

OS SOFRIMENTOS E DANOS BIOPSIKOSSOCIAIS DE DEPENDENTES QUÍMICOS EM RECUPERAÇÃO

Nivea Gisele Panizza Tuller*

Dorli Terezinha de Mello Rosa**

Martha Cristiani Sisti de Polli***

Sandra Cristina Catelan-Mainardes****

RESUMO: Visto que o abuso de drogas tem se mostrado um problema de saúde pública em nosso meio social e ocasionado danos irreversíveis ao sistema nervoso central, a presente pesquisa busca um maior e melhor conhecimento sobre a dependência química e seus danos físicos, psíquicos e sociais. Tem por objetivo compreender os caminhos que conduzem à dependência, assim como os fenômenos e motivos que levaram esses sujeitos tornarem-se usuários. Trata-se de uma coleta de dados através de uma pesquisa de campo em forma de entrevistas com questões estruturadas e fechadas, aplicadas em usuários em abstenção, participantes de um programa de recuperação e inclusão social. Através dos resultados fica clara a dependência dos entrevistados, pois 60% responderam que consumiam o tóxico mais de uma vez por dia e por mais de dois anos. A maior parte dos entrevistados iniciou o consumo entre 14 e 17 anos, ficando evidente, nesta fase, a dependência dos sujeitos para com as drogas. Constatou-se que 75% dos entrevistados foram induzi-

* Discente do curso de Psicologia Centro Universitário de Maringá – CESUMAR. E-mail: niveatuller@hotmail.com

** Discente do curso de Psicologia Centro Universitário de Maringá – CESUMAR. E-mail: dorlirosa@hotmail.com

*** Discente do curso de Psicologia Centro Universitário de Maringá – CESUMAR. E-mail: marthasisti@hotmail.com

**** Docente do curso de Psicologia Centro Universitário de Maringá – CESUMAR. E-mail: catelan@cesumar.br

dos por colegas ao consumo de tóxicos, e ainda, segundo o relato dos entrevistados, as razões que explicariam o abuso de substâncias químicas seriam a falta de estrutura familiar (opinião compartilhada por 45% dos entrevistados), a influência de outras pessoas (36%) e desajuste conjugal (14%). Conclui-se que a dependência química e seus mecanismos biopsicossociais têm como base os desajustes da estrutura familiar de seus usuários, sendo o tratamento de toda a família o mecanismo para a libertação do consumo das drogas.

PALAVRAS-CHAVE: Dependência; Abuso de Drogas; Danos no SNC; Sofrimentos.

THE BIOPSYCHOSOCIAL SUFFERINGS AND DAMAGES OF CHEMICAL DEPENDENT ON RECOVERY

ABSTRACT: Since the abuse of drugs has been a public health problem in our social environment and caused irreversible damage to the central nervous system, this research seeks a bigger and better knowledge about the addiction and its physical, psychological and social damages. It aims to understand the paths that lead to dependence, as well as the phenomena and the reasons for these individuals to become users. This is a data collection through a field research in interview forms with structured questions, applied to abstention users, participating in a recovery and social inclusion program. The results are clear about the interviewees dependence, 60% replied that they consumed the toxic more than once a day and more than two years. Most of those interviewed started the consumption between 14 and 17 years old, becoming evident at this stage the dependence of them to the drugs. It was found that 75% of the respondents were induced by the toxic consumption by colleagues and, according to the interviewees report, the reasons for the abuse of chemicals would be the

lack of family structure (shared opinion by 45% of respondents), the influence of other people (36%) and marital mismatch (14%). It was concluded that the chemical dependence and its mechanisms are based on the biopsychosocial mismatches of the users family structure, and the treatment of the whole family the mechanism for the release of the drugs consumption.

KEYWORDS: Addiction; Drug Abuse; Damage in the CNS; Sofrimentos.

INTRODUÇÃO

1.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Conforme Bertolote (2004), dependência, em termos gerais, é um estado de necessidade de alguma coisa ou alguém para apoio, funcionamento ou sobrevivência. Quando aplicado “a drogas, o termo implica a necessidade de repetidas doses da droga para sentir-se bem ou para evitar situações ruins”. (BERTOLOTE, 2004, p. 59) No DSM-III R, a dependência é definida como “um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e psicológicos que indicam que uma pessoa tem o controle do uso da substância psicoativa prejudicado e persiste nesse uso a despeito de conseqüências adversas” (BERTOLOTE, 2004, p. 51).

A dependência física ou psíquica refere-se à vivência de controle prejudicado, em que fica diminuída a capacidade de um indivíduo para controlar o uso de uma substância psicoativa em relação ao início, nível ou término de seu consumo.

Bertolote (2004) coloca que a capacidade prejudicada de controle é um critério para a síndrome de dependência na CID-10, sendo este distinto da perda do controle pelo fato de implicar que o fenômeno prevaleça em todos os momentos e em todas as circunstâncias. Já a dependência fisiológica ou física refere-se à tolerância e aos sin-

tomas de abstinência. O termo controle prejudicado também pode ser chamado de abstinência condicionada, compulsão, síndrome de dependência e *craving*. *Craving* é a necessidade imperiosa de uma substância psicoativa ou de seus efeitos intoxicantes. É um termo popular, usado para o mecanismo que se supõe estar na base de *controle prejudicado*. Alguns acreditam que esse desejo aumente, em parte, como resultado de associações condicionadas que evocam respostas de abstinências condicionadas.

Bertolote (2004, p. 13) salienta que, na terceira edição revista do Manual Diagnóstico e estatístico da Associação Psiquiátrica Norte-Americana (DSM-III-R), abuso de substância psicoativa é definido como “padrão desajustado de uso indicado pela continuação desse uso apesar do reconhecimento da existência de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico, persistente ou recorrente, que é causado ou exacerbado pelo uso recorrente em situações nas quais ele é fisicamente arriscado”.

O uso repetido de uma ou mais substâncias psicoativas pode levar a que o usuário designado como *um adicto*, fique intoxicado, periódico ou permanentemente, apresentando compulsão por consumir a substância preferida. Para a condição desse usuário empregamos o termo *adição a droga ou álcool*, em que o indivíduo tem grande dificuldade para interromper ou modificar voluntariamente o uso da substância e demonstra uma determinação de obter substâncias psicoativas por quaisquer meios.

1.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.2.1 Conceito de “droga”

Leonardo (2006, p.101) salienta que droga é toda substância de natureza química que afeta a estrutura do ser humano, modificando de várias maneiras sua atividade mental e repercutindo nas esferas psíquica, somática e neurovegetativa, devido às alterações na bioquímica e na atividade bioelétrica do organismo humano. Droga é

todo medicamento ou substância entorpecente, alucinógena, excitante, etc., ingeridos, em geral, com o fim de alterar transitoriamente a personalidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, [S. d.] apud KATZUNG, 2003, p. 01), a droga define-se como:

Uma substância que pode ou não servir de aplicação médica legítima. Quando dela se abusa, por auto-administração e para fins distintos dos legitimamente médicos, pode provocar perniciosas e imprevisíveis modificações no organismo humano, nos sentimentos e nas idéias.

Segundo Graeff e Guimarães (2005), e Sanches (1982) achados arqueológicos indicam que a humanidade já fazia uso de drogas psicoativas em épocas pré-históricas. Corroborando essa opinião, estudos antropológicos mostram que aborígenes de várias regiões do globo terrestre fermentam cereais para produzir bebidas alcoólicas - por exemplo, índios no Sul do Amazonas, habitantes das vizinhanças do rio Xingu, fermentam extrato de mandioca para fazer a bebida alcoólica denominada caxiri, consumida em festas e cerimônias religiosas. Outro exemplo é o caso de povos andinos, que mascam folhas do arbusto denominado coca para reduzir fome e fadiga e para atenuar a cefaléia em casos de altitude. Nestes exemplos, o uso de drogas está enquadrado nas normas sociais do grupo, não caracterizando mau uso.

Não obstante, Graeff e Guimarães (2005) salientam que a primeira idéia evocada pela palavra droga é a do uso ilícito, problema social marcante de nossa época, em que o poder econômico dos traficantes é tão grande que acaba por influenciar os destinos de nações. Não podemos, porém, esquecer-nos de que drogas cujo consumo é aceito ou tolerado - como álcool, nicotina e cafeína - são largamente consumidas, gerando problemas médico-sociais até mais graves do que as drogas ilícitas. Assim, drogas psicoativas há muito vêm sendo usadas para obter prazer, descontração, euforia, ou para ali-

viar ansiedade, mágoa, dor e privação, sendo utópico imaginar uma sociedade totalmente sóbria.

