordam com a existência de circunstâncias capazes de aumentar a vulnerabilidade para o uso de drogas. Estas circunstâncias são conhecidas por fatores de risco (ZEMEL, 2010; SCIVOLETTO e FERREIRA, [s.d.]; FORMIGONI [et. al.], 2011; BAUS; KUPUK; PIRES, 2002; TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004; MALCON; MENEZES; CHATKIN, 2003) e, por sua vez, estes fatores, de acordo com Neto [*et. al*.] (2011, pág. 33) “englobam aspectos biológicos, genéticos, de relacionamento e interação social, aspectos familiares, culturais, o acesso às drogas e os efeitos delas sobre o indivíduo”.

Na tabela 28, podemos observar alguns destes fatores de risco ao uso, abuso e dependência de drogas encontrados no indivíduo, na família, na comunidade e na própria droga.

Tabela 28 – Fatores de risco

(continua)

No Indivíduo	Insegurança
	Insatisfação
	Curiosidade
	Busca de emoções ou prazer
	Doenças psiquiátricas, tais como depressão, ansiedade, pânico etc

Tabela 28 – Fatores de risco

(continuação)

	Doenças crônicas em geral
Na família	Autoritarismo Permissividade ou negligência Pais ou irmãos que fumam, bebem ou usam outras drogas Pais ou irmãos que sofrem de transtornos mentais ou doenças crônicas Conflito entre os pais ou irmãos
Na escola	Mau desempenho Falta de regras claras Baixa expectativa em relação aos alunos Exclusão social Falta de vínculos afetivos Autoritarismo Permissividade Falta de infra-estrutura
Na comunidade	Violência Desvalorização do poder público Descrença nas instituições Falta de recursos para prevenção e tratamento Desemprego Falta de lazer Modismos Falta de informação Uso indiscriminado de remédios
Na própria droga	Disponibilidade para compra Fácil acesso Propaganda Efeito agradável (prazer), que leva o indivíduo a querer repetir o uso

Fonte: adaptado de LEMOS, (2011).

5 Comentários

De acordo com nossa pesquisa, percebemos que existe concordância entre os pesquisadores definindo que uma substância é caracterizada como droga quando, uma vez introduzida no organismo, provoca alterações em seu funcionamento normal, podendo esta ser classificada de diferentes maneiras e sob vários aspectos. Também existe concordância entre os autores quanto ao fato das classificações mais utilizadas estarem relacionadas à sua situação legal (lícita ou ilícita) e aos efeitos causados no sistema nervoso central do usuário, sendo que, neste último sistema, elas se diferenciam entre depressoras, perturbadoras (alucinógenas) ou estimulantes do SNC. Dentre as várias substâncias que se enquadram na descrição de droga, as mais clássicas são: álcool, tabaco, solventes/inalantes (lança-perfume, éter, esmalte, cola de sapateiro, tintas etc), maconha, LCD, êxtase, cafeína, cocaína, opiáceos/opióides (heroína, morfina) e medicamentos (orexígenos, xaropes, benzodiazepínicos etc).

Durante nossa pesquisa encontramos diversos trabalhos apontando o perfil do usuário de drogas no Brasil, dentre os quais se destacam os realizados pelo CEBRID. A primeira estimativa nacional sobre a prevalência de uso de álcool, tabaco e outras drogas aconteceu em 2001, quando o CEBRID realizou, nas 107 cidades brasileiras com mais de duzentos mil habitantes, o que foi denominado de I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Este estudo apontou que as drogas com maior incidência de uso (ao menos uma vez na vida) entre a população brasileira (dos 12 aos 65 anos de idade) são o álcool (68,7%) e o tabaco (41,1%) e que estas também são as drogas com maior incidência de uso para a faixa etária compreendida entre os 12 e os 17 anos, na qual constatou que a maior incidência de usuários de álcool está entre indivíduos do sexo masculino (52,2%), diferentemente do que para usuários de tabaco, onde a maior incidência está entre os indivíduos do sexo feminino (16,2%). Apontou, também, que a estimativa de dependentes de álcool era de 11,2% e de tabaco 9,0%, ou seja, cerca de 5 milhões de pessoas. Apontou, ainda, que o uso na vida de maconha aparecia em terceiro lugar, sendo esta a droga ilícita com maior incidência de uso. Outra informação surpreendente neste levantamento foi que o uso na vida de

orexígenos, que são medicamentos estimulantes de apetite, foi estimado em 4,3%, superando substâncias como os benzodiazepínicos, a cocaína, os xaropes e outros estimulantes.

