



## TEXTO 1

### Drogas: História, Classificação e Cultura

Parece improvável que a humanidade em geral seja um dia capaz de dispensar os paraísos artificiais, isto é, a busca de auto transcendência através das drogas ou umas férias químicas de si mesmo (Aldous Huxley).

#### Cultura e História do Uso de Drogas

Para dar início à discussão, vale situar que este curso assume que definições e práticas relacionadas a drogas (lícitas e ilícitas) são produtos de processos históricos e culturais, que remetem a modos particulares de compreensão, experimentação e engajamento no mundo, sujeitos a regularidades e padrões, mas também a variações e mudanças (LABATE *et al*, 2008). Exatamente por isso poucos fenômenos remetem a complexas significações e, ao mesmo tempo, têm sido expostos a tamanhas formas conceituais simplistas e manipuladas, como o uso de substâncias psicoativas (SPA)<sup>1</sup>.

É importante entender que as drogas não são somente compostos farmacológicos pré-determinados, logo não podem ser simplesmente classificadas como boas ou más. A essência do uso delas envolve questões complexas e contraditórias que remetem à discussão de “liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra” (LABATE *et al.*, 2008, p 13).

Desde as formações sociais primitivas e pré-capitalistas a humanidade faz uso/abuso de drogas para a nutrição, para as suas doenças, mas também para alcançar o transcendente, influenciar o humor, buscar a paz ou a excitação, enfim, para buscar outra noção de existência.

Seibel (2000) afirma que as substâncias psicoativas eram usadas também em cerimoniais religiosos e práticas terapêuticas.

---

<sup>1</sup> Substâncias psicoativas ou substâncias psicotrópicas são formas de falar das drogas, de maneira não pejorativa. Esse termo é usado por designar produtos químicos capazes de provocar alterações no sistema nervoso central especialmente afetando as percepções, humor, normalmente causando sensações de prazer, euforia e/ou alívio (SEIBEL, 2000).

A relação do homem com as substâncias psicoativas é bastante antiga ou, melhor dizendo, ancestral. Assim, mostra-se equivocada a ideia de que a presença das drogas é um evento novo no repertório humano. Na verdade, trata-se de uma presença contínua no tempo e que envolve não somente medicina e ciência, mas também magia, religião, cultura, festa e deleite (SEIBEL, 2000, p.7).

Existem evidências de que em determinadas culturas tribais qualquer substância que fosse capaz de alterar a consciência, era considerada sagrada. O homem, por vezes, busca entrar em contato tanto com o sobrenatural quanto como o divino, seja na busca da apreensão do não conhecido, seja por mera curiosidade inerente aos seres humanos. Essa necessidade se intensifica, sobretudo, quando o homem começa a buscar a cura para suas doenças. Foi exatamente nessa busca, que teve início a relação entre as religiões e consumo de substâncias psicoativas encontradas geralmente nas plantas. Como antes não existia uma divisão entre o que os médicos utilizavam como técnica científica e a questão da magia, qualquer substância que fosse usada pelo homem e provocasse uma melhora dos sintomas físicos, psíquicos ou alterasse sua força, era considerado pelos sacerdotes da igreja um milagre e uma dádiva enviada por Deus ao homem (LABATE *et al*, 2008).

Na Europa da Idade Média, a igreja cristã definiu que o consumo de substâncias psicoativas era proibido e quem ousasse desobedecer à lei corria o risco de ser queimado em fogueiras, uma vez que essa prática era considerada bruxaria ou pacto com o demônio.

A moral cristã, particularmente na fase medieval, levou a uma grande proscrição de drogas psicoativas, tendo sido o código cristão muito estrito na condenação das plantas ditas “diabólicas”, as quais eram naquela época sinônimo de feitiçaria. Também entre a expulsão do paraíso e a proibição de certas plantas. Apesar disso, nesta religião o vinho constitui-se um elemento de grande importância, uma vez que simboliza o sangue de Cristo (SEIBEL, 2000, p.9).

Na Era das Navegações com o avanço no processo de colonização, o uso de drogas entra em nova fase, com os europeus adentrando em outros continentes e estabelecendo contato com diferentes culturas. Nessas viagens eles conheceram a cocaína (usada pelos nativos do Andes), o tabaco (com tribos indígenas da América do Norte), o haxixe (com os árabes) e o ópio (no Extremo Oriente). Assim, desde que a Europa começou a importar essas substâncias, a cerca de três séculos, que estas começaram a ser usadas na produção de medicamentos para as mais variadas enfermidades (SEIBEL, 2000).



No século XIX, os problemas decorrentes do uso indiscriminado das substâncias psicoativas começou a chamar a atenção de especialistas. Em 1810, por exemplo, o álcool passa a ser tratado como doença pelo médico Benjamim Rush, que antes disso não o considerava um problema. Para Rush, a dependência se dava de maneira progressiva e gradual. Assim, os usuários deveriam abster-se dela de modo repentino e abrupto. Esse ainda é um pensamento muito difundido na maioria das propostas de tratamento no Brasil, o que influenciou a filosofia dos grupos de mútua-ajuda como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA).