O mesmo autor deixa claro que, apesar de as drogas serem objeto de estudo da Farmacologia, o uso não-médico de drogas é apenas em parte problema farmacológico. A maioria dos estudos indica que fatores psicológicos e sociais interagem de modo inextricável com fatores biológicos para determinar o uso, o abuso e a dependência de drogas. Num sentido amplo, o termo “abuso de drogas” refere-se a qualquer uso que fere normas sociais ou legais vigentes em dada época e sociedade, ou seja, a qualquer uso de drogas ilícitas ou ao uso inadequado de drogas lícitas (por exemplo, bebidas alcoólicas em horário de trabalho), bem como ao uso de medicamentos sem prescrição médica. O DSM-IV-TR (2002) define dependência como um padrão inadequado de uso de drogas psicoativas, levando a perturbações associadas à dificuldade de controlar o comportamento de autoadministração da substância, a sintomas da retirada quando da suspensão do uso e à tolerância aos efeitos da droga.

Graeff e Guimarães (2005) enfatizam que a dependência não é uma condição do tipo “tudo ou nada”. Há graus e variedades de dependência que vão, num contínuo, desde o mais leve até o mais intenso. A situação de dependência extrema leva, na literatura de língua inglesa, o nome de *addiction*, enquanto em português se usa a palavra *vício* para designar tal grau de dependência. O adicto de drogas vive condições em que as atividades relacionadas com a droga assumem prevalência sobre todas as outras atividades, acarretando uma perda voluntária do controle da autoadministração.

Graeff e Guimarães (2005) salientam que a dependência não se instala de repente, mas passa por diversas fases, desde o início do uso até a dependência extrema, num processo em que se faz necessária a combinação de fatores de ordem genética, psicológica e social. Os mecanismos neurológicos subjacentes são diferentes em cada fase, e os fenômenos de tolerância, sensibilização, retirada e desejo compulsivo (*craving*) frequentemente acompanham a dependência. Classifica-se a dependência conforme a natureza do fármaco. Con-

forme DSM-IV, a classificação se dá por dependência / abuso de:

- Opioides,
- Sedativos, hipnóticos e ansiolíticos;
- Álcool;
- Anfetaminas ou simpatomiméticos análogos;
- Cocaína;
- Nicotina;
- Maconha;
- Alucinógenos;
- Inalantes;
- Fenilciclidina e arilcicloexaminas análogas;
- Substâncias mistas;
- Substâncias psicoativas não especificadas.

Graeff e Guimarães (2005) salientam que a aquisição da dependência se dá com um dado tipo de droga, com tendência a expandir-se e incluir outras classes. Normalmente, a primeira droga é o tabaco, o álcool ou um inalante, seguido de maconha, sedativo-hipnóticos, psicoestimulantes e, finalmente, opioides; entretanto esta progressão não é rígida, dependendo de sua disponibilidade, custo e aprovação no subgrupo social, como também da personalidade do usuário, que muitas vezes tende à busca de novidades, encaminhando-se assim para o uso precoce de múltiplas drogas.

O risco de um indivíduo perder o controle do uso de drogas e tornar-se dependente está relacionado, em larga medida, a fatores agrupados no conceito de personalidade. Afirmam Graeff e Guimarães (2005) que no processo de adicção se combinam os fatores temperamento e caráter (referindo-se o temperamento a padrões de hábitos ligados à emoção) e cerca de 50% de alta determinação genética. O temperamento vai permanecer estável da infância à idade adulta. Já o caráter refere-se a valores e objetivos que orientam nossas ações voluntárias, e depende muito pouco de influência genética, sendo determinado, sobretudo, pelas experiências da primeira infância.

Sofre também moderada influência da aprendizagem sociocultural, amadurecendo da infância até a idade adulta.

Graeff e Guimarães (2005) colocam que os teóricos da personalidade classificam indivíduos em tipos, alguns dos quais são mais propensos à dependência de drogas. O tipo mais sujeito a risco é o da personalidade antissocial, que combina impulsividade com destemor, podendo levar à comportamentos de riscos, como crimes e contravenções legais. De outro lado está a personalidade passivo-dependente, caracterizada por baixa impulsividade e alto nível de ansiedade, sendo característica dos indivíduos dessa categoria a propensão ao alcoolismo e ao uso da nicotina.

Outra parcela da variância que influencia o risco da dependência, conforme Graeff e Guimarães (2005) deve-se a fatores ambientais, que muitas vezes levam o indivíduo a estresses e à facilidade em obter drogas como, por exemplo, o álcool, e ao abandono das relações sociais. O tratamento se dá em duas etapas: a primeira é a retirada e desintoxicação, e a segunda é a manutenção em abstinência. A segunda etapa é a mais difícil e o índice de recaída tem sido elevado.

Leonardo (2006) enfatiza que as drogas atuam no sistema nervoso central, de modo mais marcante sobre o psiquismo do usuário. Os efeitos que provocam são importantes e repercutem no comportamento com alterações significantes no relacionamento familiar, escolar e ambiental. A convivência cotidiana com o indivíduo drogado é que mostra com clareza os sinais que identificam os efeitos das drogas. O viciado fica escravo das drogas e sua vida se torna dependente do vício. Família, estudo, trabalho, sexo, comportamentos, etc. ficam em segundo plano. A droga se torna a coisa mais importante, e para consegui-la ele pode roubar e até matar.

É possível reconhecer vários sintomas de abuso de drogas com sinais de perigo, porém a presença de somente um ou dois desses sintomas pode dever-se a outras causas. Alguns sinais, segundo Leonardo, (2006), são: repentina mudança de personalidade e acessos de mau humor sem explicação; queda notável do rendimento dos estudos ou abandono da escola; abandono da companhia de outros,

procura por estar sozinho no quarto, perda de interesse pelas atividades favoritas, como esportes ou *hobbies*.

Leonardo (2006) salienta ainda os seguintes aspectos: aumento de inflações no trânsito; novo grupo de companheiros da mesma idade; chamadas telefônicas de pessoas desconhecidas; conflitos e brigas com a família; excessiva hostilidade para com os demais; olhos avermelhados, compra de líquidos para os olhos, uso de óculos escuros mesmo sem excesso de luz para esconder os olhos vermelhos, atividades furtivas ou impulsivas.

A presença de instrumentos necessários para conseguir drogas, aparecimento de comprimidos, frascos de colírio ou xaropes e embalagens de medicamentos em casa; aumento ou diminuição no apetite; falta de motivação, incapacidade de cumprir com as responsabilidades; distração, excesso de riso; também é comum nos usuários segundo Leonardo (2006) e Barreto (2000).

Quanto as atividades antissociais, Leonardo (2006) e Barreto (2000) reitera que pode se perceber o mentir, roubar, faltar à escola; mudança de hábitos, por exemplo, quanto à higiene e à atenção à aparência pessoal; reação defensiva quando se mencionam as drogas e o álcool na conversação; aumento da fadiga e da irritabilidade, sono interrompido; desaparecimento de objetos de valor na casa; falta de expressão no rosto, tom monótono da voz ao falar; uso de sons em alta tonalidade e troca do dia pela noite, lesões e irritações nasais constante; afecções nos brônquios e outro problema de saúde; e depressão emocional, menção freqüente ao tema do suicídio.

A palavra “droga” parece provir do holandês antigo *droog*, que significa “folha seca”. As drogas sempre existiram ao longo da história da humanidade e em todas as culturas. Os homens, para buscar o prazer ou para atenuar seu sofrimento psíquico ou físico, utilizam substâncias que lhes produzem um estado artificial de bem-estar. Agora a sociedade procura entender e encontrar soluções para este que se tornou, nos nossos dias, uma grave doença que pode atingir a todos, especialmente os jovens.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define droga como toda

e qualquer substância, lícita ou ilícita, natural ou sintética, que, uma vez introduzida no organismo, provoca alterações no seu funcionamento. Segundo Leonardo (2006), as drogas podem estar agrupadas em duas grandes categorias: as lícitas (álcool, tabaco e medicações utilizadas sem prescrição médica) e as ilícitas (maconha, solventes, cocaína, alucinógenos, *ecstasy* e outras).

A OMS, segundo Barreto (2000) entende que uma pessoa poderá ser considerada dependente química se o seu nível de consumo incorrer em pelo menos três dos seguintes sintomas ou sinais ao longo dos últimos 12 meses antecedentes ao diagnóstico:

- a) Forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
- b) Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo;
- c) Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus defeitos;
- d) Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- e) Um estado fisiológico de abstinência quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por uma síndrome de abstinência característica de uma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- f) Persistência no uso da substância a despeito da evidência clara de consequências manifestamente nocivas.

Um dos estudos mais importantes sobre o perfil do consumo de drogas pelos adolescentes brasileiros foi feito entre estudantes de primeiro e segundo graus das redes públicas e privadas de dez capitais do Brasil. Paulo Knap (2004 apud CEBRID, 2004), ao comentar esta pesquisa realizada pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas psicotrópicas (2004), revela que as drogas chamadas

lícitas são, com grande vantagem as mais consumidas; maconha e cocaína aparecem logo depois, nessa ordem. Estes achados são importantes por evidenciarem que não percebemos que as drogas lícitas (tabaco e álcool) são utilizadas em grande escala e causam grandes problemas físicos, psíquicos e sociais. De certa maneira, a sociedade adota uma conduta falsa e hipócrita em relação a essas drogas, pois sabe dos malefícios, mas permite seu uso, tirando desse uso benefícios apenas aparentes, já que, na verdade, os recursos que se gastam com o tratamento das doenças derivadas destas drogas são maiores do que os recolhidos em impostos sobre sua venda.