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil só aconteceu em 2005 e, além dos demais municípios analisados em 2001, também acrescentou dados da capital do estado de Tocantins. Este estudo, em consonância ao anterior, também apontou o álcool e o tabaco como sendo as duas drogas de maior prevalência de uso, bem como as de maior incidência de dependentes, inclusive trazendo percentuais maiores do que os apontados anteriormente. O uso na vida de maconha aparece novamente como sendo a droga proibida mais usada, porém mostrando leve diminuição no percentual de usuários. Na quarta posição de uso na vida aparecem novamente os solventes, porém estes, mostrando pequeno aumento de usuários, aumento que também foi observado para o uso na vida de cocaína.

Em 2004 aconteceu o V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, apontando que o álcool e o tabaco também são as drogas de maior incidência de uso entre os estudantes (65,2% e 24,9%, respectivamente), bem como trazendo outra informação bastante preocupante: O primeiro uso destas drogas acontece, em média, antes de o adolescente completar 13 anos de idade. Os solventes aparecem em terceiro lugar e a maconha, novamente, surge como a droga ilícita com maior uso na vida. Por outro lado, neste estudo os orexígenos são apontados pelos estudantes apenas na 12ª posição, com número de usuários igual ao crack (0,7%).

Por fim, em 2010 aconteceu o VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras, o qual revelou uma diminuição de quase 50% no uso de drogas proibidas entre os estudantes da rede pública do país (comparando com o estudo de 2004) levando-se em conta o uso, continuado ou não, no ano, de solventes, ansiolíticos, anfetamínicos, maconha, crack, anticolinérgicos e cocaína (sendo esta a única a não apresentar redução no percentual de consumo). Da mesma forma, este trabalho do CEBRID também mostrou grande redução no

consumo de bebidas alcoólicas (redução de mais de 35%) e de tabaco (redução de quase 40%) pelos alunos da rede pública.

Nosso trabalho também levantou o que os especialistas chamam de fatores de risco para o uso de drogas psicotrópicas, isto é, as principais circunstâncias capazes de aumentar a vulnerabilidade para o uso destas substâncias. Estes fatores estão distribuídos entre aspectos relacionados à genética, à questões biológicas, à interação social, à família, à cultura e, sem dúvida, à quentões relacionadas ao acesso e aos efeitos das drogas. Porém, mecanismos reforçadores de uso ligados a via dopaminérgica mesolimbicacortical[6], se apresentam como importantes responsáveis pela repetição do uso, graças à sensações de prazer ou alívio produzidas.

[6] Via dopaminérgica mesolímbicacortical: via de transmissão cerebral formada por neurônio dopaminérgico, que vai da área tegmentar ventral do mesencéfalo para o núcleo accumbens do sistema límbico e para o cortex pré-frontal. Modula as emoções e o comportamento. É também conhecida como via do prazer e da gratificação.

6 Conclusões

Levando-se em conta que existe uma enormidade de substâncias classificadas como drogas, de diferentes apresentações e procedências, e que, provavelmente, elas sempre fizeram parte da história da humanidade, acreditamos que nunca deva ter existido um mundo totalmente livre das drogas, pelo menos desde que os seres vivos passaram a povoar nosso planeta, ou desde que os seres humanos descobriram que determinadas substâncias lhe proporcionavam prazer. Além disso, concordamos com Minayo & Schenker (2004, pág. 715) quando afirmam que "experimentar drogas lícitas ou ilícitas e usá-las socialmente são atitudes que fazem parte de culturas milenares e é um fato na atualidade", logo, seria utópico tentarmos "nos livrar" delas como forma de solucionar os transtornos por elas causados. Também concluímos que é inegável que as drogas propiciam prazer temporário e que esta sensação, aliada com a curiosidade nata do ser humano, devam ter sido duas das principais causas de sua disseminação ao longo das gerações.