1.2.2 Classificação das drogas

As drogas não são todas iguais, elas apresentam diferentes riscos, danos e reações, dependendo da droga em si, da maneira como é utilizada, da pessoa que a usa e do meio em que isso acontece. As pessoas têm diferentes graus de vulnerabilidade individual às drogas, existem personalidades mais suscetíveis e ao uso de drogas. Segundo o CEBRID (2004), o que se verifica é que a maioria das pessoas que experimentam ou até usam uma substância com alguma regularidade não se tornam necessariamente dependentes; porém as drogas estão cada vez mais disponíveis, tornando-se um comércio na vida de pessoas marginalizadas na rede do tráfico.

As drogas mais usadas em nossa sociedade são aquelas comercializadas e compradas livremente. Quanto à sua legalidade, elas se dividem em: lícitas e ilícitas.

De acordo com Glossário de Bertolote (2004, p. 61), Drogas lícitas são aquelas cuja produção e consumo não constituem crime. O álcool, o tabaco e a cafeína são as mais consumidas e de uso praticamente universal. Seu uso é estimulado e elas estão intimamente associadas aos maiores problemas de saúde pública, não somente em nosso país. Paradoxalmente, as ações de prevenção ao uso indevido dessas substâncias, quando existentes, são extremamente acanhadas.

As drogas ilícitas, segundo Bertolote (2004, p. 60) são aquelas cuja produção, comercialização e uso são considerados crimes, sendo proibidos por leis específicas. As drogas ilícitas mais consumidas na sociedade brasileira, segundo estatísticas fornecidas pela Secretaria Nacional Antidrogas, são a maconha e a cocaína. Quanto a sua origem, drogas são toda e qualquer substância com a capacidade de alterar as funções fisiológicas ou o comportamento da pessoa. Podem ser classificadas em naturais, semissintéticas e sintéticas.

Bertolote (2004) salienta ainda as *Drogas naturais* são plantas que contêm substâncias psicoativas, sendo esta matéria-prima usada diretamente como droga ou extraída e purificada. Podem-se citar como exemplos os cogumelos e a trombeteira, consumidos sob a forma de chá.

Drogas semissintéticas são resultantes de processos químicos realizados em laboratórios com as drogas naturais. É o caso da cocaína, da maconha, do tabaco e do álcool. Algumas delas são produzidas em escala industrial, como as bebidas alcoólicas e o cigarro.

As drogas sintéticas são produzidas unicamente por manipulações químicas em laboratórios e não dependem, para sua confecção, de substâncias vegetais ou animais como matéria-prima. Temos como exemplo o LSD (ácido lisérgico) e o Êxtase. Na categoria de drogas sintéticas incluem-se também os calmantes e os barbitúricos ou remédios para dormir, fabricados pela indústria farmacêutica com finalidade médica.

Quanto aos mecanismos de ação, segundo CEBRID (2004, p. 8) as drogas são classificadas em *depressoras*, *estimulantes* e *alucinógenas*.

Drogas depressoras são as que promovem redução das atividades do cérebro e diminuição de suas ações e das funções orgânicas de um modo geral, deixando as pessoas mais relaxadas (exemplos: álcool, tranqüilizantes, opioides).

As drogas *estimulantes*, de acordo com CEBRID (2004) aumentam a velocidade dos processos cerebrais e fazem com que as pessoas se sintam mais abertas, com mais energia, apresentando mais

agitação. Provocam uma aceleração das atividades corporais (ex.: cocaína, anfetaminas, nicotina e cafeína).

Drogas alucinógenas são aquelas que alteram a percepção e o senso de tempo e espaço, tendo-se como os principais exemplos a maconha, o LSD e a mescalina.

Visto que a classificação das drogas se dá de acordo com a atividade que elas exercem em nosso cérebro, as principais drogas psicotrópicas, usadas de maneira abusiva, conforme a classificação mencionada são as que se seguem de acordo com CEBRID (2004, p. 9):

1 Depressoras da atividade do SNC:

- Álcool;
- Soníferas ou hipnóticas (drogas que promovem o sono), barbitúricos e alguns benzodiazepínicos;
- Ansiolíticos (que acalmam, inibem a ansiedade), em que se incluem principalmente os benzodiazepínicos, como diazepam, lorazepam, etc.;
- Opiáceos ou narcóticos (aliviam a dor e dão sonolência), como a morfina, a heroína, a codeína, a meperidina, etc.;
- Inalantes ou solventes (colas, tintas, removedores).

2 Estimulantes da atividade do SNC:

- Anorexígenos (diminuem a fome), dos quais os principais são as anfetaminas, como dietilpropiona, fenproporex, etc.;
- Cocaína.

3 Perturbadores da atividade do SNC, que podem ser de origem vegetal, sintética.

São de origem vegetal:

- Mescalina (do cacto mexicano);
- THC (da maconha);
- Psilocibina (de certos cogumelos);
- Lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca).

São de origem sintética:

- LSD-25
- Êxtase
- Anticolinérgicos (Artane, Bentyl).

1.2.3 Aspectos cerebrais da dependência

Todas as drogas que geram abuso, de acordo com Balone (2005a) levam, direta ou indiretamente, a efeitos cerebrais profundos. A via neurológica mais envolvida nas dependências é o chamado sistema mesolímbico de recompensa, que se estende desde o tegmento ventral até o núcleo *acumbens*, projetando-se para diferentes áreas, como o sistema límbico e o córtex orbifrontal. Importante lembrar que todas as substâncias que provocam adicção afetam esse circuito.

A drogadicção vem sendo considerada uma doença recidivante e crônica, caracterizada pela busca e consumo compulsivo de drogas. A adicção é considerada como uma dependência de substâncias químicas, de acordo com a definição da Associação Americana de Psiquiatria.

Para Balone (2005a) são muitos os fatores que concorrem para o desenvolvimento de dependência - como disponibilidade da droga, via de administração, componente genético, histórico pessoal de outras dependências, estresse e eventos traumáticos de vida – os quais levam o indivíduo a uma transição do simples uso de drogas à drogadicção.

Com base nas teorias da neurobiologia do comportamento, várias fontes de reforços podem ser identificadas no circuito da adicção: droga-prazer-culpa-falta de prazer-droga. Os sintomas dessa desregulação hedonista constituem as características que permitem identificar a dependência química ou adicção.

Segundo Balone (2005a) o cérebro do drogadicto é claramente diferente do cérebro do não drogadicto. Isso é revelado nas alterações na atividade metabólica cerebral, na disponibilidade de

receptores, na expressão dos genes e na capacidade de resposta a estímulos ambientais.

No nível neurológico, dois modelos neuroadaptativos foram concebidos para explicar as mudanças na motivação para a procura de drogas que refletem o uso compulsivo : a “contra-adaptação”, que está ligada ao desenvolvimento de tolerância do prazer, ou tolerância hedonista; e a “sensibilização”, isto é, o aumento progressivo do efeito de uma droga cada vez que é novamente administrada, promovendo uma mudança de estado de incentivo-saliência.

Entre os eventos neuroquímicos encontram-se a redução da neurotransmissão dopaminérgica e serotoninérgica no núcleo acumbens e celular. Observam-se alterações na função do receptor opiáceo, assim como transmissão GABAérgica diminuída e glutamatérgica aumentada durante a abstinência alcoólica. A sensibilização aos efeitos dos estimulantes psicomotores e opiáceos também está envolvida nas estruturas mesolímbicas dopaminérgicas, levando a uma cadeia de adaptações e a alterações prolongadas provocadas pela sensibilização.

Em rigor, os transtornos relacionados ao uso abusivo de substâncias têm importância sobre o funcionamento do cérebro e se produz pelo consumo abusivo de uma substância, alterando o funcionamento normal do indivíduo e chegando a produzir até mudanças de personalidade. Os transtornos da personalidade mais incidentes nos dependentes químicos são: transtorno do espectro obsessivo compulsivo; transtorno antissocial; paranoia e borderline.

Neurologicamente, Balone (2005a) salienta que a drogadicção deve ser considerada uma doença, pois altera diretamente as funções cerebrais, tornando-se uma doença cerebral. Inicialmente o uso de drogas é um comportamento voluntário, mas com o uso prolongado, um interruptor no cérebro parece ligar-se, instalando a dependência química, caracterizada pela busca compulsiva do consumo da droga.

Sendo assim, a dependência física consiste na necessidade de drogas no nível fisiológico, o que torna impossível a suspensão de

seu uso. Essa suspensão acarretaria a chamada crise da “abstinência”. A dependência física é o resultado da adaptação do organismo independentemente da vontade do indivíduo. A dependência física e a tolerância podem manifestar-se isoladamente ou de forma associada, somando-se à dependência psicológica. A suspensão da droga provoca múltiplas alterações somáticas, causando a dramática situação do “delirium tremens”.