Baseado em nosso trabalho, acreditamos que as drogas, por si só, não devem ser consideradas boas ou más, pois é factual que existem várias substâncias classificadas como tal e que, dependendo de sua utilização, tanto podem promover resultados positivos quanto podem promover resultados negativos. Como exemplo clássico desta ambigüidade, podemos citar o uso dos medicamentos: Hoje em dia é quase impossível se pensar num mundo sem eles, já que essas substâncias fazem parte do cotidiano de milhões de pessoas mundo a fora, seja tornado muitas vidas menos dolorosas ou mesmo criando esperanças de sobrevivência para tantas outras. Entretanto, esta mesma categoria de substâncias também faz parte da rotina de outra grande parcela da nossa população, porém causando estragos e diminuindo drasticamente sua qualidade de vida. Então, o que diferencia uma situação da outra? Pode-se dizer que apenas as precauções e cuidados dispensados com a sua utilização. Assim sendo, também podemos dizer que esta última parcela da população sofre com os efeitos negativos relacionados ao uso abusivo e indiscriminado da droga, contrariamente àquela primeira, que consegue, através da prescrição e acompanhamento médicos, benefícios e soluções

para algo que a incomoda. O mesmo acontece com diversas outras substâncias, tais como os inalantes, o álcool, muitos chás e infusões, a cafeína e, porque não dizer, como a própria maconha, pois estas substâncias também podem ser utilizadas de forma positiva pelo homem e isso é o que fundamenta a tese de muitos especialistas que defendem o uso medicinal e controlado desta última.

Embora, no último levantamento analisado, as estatísticas mostrem diminuição no consumo de drogas, tanto liberadas quanto proibidas, seus dados também mostram que ocorre uma maior incidência de usuários de drogas “legais” do que das drogas ilegais. Logo, através das estatísticas encontradas, podemos afirmar que as drogas mais utilizadas no Brasil, tanto pela população adulta, quanto pela população adolescente, são disparadamente, o álcool etílico (bebidas alcoólicas) e os derivados do tabaco (cigarros, charutos, palheiros etc), seguidos pelos solventes/inalantes e pela maconha. Já, drogas como a cocaína, o crack, o êxtase, o LSD e a heroína, embora sejam consideradas por muitos como sendo drogas “mais pesadas” (devido ao potencial de causar dependência e outras conseqüências negativas), não apresentaram grande projeção estatística entre os grupos analisados. As principais conseqüências do uso abusivo de tabaco estão relacionadas aos problemas de saúde (principalmente ao sistema respiratório e ao sistema circulatório), o que diminui a qualidade de vida e da produtividade do fumante, geralmente culminando com sua morte precoce. Porém, com relação ao álcool, aos solventes e a maconha, vimos que, além dos problemas físicos e de saúde inerentes a cada uma delas, essas drogas também acarretam diversos prejuízos sociais, tais como a desestruturação familiar, o aumento do número de acidentes (domésticos, de trabalho e, principalmente, no trânsito), bem como, um grande aumento da violência urbana (discussões, brigas, furtos, roubos, tráfico, agressões e, o pior de tudo, muitas mortes prematuras). Além disso, todas elas têm em comum o fato de apresentarem grande poder de causar dependência física, tornando as tentativas de recuperação, por parte do usuário, muito difíceis.

Acreditamos que esta maior incidência de usuários de drogas liberadas, provavelmente, se deve ao fácil acesso àquelas substâncias, pois é inegável que mesmo existindo algumas restrições quanto a sua comercialização, até crianças e

adolescentes conseguem facilmente adquiri-las e, como vimos em nosso trabalho, um dos principais fatores de risco para o uso de drogas é, justamente, a facilidade em encontrá-las e utilizá-las. Isso nos faz refletir, também, sobre as prováveis conseqüências da legalização de outras drogas, nos levando a acreditar que liberá-las iria, entre outras coisas, facilitar ainda mais o acesso a elas, aumentando desta forma, a propagação de seu uso. Por outro lado, também concordamos que os dependentes de substâncias psicoativas são portadores de uma doença, a dependência química, necessitando serem vistos como tal pelos órgãos públicos, principalmente os de saúde e de serviço social. Ou seja, baseado nos dados por nós levantados, acreditamos que os usuários de drogas precisam ser tratados mais como um problema de saúde pública do que apenas como casos de polícia.