Isso significa que o corpo não suporta a síndrome da abstinência e entra em estado de pânico. Sob os efeitos físicos da droga o organismo não tem um bom desenvolvimento.

1.2.4 Aspectos psicológicos

As substâncias psicoativas, de acordo com Balone (2005c) agem de acordo com o grupo ao qual pertencem. Em função disso, faz-se necessário estabelecer uma correlação entre o estado emocional dos que usam tais substâncias e o papel que estas exercem sobre eles.

Os motivos inconscientes que impulsionam a novas práticas aditivas, segundo Balone (2005c) consistem em dizer que, fazendo-se o que se faz, supera-se a solidão e a impossibilidade de suportar a responsabilidade social que cabe assumir.

O psicótico e o sistema comunitário se autocondenam. Na pessoa do louco, Balone (2005c) reitera que a sociedade anuncia publicamente o seu extravio, porque a loucura é a expressão crua da crise da razão, a adição constituiu o questionamento brutal e direto do vínculo profundo e, em geral, velado, que caracteriza as relações do homem com os produtos tóxicos que consome. A adição deve ser focalizada simultaneamente como uma doença e como uma denúncia, e neste sentido compromete os que configuram o meio ambiente onde ela prolifera.

O adito privilegia a idéia de que só é possível transformar a percepção da realidade, e nunca a própria realidade; porém no fundo desta convicção, Balone (2005c) diz que está a impotência, a intolerância, a impossibilidade de manter um projeto, devido à incapacidade

dade de esperar, de conceber o transcurso do tempo como um aliado e não como uma força destruidora.

A personalidade drogaditiva, de acordo com Balone (2005c) não suporta as perdas, por isso a droga, para ela, é imprescindível. Como elemento tóxico ela consegue eliminar a ansiedade da espera e a angústia da frustração. Perante a sensação de proximidade de desintegração, a conduta drogaditiva aparece como um recurso puramente defensivo e, por fim, restitutivo, na medida em que constitui uma forma clínica de psicose na luta contra a desorganização mental.

1.2.5 Aspectos sociais

Ao se constatar um crescimento acentuado no número de usuários de álcool e outras drogas, Balone (2005b) o problema passa a ser da sociedade como um todo. Não há dúvida de que as doenças, os acidentes, a criminalidade e a perda de produtividade são problemas sociais associados ao uso de álcool, devendo ser enfrentados pela promoção de melhorias na qualidade de vida do povo e de ênfase no respeito à cidadania. O povo que não exerce a cidadania não consegue construir uma sociedade organizada, tornando-se objeto de toda sorte de explorações e abusos, o que resulta em hábitos e comportamentos indesejáveis, dificultando ainda mais a prática da democracia.

Segundo Balone (2005b) quando o indivíduo se vir como um cidadão com direitos e deveres e se respeitar como tal, tornar-se-á mais fácil a conscientização dos perigos oferecidos pelo uso e abuso do álcool e outras drogas; mas enquanto se investe nesta conquista, é visto que a melhor maneira de reduzir a demanda por drogas reside em um programa amplo de educação preventiva.

Vê-se que há profundas contradições no processo de tomada de decisões quanto ao estabelecimento de mecanismos de controle da disseminação de uma doença. Enquanto se investe na conquista, é consenso que a melhor maneira de reduzir a demanda por drogas reside em um programa amplo de educação preventiva, o qual, para

se tornar eficaz na formação de hábitos, atitudes e valores, não pode se restringir aos aspectos relacionados às drogas lícitas e ilícitas, devendo abranger também temas fundamentais para a realização pessoal e social do jovem.

Com vista à conscientização sobre os efeitos maléficos da dependência química, Balone (2005b) diz que tanto para o usuário quanto para o meio que o cerca, a idéia de prevenção deve integrar o processo educativo básico de maneira permanente, pois experiências mostram que trabalhos de prevenção realizados por equipes não especializadas não surtem efeitos.

O tráfico e o consumo de drogas são, sem dúvida, dois dos maiores flagelos da sociedade contemporânea, cuja magnitude e consequências costumam causar um profundo sentimento de impotência.

É evidente que a droga está no meio social, reitera Balone (2005b) e que, tragicamente, os jovens ver-se-ão, cedo ou tarde, diante da tentação de propostas e inclusive pressão de pessoas interessadas em induzi-los a consumir a droga. Neste aspecto, os pais, no exercício de sua tarefa, devem conscientizar-se de que boas intenções não são suficientes e por isso eles devem capacitar-se para educar seus filhos. Tal capacitação para o trato com os filhos significa reconhecê-los, compreendê-los, guiá-los, discipliná-los e dar-lhes o tratamento necessário sem deixar de respeitar aspectos particulares de seu temperamento.

1.3 OBJETIVO DA PESQUISA

1.3.1 Objetivo geral

O estudo tem como objetivo geral compreender a dependência química e seus mecanismos biopsicossociais nos usuários, os problemas que mais afligem os dependentes químicos, sua visão de mundo, seus hábitos, seus procedimentos e opiniões que possam remeter à conformação de seu mundo atual, bem como levantar, através da coleta de dados, os tipos de drogas psicotrópicas mais

consumidos pela amostra, bem como suas causas e os efeitos físicos, psíquicos e sociais vivenciados por eles.

1.3.2 Objetivos específicos

Constituem-se como objetivos específicos:

- Levantar a droga psicotrópica mais consumida pela amostra;
- Compreender a dependência química como algo que não pode ser entendido como fenômeno isolado de outros, baseando então a explicação do contexto que lhe dá origem;
 - Conceituar o termo “droga” e tornar conhecida sua classificação dentro dos grupos de depressoras, estimulantes e perturbadoras;
 - Conhecer e analisar os aspectos cerebrais, psicológicos e sociais de um dependente químico.

2 MÉTODO

2.1 FONTES DE INFORMAÇÃO

Os sujeitos participantes da pesquisa foram 20 usuários em abstenção, inseridos num programa terapêutico em regime interno. Adotou-se como critério de seleção da amostra ser participante voluntário, ser do sexo masculino e ter feito uso de substâncias psicoativas que levaram à dependência química. Para a fundamentação teórica usou-se uma coletânea de dados obtidos em livros teóricos e sites referentes ao assunto proposto.

2.2 MATERIAL E EQUIPAMENTOS

Para a construção deste estudo foi realizado uma coleta de dados através de entrevistas estruturadas, individuais e de livre consentimento. Para a fundamentação teórica lançou-se mão de bibliografia selecionada na biblioteca do Cesumar e de informações obtidas via

Internet.

2.3 LOCAL

Os dados foram colhidos na instituição MOLIVI- Movimento para libertação de vidas, localizada no distrito de Floriano, na cidade de Maringá - PR, de regime interno, que abriga dependentes químicos do sexo masculino e maiores de 18 anos de idade.

2.4 PROCEDIMENTO

O procedimento da pesquisa foi executado em etapas, a saber: num primeiro momento foi solicitada a elaboração deste projeto de estudo para obtenção de créditos na disciplina de Psicofarmacologia; a seguir escolheu-se o tema de interesse dos acadêmicos participantes da pesquisa, e a partir daí buscou-se contato com os responsáveis pela instituição, no sentido de obter o consentimento para as entrevistas planejadas. As entrevistas foram aplicadas aos sujeitos individualmente, nas dependências da instituição, e se deram em cinco encontros, no período de três meses, totalizando 20 entrevistados. No outro momento, construiu-se a base teórica e elaboraram-se os Figuras para obtenção e análise dos resultados. Enfim, os acadêmicos reuniram-se semanalmente para discutir os resultados e concluir sobre a pesquisa, avaliando e considerando os acréscimos em seu conhecimento.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

3.1 ANÁLISE DOS DADOS

No que diz respeito à idade, dois usuários de drogas estão abaixo da idade de 20 anos, sete têm de 20 a 30 anos e dez estão acima de 30 anos. Dos 19 entrevistados apenas um possui curso superior,

doze possuem 2º grau completo, um o ensino fundamental e quatro o ensino primário. No que diz respeito às drogas usadas pelos entrevistados, verificou-se que as bebidas alcoólicas vêm em primeiro lugar, com 26% do total dos usuários, seguidas de tabaco (19%), maconha (13%), cocaína (15%), crack (13%), solventes/inalantes (5%), anfetaminas (5%), merla (1%), êxtase (MDMA) (1%), cogumelos / plantas alucinógenas (1%).