Por fim, concluímos que responder a pergunta que originou este trabalho não é uma tarefa simples, pois o uso indevido de substâncias psicoativas por jovens envolve questões das mais diferentes origens, variando desde a simples vontade de descobrir novas experiências, passando pela busca de alívio aos conflitos e frustrações originados pelas mudanças físicas e psicológicas inerentes a esta fase da vida, ou até mesmo, pela pressão exercida pelo seu grupo de convivência (seus amigos e familiares), pela mídia (os modismos, o consumismo etc) ou pela própria comunidade onde reside (se é violenta, se oferece acesso fácil às drogas, se oferece condições de permanência na escola e trabalho etc). Sendo assim, também chegamos à conclusão de que a melhor maneira de se lidar com esse problema é através de programas que envolvam toda a sociedade. Educando e orientando a população sobre a complexidade deste tema, levantando um debate sobre os diversos pontos de vista que circundam o assunto, incluindo aí, tanto aspectos considerados “positivos”, quanto os aspectos considerados “negativos”. Ou seja, concordamos que mais importante do que descobrir os motivos que os levam ao uso, é investir em maneiras de orientar estes jovens sobre a importância de se tomar uma decisão baseada em fatos concretos, incluindo entre estes fatos, obviamente, também os problemas e as conseqüências que as drogas acarretam.

Referências bibliográficas:

BAUS, José; KUPUK, Emil & PIRES, Marcos. **Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares**. SP: USP, 2002.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID**. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11431&rastro=PREVEN%C3%87%C3%83O%2FTipos+de+Preven%C3%A7%C3%A3o/Preven%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria%2C+secundaria+e+terci%C3%A1ria>. Acessado em: 10 Nov 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto nacional do Câncer. **O controle do tabagismo no Brasil:** avanços e desafios. Brasília: INCA, 2010.

CAETANO, Raul; LARANJEIRA, Ronaldo; PINSKY, Ilana; ZALESKI, Marcos. **I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira.** Revisão técnica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasilia: SENAD, 2007.

Cafeína. **Revista Brasil Escola**. Disponível em: <http://www.brasilescola.com/expediente/>. Acesso em: 10 nov 2012.

CARLINI, Beatriz. O uso de drogas psicotrópicas no Brasil. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 2ª Ed. Brasília: SENAD, 2010.

CARLINI, E. A.; GALDURON, José Carlos F.; NAPPO, Solange A. & NOTO, Ana Regina. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:** Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo/SP: CEBRID, UNIFESP, 2002.

CARLINI, E. A. [et. al.]. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:** Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo/SP: CEBRID, UNIFESP, 2006.

_____. **V Levantamento nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 2005.
CARLINI, E. A. [et. al.]. **Vi Levantamento nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, SENASP, 2010.

CEBRID. **Perturbadoras**. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/folhetos/perturbadoras_.htm>. Acesso em: 13 Nov 2012.

_____. **Solventes ou inalantes**. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/folhetos/Inalantes_.htm>. Acesso em: 13 Nov 2012.

_____. **Tabaco**. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/folhetos/tabaco_.htm>. Acesso em: 13 Nov 2012.

_____. **Tranqüilizantes e ansiolíticos**. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/folhetos/tranquilizantes_.htm>. Acesso em: 13 Nov 2012.

Entrevista concedida por LEMOS, Tadeu. **Educação e Cidadania News**. O risco do uso das drogas: como atuam no cérebro das pessoas. Florianópolis, 06 jul 2010. Disponível em: <http://educacaoecidadania.com.br/blog/?p=3448>. Acesso em: 05 jan 2013.

FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza; KESSLER, Féliz & PECHANSKY, Flávio. **Neurobiologia:** mecanismos de reforço e recompensa e o efeito biológico comum das drogas. Disponível em: <http://pesquisacompartilhada.com.br/NEUROBIOLOGIA-

MECANISMOS-DE-REFORCO-E-RECOMPENSA-E-O-EFEITO-BIOLOGICO-COMUM-DAS-DROGAS/>. Acesso em: 01 abr 2013.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 03 jan 2013.

LEMOS, Tadeu. Aspectos Psicossociais da Dependência Química. **Curso: Prevenção na área de dependência química.** Disponível em: <http://www.direcionaleducador.com.br/drogas/modulo-iii-%E2%80%93-aspectos-psicossociais-da-dependencia-quimica>. Acesso em: 17 abr 2013.

LEMOS, Tadeu; LIMA, Thereza Christina Monteiro de. **Farmacologia para biologia**. Florianópolis: Biologia/EaD/UFSC, 2009.