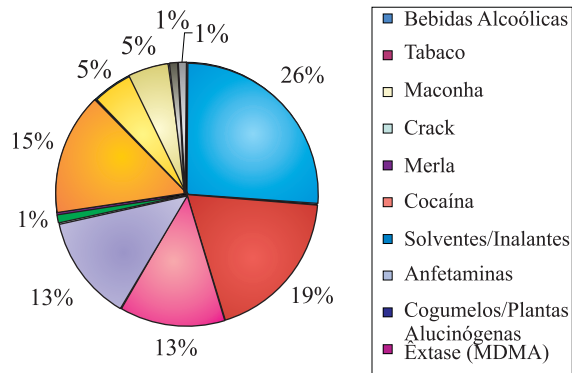


Figura 1 Tipos de tóxicos consumidos

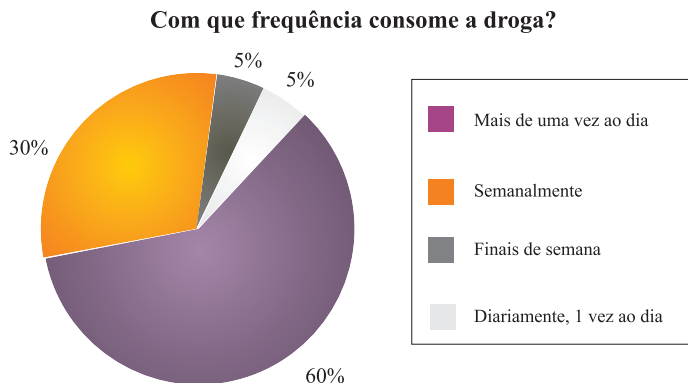


Figura 2 Consumo de Drogas

Dos entrevistados, 60% consumiam drogas mais de uma vez ao dia, 30% semanalmente, 5% em finais de semana e uma mesma pro-

porção de entrevistados (5%) as consumia uma vez ao dia.

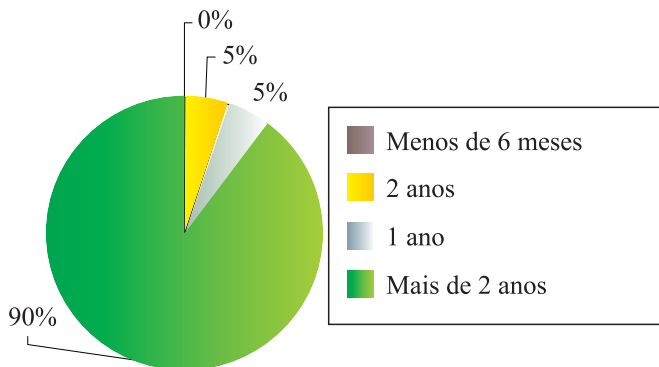


Figura 3 Há quanto Tempo?

Constatou-se que 90% dos entrevistados consumiam tóxicos havia mais de dois anos, 5% deles o haviam feito por até dois anos e os restantes 5% durante até um ano. Nenhum dos entrevistados apresentava consumo de tóxicos por menos de um ano.

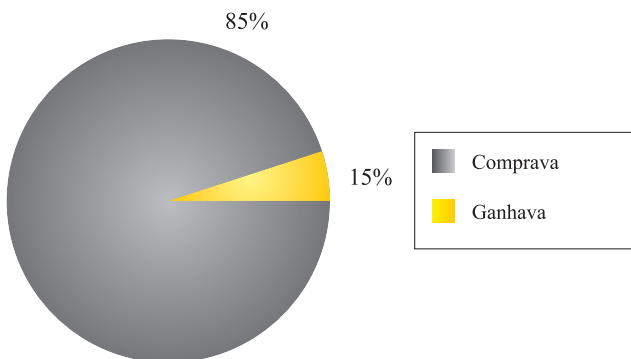


Figura 4 Como Conseguia os tóxicos?

85% dos entrevistados compravam os tóxicos e 15% os ganhavam.

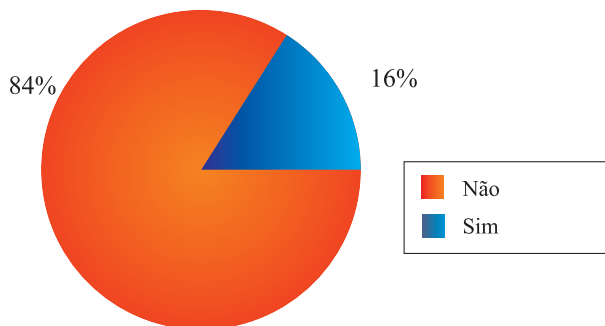


Figura 5 Você vendia tóxicos?

Constatou-se também que 84% dos entrevistados não vendiam tóxicos, enquanto os restantes 16% deles, além de consumir, também vendiam esses produtos.

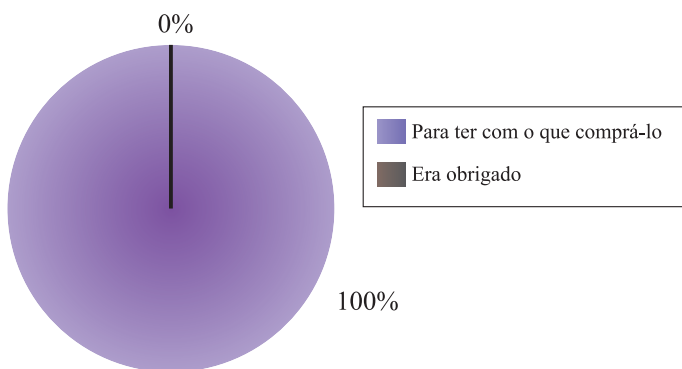


Figura 6 Por que você vendia tóxicos?

Dos entrevistados que responderam ter vendido tóxicos, além de consumi-los, 15% relataram ter vendido tóxicos para ter com que comprá-los, e os demais (85%) não se manifestaram.

O percentual maior dos entrevistados (37%) trabalhava e conseguia comprar os produtos com o dinheiro que ganhava; outra grande parte deles (30%) relatou ter roubado para ter como comprá-lo; 19%

vendiam coisas de casa para conseguir dinheiro para comprá-lo; 7% vendiam tóxico para outra pessoa e os restantes 7% trabalhavam para conseguir dinheiro para comprar os tóxicos.

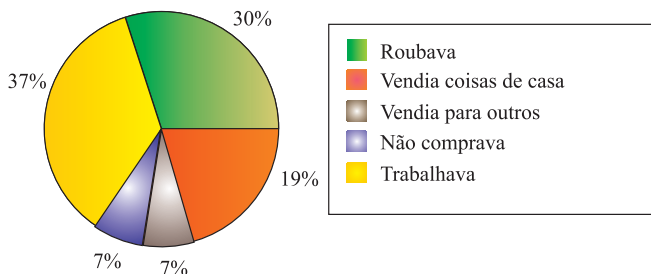


Figura 7 Como conseguia dinheiro para comprar tóxicos

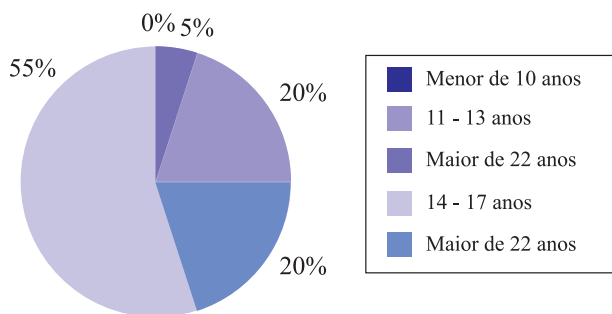


Figura 8 Em que época ou fase da vida iniciou o consumo de tóxico e com que idade?

Os dados coletados mostram que 55% dos entrevistados tinham de 14 a 17 anos quando iniciaram o consumo de tóxicos, 20% tinham de 18 a 21 anos, outros 20% tinham de 11 a 13 anos e os restantes 5% eram maiores de 22 anos.

Uma das questões da entrevista dizia respeito aos locais em que o sujeito consumia o tóxico, e dela se constatou que 38% deles consumiam em festas, outros 38% o faziam em casa, 15% na escola e 9% no trabalho.

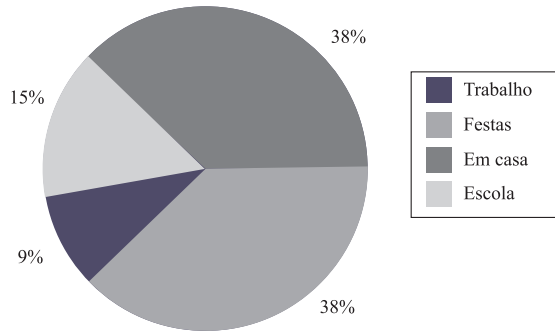


Figura 9 Quais os locais que consumia o tóxico?

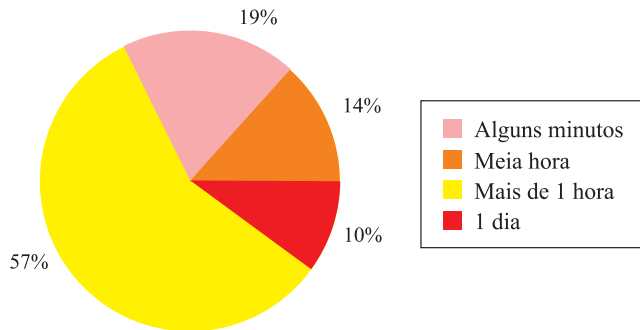


Figura 10 Qual a duração dos efeitos dos tóxicos?

Quanto à duração dos efeitos dos tóxicos, 57% responderam terem persistido por mais de uma hora, 19%, por alguns minutos, 14%, por meia hora e 10%, por um dia.

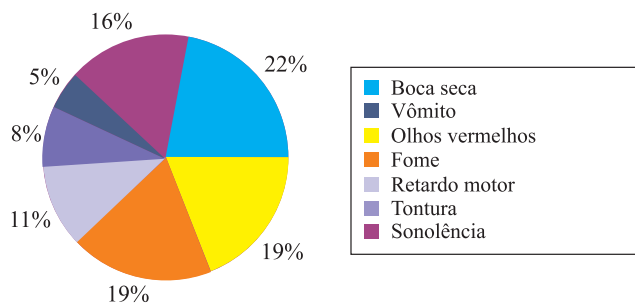


Figura 11 Quais efeitos físicos o consumo de tóxico o acarretava?

100% dos entrevistados relataram ter sentido todos os efeitos citados no questionário, como boca seca, olhos vermelhos, fome, retardo motor, tontura, sonolência e vômito.

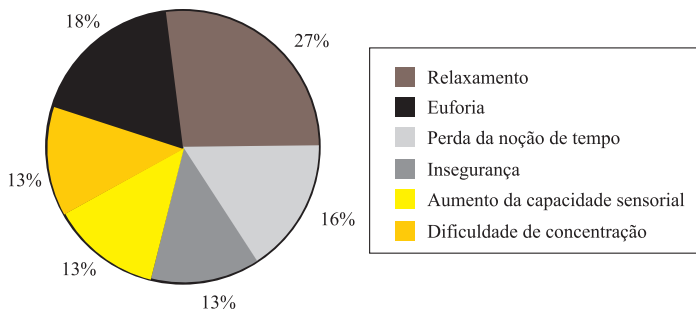


Figura 12 Quais efeitos psíquicos o consumo de tóxicos o acarretava?

100% dos entrevistados também confirmaram ter sentido todos os efeitos psíquicos acarretados pelo tóxico, como: aumento da capacidade sensorial, relaxamento, perda da noção de tempo, dificuldade de concentração, insegurança e euforia.

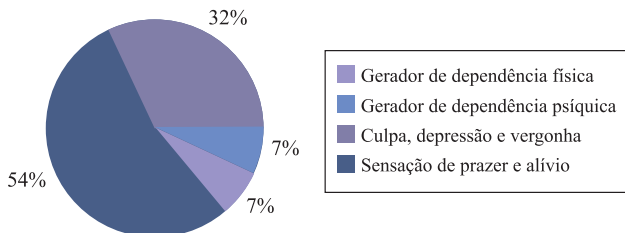


Figura 13 Quais as consequências medidas do consumo de tóxico percebidas por você?

A maioria dos entrevistados (54%) relatou ter sentido sensação de prazer e alívio; 32% mencionaram culpa, depressão e vergonha, seguindo-se 7% que relataram a geração de dependência física e outros 7% que referiram dependência psíquica.

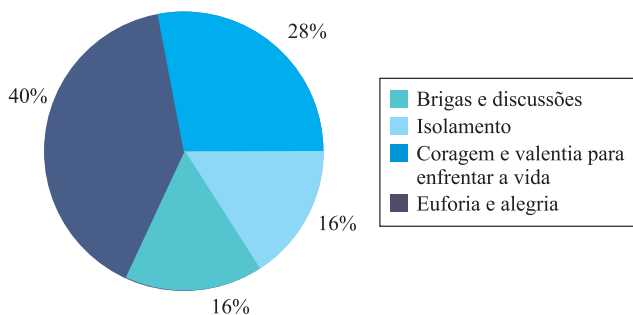


Figura 14 Quais as conseqüências de estar sob o efeito de tóxico?

A partir dos relatos, constatou-se que, para 40% dos entrevistados, estar sob efeito do tóxico produz euforia e alegria, 3e para 28% deles produz coragem e valentia para enfrentar a vida; 16% citaram como conseqüência a sensação de isolamento e 16% citaram brigas e discussões.

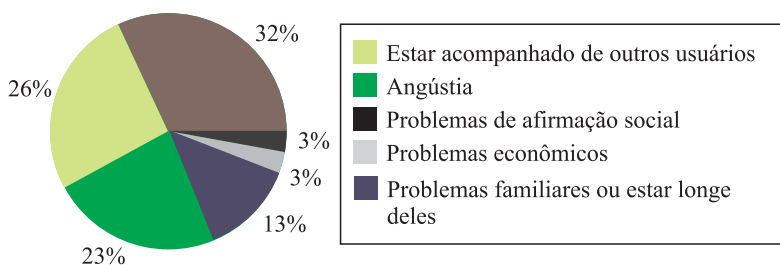


Figura 15 Em quais momentos ou circunstância da vida consumiu maior quantidade de tóxicos?

Dos entrevistados, 32% disseram ter consumido maior quantidade de tóxicos quando havia problemas familiares ou estavam longe da família, 26% relataram que o faziam acompanhados de outros usuários, 23% consumiam tóxicos quando estavam angustiados, 13% o faziam por mero prazer, 3% quando estavam com problemas econômicos e outros 3% quando estavam com problemas de afirmação social.

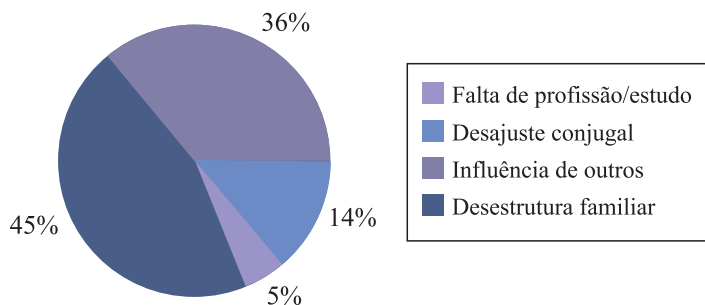


Figura 16 Quais as razões, na sua opinião, que poderiam explicar esse fato?

Na opinião dos entrevistados, as principais razões que explicariam esse fato seriam: a desestrutura familiar (razão alegada por 45% dos entrevistados), influência de outras pessoas (36%) e desajuste conjugal (14%).

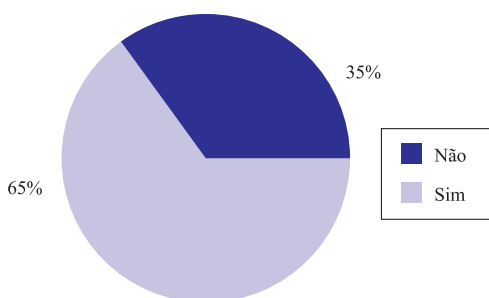


Figura 17 Você induziu colegas ao consumo de tóxicos?

Dos entrevistados, 65% disseram ter induzido colegas ao consumo de tóxicos, 35% relatam não tê-lo feito.

Constatou-se que 75% dos entrevistados foram induzidos por colegas ao consumo de tóxicos e que isto não aconteceu com 25% deles.

Dos entrevistados que afirmaram ter sido induzidos por colegas ao consumo de tóxicos, 47% responderam que o faziam para se sen-

tir melhor que os outros e 35%; para ser aceito no grupo; para 12% a razão foi o namoro e 6% consumiam esses produtos por influência da família.

Você foi induzido por colegas ao consumo de tóxicos

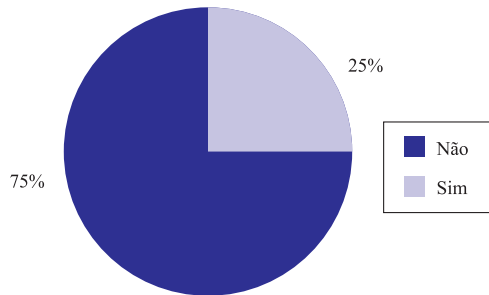


Figura 18 Você foi induzido por colegas ao consumo de tóxicos?

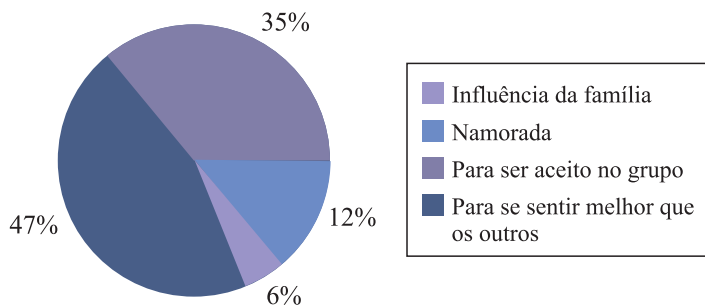


Figura 19 Se a resposta anterior foi a alternativa 1, por que ou quem eram essas pessoas?