LOPES, Marco Antônio. Drogas: 5 mil anos de viagem. **Revista Superinteressante**. São Paulo, fev 2006. Disponível em: http://super.abril.com.br/ciencia/drogas-5-mil-anos-viagem-446230.shtml. Acesso em 15 set 2012.

MALCON, Maura C.; MENEZES, Ana Maria B. & CHATKIN, Moema. **Prevalência e fatores de risco...** SP: USP, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza & SCHENKER, Mirian. **Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência.** 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>. Acesso em: 01 mai 2013.

MS: PF acha 3,2 t de maconha, maior apreensão de drogas do ano. **Terra**. RJ, 07 jun 2011. Disponível em <http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/MSPFmaconha.html>. Acesso em 15 set 2012.

NÃO ÀS DROGAS. **Chá do Santo Daime (Ayahuasca)**. Disponível em <http://naoasdrogas.tripod.com/id10.html>. Acesso em: 13 Nov 2012.

NETO, Cassiano Zeferino de Carvalho; {et. al.]. **Prevenção à dependência química**. Organização: MELO, Maria Taís de. 2. Ed. Palmas: Editora UNITINS, 2011.

NICASTRI. Sérgio. Drogas: classificação e efeitos no organismo. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 2ª Ed. Brasília: SENAD, 2010.

OLIVEIRA, Vanderlei de. **Perfil dos pacientes tabagistas internados no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico de Santa Catarina**. Florianópolis/SC: UFSC, 2008.
ONU BRASIL. **A ONU e a População Mundial**. Disponível em: <http://www.onu.org.br/a-onu-e-a-populacao-mundial/>. Acesso em: 03 jan 2013.

Organização Mundial de Saúde - OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1993.

PAULA, Kraemer de Paula; PIRES, Giselle de Souza Paula. **Viver livre das drogas:** tudo que você precisa saber sobre o uso de drogas e sua prevenção. Florianópolis: Letras Brasileiras, 2002.

Quantidade de maconha apreendida em 2012 em SC já se aproxima do total recolhido em todo o ano passado. **ClicRBS**. Florianópolis, 23 mai 2012. Disponível em < http://wp.clicrbs.com.br/2012/05/23/em-quatro-meses-de-2012-quantidade-de-maconha-apreendida-em-sc-chega-perto-do-total-recolhido-em-todo-ano-passado/?> Acesso em: 15 set 2012.

SCIVOLETTO, Sandra & FERREIRA, Rita de Cássia. A prevenção do uso indevido de drogas na escola. **Formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas**. Brasília: SENAD, (s. d.).

SENAD. **A prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas Drogas, 2006.

SENAD. **Maconha:** O que os pais devem saber. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas Drogas, 2000.

SILBER, Tomás José & SOUZA, Ronald Pagnoncelli de. **Uso e abuso de drogas na adolescência:** o que se deve saber e o que se pode fazer. *Adolesc. Latinoam.* [online]. out./dez. 1998, vol.1, no.3, p.148-162. Disponível em: <http://www.ral-adolec.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301998000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar 2013.

SOLDERA, Meire; *[et. al*.]. **Uso de drogas psicotrópicas por estudantes:** prevalência e fatores sociais associados. SP: USP, 2004.
TAVARES, Beatriz Frank; BÉRIA, Jorge Umberto & LIMA, Maurício Silva de. **Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares**. SP: USP, 2004.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Relatório Mundial Sobre Drogas WDR 2012**. Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime. ONU, 2012.

UNODC. **Relatório Mundial Sobre Drogas WDR 2009**. Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/Topics_drugs/WDR/2009/WDR_2009_Referencias_ao_Brasil.pdf>. Acesso em: 04 jan 2013.

WOLD HEALT ORGANIZATION. **Global status report on alcohol**. Genebra: WHO, 2004.

XAVIER, Caroline Addison Carvalho [et. al.]. Êxtase (MDMA): efeitos farmacológicos... **Revista da Psiquiatria Clínica**. RN, 2007. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/n3/96.htm>. Acesso em: 13 nov 2012.

ZEMEL, Maria de Lurdes S. Prevenção – novas formas de pensar e enfrentar o problema. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 2ª Ed. Brasília: SENAD, 2010.