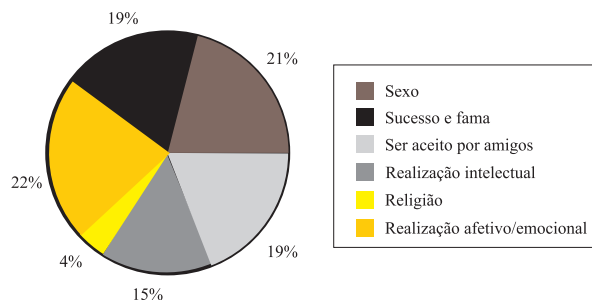


Figura 20 Antes de participar de um programa terapêutico, quais eram os seus valores existenciais mais importantes?

Dos entrevistados, 21% responderam que o motivo de consumirem drogas era o sexo, seguindo-se realização afetivo/emocional (22%), sucesso e fama (19%), ser aceito por amigos (19%), realização intelectual (15%) e religião 4%.

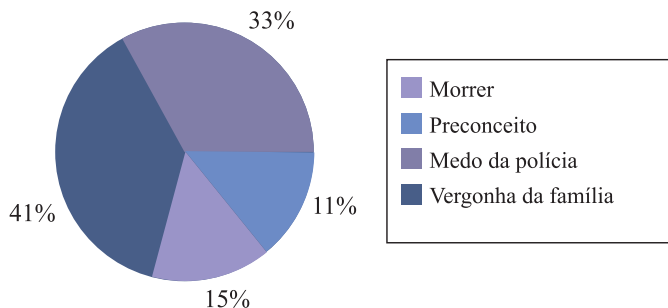


Figura 21 Quando estava no consumo abusivo de tóxico, quais eram seus maiores temores?

Os maiores temores, segundo os entrevistados, eram vergonha da família (41%), medo da polícia (33%), medo de morrer (15%) e preconceito (11%).

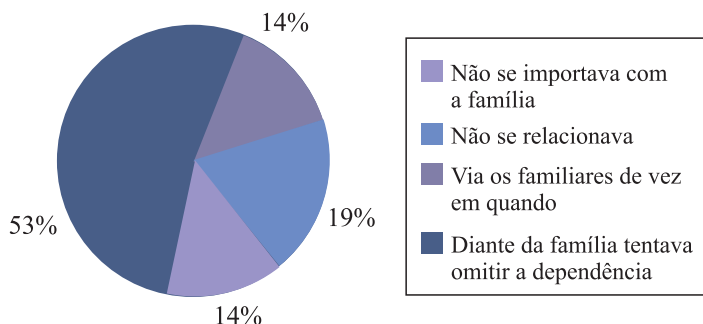


Figura 22 Como era seu relacionamento familiar?

Os dados coletados revelaram que 53% dos entrevistados tentavam viver com a família, 14% viam os familiares de vez em quando e 14% não se importavam com a família. Também se constatou que 19% dos entrevistados não se relacionavam com a família.

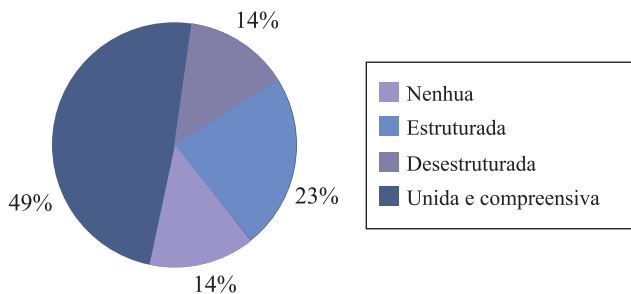


Figura 23 Qual a sua opinião sobre sua família?

Quanto à opinião dos entrevistados sobre a família, 49% a consideram unida e compreensiva, 23% veem-na como estruturada, 14% a consideram desestruturada; e os sem nenhuma opinião representaram 14%.

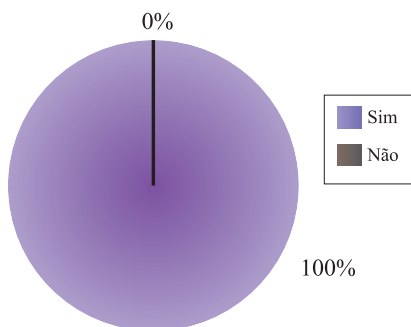


Figura 24 Está realmente disposto a aquisição de habilidades para lidar com situações de risco e à modificação de seu estilo de vida?

100% dos entrevistados disseram estar dispostos a adquirir habilidades para lidar com situações de risco e a modificar seu estilo de vida.

Do total, 55% afirmam ter participado das palestras preventivas e 45% relatam não o terem feito.

Dos entrevistados que participaram de palestras, 45% declararam sentir-se menos inclinados a usar drogas, 35% disseram que as palestras lhes foram indiferentes e 20% afirmaram sentir-se mais

inclinado a usar drogas.

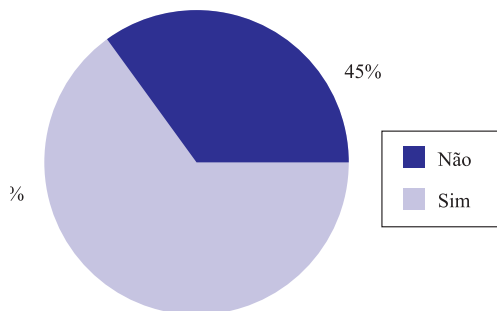


Figura 25 Antes de entrar na Instituição, participou de alguma palestra de prevenção ao consumo de tóxicos?

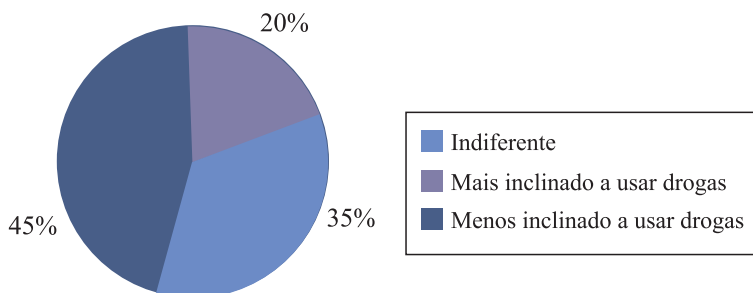


Figura 26 Quais foram os sentimentos suscitados ao ouvir sobre a prevenção, sendo você já um dependente?

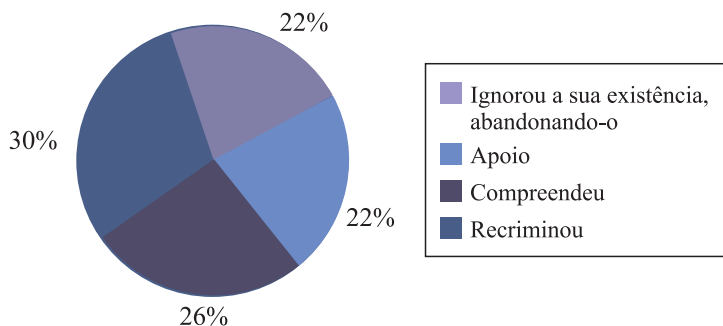


Figura 27 Sua família apoiou, compreendeu ou recriminou seu uso de tóxico?

Os sujeitos entrevistados relataram da seguinte forma o comportamento da família em relação ao problema da dependência e ao modo como os familiares agiram quanto ao tratamento: 26% dos familiares os compreenderam, 30% os recriminaram, 22% os apoiaram e 22% os ignoraram.

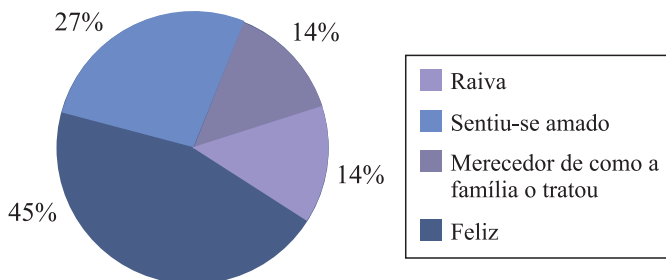


Figura 28 Qual foi sua reação diante de sua família, ao se integrar num programa terapêutico?

Do total dos entrevistados, 45% disseram ter se sentido felizes, seguindo-se os que se sentiram amados (27%) e aqueles que sentiram raiva (14%); 14% declaram-se merecedores do modo como a família os tratou.

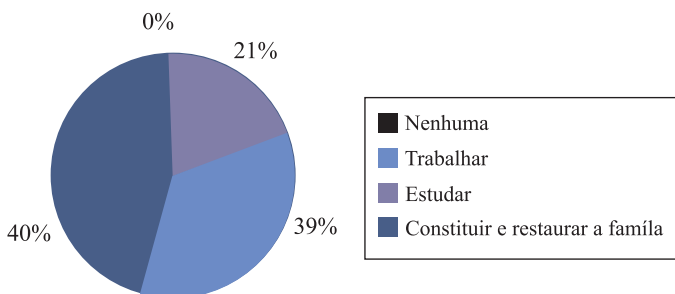


Figura 29 Qual sua perspectiva para seu futuro, quando terminar o tratamento terapêutico?

Em relação aos planos futuros, 40% relatam querer constituir e restaurar a família, 39% afirmaram querer trabalhar e 21% declararam intenção de estudar.

3.2 DISCUSSÃO

O vício não é um mecanismo único e básico e que possa ser explicado e rotulado de maneira simples. Existe toda uma série de componentes que interferem, influenciando o comportamento de uma pessoa para que chegue ao vício.

Quando falamos em vício e dependência, estamos nos referindo a um comportamento repetitivo relacionado ao abuso de substâncias ou de atividades, levando a terríveis conseqüências tanto físicas como psicológicas.

Com base nos dados obtidos, fica clara a dependência, pois 60% dos entrevistados responderam que consumiam o tóxico mais de uma vez por dia e por mais de dois anos. Observando os resultados se percebe que os tipos de tóxico mais consumidos são as bebidas alcoólicas, representando 26% do total, seguidas do tabaco (19%), maconha (13%) e crack (13%). É interessante apontar o fato de que as drogas mais consumidas pelos entrevistados eram socialmente aceitas e difundidas no mercado.

Percebe-se também que a grande maioria dos entrevistados trabalhavam para conseguir a droga, porém quando não tinham recursos para adquiri-la, era comum o roubo para satisfazer sua necessidade. Quanto à pergunta referente à venda de tóxicos, a grande maioria (80%) respondeu que não comercializava a droga, porém vale ressaltar que todo dependente é, potencialmente, um pequeno traficante, porque, por princípio de “solidariedade” e pela expectativa de “reciprocidade”, não hesita em fornecer a outro viciado parte das drogas que possui.

Fica claro também que a adolescência é uma fase vulnerável às drogas. A maior parte dos entrevistados iniciou o consumo dos tóxicos entre 14 a 17 anos, uma faixa etária muito complexa, em que se busca a identidade, ocorrendo perdas e ganhos significativos. Em relação aos efeitos físicos e psicológicos produzidos pelas drogas, pudemos perceber que todos os usuários assinalaram grande parte dos sintomas produzidos pelas drogas, como: boca seca, olhos ver-

melhos, fome, retardo motor, tontura, sonolência, vômito, aumento da capacidade sensorial, relaxamento, perda da noção de tempo, dificuldade de concentração, insegurança e euforia. Cumpre ressaltar que a pesquisa aponta a prevalência do uso do álcool, cuja ingestão provoca diversos efeitos, que aparecem em duas fases distintas: uma estimulante e uma depressora. Nos primeiros momentos após a ingestão do álcool, podem aparecer efeitos estimulantes, como a euforia, desinibição e loquacidade. Com o passar do tempo começam a surgir os efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole e sono.

Outro aspecto interessante que a pesquisa revela diz respeito à família. Na história de vida dos viciados em drogas foi comum encontrarmos evidências de que o indivíduo foi criado num ambiente familiar marcado pela instabilidade, pela falta de compreensão e afeto, por rejeição, desconfiança e indiferença. A prevalência das alternativas que apontam para este problema é clara, pois o índice da desestrutura familiar se mostrou alto. Entretanto, seguindo-se a essa opinião dos usuários sobre o que os poderia ter levado ao consumo de tóxicos está a influência dos outros. Neste caso poderíamos supor que duas importantes forças para tornar-se ou não dependente são, de um lado, a influência passada e presente do ambiente familiar, e do outro, o suporte social que a comunidade lhe oferece.

Incluída no questionário havia uma pergunta referente à influência da palestra preventiva. O resultado obtido foi satisfatório, pois aproximadamente 50% dos usuários que participaram das palestras relataram estar menos inclinados a usar drogas. Finalmente, o tema abordado foi a perspectiva de seu futuro, em que pudemos perceber que foi unânime a esperança de dias melhores, pois foi de 0% a resposta sobre nenhum plano. Todos os entrevistados assinalaram alternativas como construir ou restaurar a família, trabalhar e estudar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso indevido de drogas é uma questão que preocupa pais, educadores, profissionais de saúde e a sociedade em geral. A sociedade brasileira, assim como acontece em diversos outros países no mundo atual, defronta-se com o problema crescente e de difícil resolução que é o consumo de drogas. Trata-se de um fenômeno extremamente complexo.

Ao nos propor a realizar este trabalho não imaginávamos deparar-nos com um leque tão grande a ser estudado. Sabemos que nosso trabalho é humilde, porém esperamos ter contribuído para compreender a dependência química e seus mecanismos biopsicossociais nos usuários, bem como os problemas que afligem o dependente químico.

Ao tomar conhecimento dos dados obtidos na amostra, somos instigados a buscar maiores conhecimentos sobre o assunto, pois, como já dissemos, o leque é variado, desperta grande interesse e aponta assuntos a serem abordados.

Dia a dia a ciência vem nos mostrando que o abuso de drogas e a adicção são graves e complexos problemas de saúde; porém uma importante barreira à compreensão da drogadição sob um modelo médico e de saúde é o tremendo estigma associado ao usuário de drogas ou drogadicto. Quando a opinião pública sobre o dependente químico é mais benevolente, considera-o vítima da sua situação social; quando é menos benevolente, a sociedade clama por punições contundentes ao “drogado”.

A visão popular mais comum sobre os drogadictos é que são pessoas fracas e más, que não querem levar uma vida norteada por princípios morais nem controlar seu comportamento e a satisfação de seus desejos. Muitos acham que as pessoas adictas não merecem nem receber tratamento, ou, pior, consideram aquelas que trabalham na prevenção ao abuso de drogas como portadoras de ideologias diferentes do público geral, portanto, igualmente problemáticas e indesejáveis.

Cabe a nós, então, a seguinte questão: seria a drogadição uma doença? Essa é uma pergunta de conotação muito mais sociológi-

ca do que médica. A medicina e a psicologia investem em muitas pesquisas partindo do pressuposto que se trata, no mínimo, de uma condição anômala no controle dos impulsos. Se a drogadição não fosse uma anomalia, pela lógica, não seria alvo de tantos estudos, pois a medicina não costuma pesquisar entusiasticamente o normal.

Destarte, a dependência não é apenas uma doença de nível cerebral, mas também diz respeito aos contextos sociais que são oferecidos pelos estímulos ambientais.

Devemos entender a dependência química como uma doença biopsicossocial, formada por componentes biológicos, psicológicos e de contexto social. Assim é claro que as estratégias de abordagem do problema devem incluir igualmente elementos biológicos, psicológicos e sociais, portanto não se trata apenas a doença cerebral subjacente à dependência, mas, sobretudo, as alterações emocionais do paciente, sendo ainda necessário abordar os problemas sociais.

Quanto ao sofrimento, podemos afirmar, em concordância com Balone (2005 b), em seu artigo intitulado Adicção, Drogadição, Drogadicto que se dá em espiral, constituindo o chamado “sofrimento em espiral”. Uma primeira falha de autocontrole levaria a um sofrimento emocional que inicia um ciclo de falhas repetidas de autocontrole, cada uma das quais traz mais sentimentos negativos à pessoa, como sentimentos de culpa e outros, implicando assim a manutenção da dependência para aliviar o desconforto das crises de mal-estar e favorecer também a vulnerabilidade a recaídas.

REFERÊNCIAS

BALLONE, G. J. **Aspectos cerebrais da dependência Química**. Psiqweb, 09 fev. 2005a. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=230&sec=34>>. Acesso em: 31 maio 2006.

_____. **Adicção, Drogadição, Drogaditos**. Psiqweb, 09 fev. 2005b. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/in->

dex.php?art=229&sec=34>. Acesso em: 31 maio 2006.

_____. **Aspectos Atuais da dependência Química**. Psi-qweb, 09 fev. 2005c. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=231&sec=34>> Acesso em: 31 maio 2006.

BARRETO, L. M. **Dependência Química nas escolas e locais de trabalho**. Rio de Janeiro, RJ: Qualitymark, 2000.

BERTOLE, J. M. **Glossário de álcool e drogas, tradução e notas**. [S. l.]: Secretaria Nacional Antidrogas; Gabinete de Segurança Institucional, 2004.

CEBRID. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. São Paulo, SP: CEBRID, 2004.

DSM-IV-TRTM. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução de Cláudia Dornelles 4. ed. rev. Porto Alegre, RS: Artemed, 2002.

GRAEFF, F. G.; GUIMARÃES, F. S. **Fundamentos de Psicofarmacologia**. São Paulo, SP: Ed Atheneu, 2005.

KATZUNG, B. G. (Org.). **Farmacologia Básica & Clínica**. Tradução de Penildon Silva. 8. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2003.

LEONARDO, J. B. **Drogas: perguntas e respostas**. 4. ed. Maringá, PR: Gráfica Ideal, 2006.

SANCHES, A. M. T. et al. **Drogas e drogados**. São Paulo, SP: Ed Pedagógica e Universitária Ltda, 1982.

Recebido em: 12 março 2007

Aceito em: 19 dezembro 2008