Para Fiori (2012), em meados do século XX ocorrem mudanças significativas com o advento da industrialização e urbanização das cidades, o que criou um novo padrão de consumo. É durante este período que se dá o início da estigmatização das drogas e dos usuários, onde o uso excessivo de substâncias psicoativas passa a ser visto como uma doença ou desordem social e o Estado passa então a usar de força repressora para controlar o uso destas.

No Brasil, o uso de drogas acabou se tornando objeto de uma intervenção associada entre saúde e justiça. No tratamento, quando somada aos valores morais impostos, a dependência deixa de ser uma doença e passa a ser compreendida por alguns como defeito pessoal e, portanto, representada pelos termos de “viciado e bandido”. Assim, por causa da nossa formação histórica, a questão da dependência química, torna-se mais atrelada a culpabilização do sujeito.

Até meados do século XIX, o Brasil não havia sistematizado qualquer controle oficial sobre as drogas, que eram admitidas e usadas em lugares em que apenas moços das classes média e alta frequentavam. Mas no início da década de 1920, o governo brasileiro se propõe a trabalhar no controle sobre o uso de drogas como ópio e cocaína. Naquele momento o uso constante, até então limitado à classe burguesa dentro dos prostíbulos, passou a se espalhar nas ruas entre as classes subalternizadas na época: pardos, negros, imigrantes e pobres. Essa circulação passou a incomodar o governo que, em 1921, editou lei proibitiva na utilização de ópio, morfina, heroína e cocaína no Brasil, passível de punição para todo tipo de utilização que não seguisse indicação médica. Começa aí a história das políticas públicas voltadas ao controle do uso de entorpecentes (DIÁLOGOS, 2009). Percebe-se que desde sempre o movimento do Estado era voltado para o controle da droga, não para a proteção/atendimento do indivíduo que usa essa droga.

Com o relevante crescimento da população, a cidade passou a se deparar com alguns problemas, e dentre eles, a presença dos loucos e adictos pelas ruas, o destino deles era a

prisão, ou a Santa Casa de Misericórdia que era um local de amparo, de caridade, não um local de tratamento. Lá os (...) insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Interessante observar que naquele momento, o recolhimento, não possuía uma atitude de tratamento terapêutico, mas, sim de salvar a ordem pública<sup>2</sup> (MACIEL, 2013, p 13).

Mesmo com a mudança de modelo trazida pela Reforma Psiquiátrica, a lacuna na política pública de saúde ainda não foi preenchida, ficando muitas vezes a questão das drogas relegadas às instituições da justiça, segurança pública, filantropia e/ou associações religiosas, que tem como alvo a abstinência, não contemplando a perspectiva de redução de danos.

A consequência disso é que as implicações sociais, econômicas e políticas do uso de drogas lícitas e ilícitas não são analisadas na compreensão global do problema e a percepção distorcida da realidade do uso/abuso acaba por promover a disseminação de uma cultura que não separa o uso de drogas da criminalidade (como se a existência de uma fosse atrelada a do outro) e que combate substâncias (seres inanimados), relegando a um plano menos importante o indivíduo.

### **Classificação das Drogas e Usuários**



Fonte: Google imagens

É importante lembrar que a droga é apenas um dos fatores da tríade que leva a dependência. Os outros dois são o indivíduo e a sociedade.

<sup>2</sup> Sobre essa realidade, ver o Filme Bicho de Sete Cabeças.

Vamos concentrar a segunda parte do texto nas diferenciações dos indivíduos e das drogas, trabalhando numa perspectiva da importância de entender cada usuário como único, não os padronizando nos atendimentos.

Apesar de não haver um consenso na literatura sobre a classificação dos tipos de usuários de drogas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) recomendam uma classificação generalista, que em linhas gerais não destoa da classificação trazida pelo DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM): ***usuário leve ou ocasional, usuário moderado ou habitual e usuário pesado ou dependente. Essa classificação é baseada em padrões individuais de consumo.***

A OMS define que o uso se torna nocivo quando há um padrão de uso que cause danos à saúde, podendo ser esse de natureza física, mental ou social. Já a dependência se instalaria quando houvesse uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicoativa. Essa relação tende a produzir determinados comportamentos que são usados como base para diagnosticar um usuário de drogas como dependente: (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA 2011).

- a) Compulsão para o consumo (desejo incontrolável de consumir uma substância, sendo também conhecida por fissura);
- b) Aumento da tolerância (imperativo de doses crescentes da substância para alcançar efeitos antes obtidos com menores doses);
- c) Síndrome de abstinência (sinais e sintomas de desconforto quando o consumo da droga cessa ou é reduzido);
- d) Alívio da abstinência pelo aumento do consumo (que, ao contrário do início do uso, terá como finalidade o alívio dos sintomas de abstinência);
- e) Relevância do consumo (tornando-se uma prioridade para o indivíduo).

Para além do indivíduo, há também especificidades nas substâncias consumidas. Abaixo vamos elencar algumas informações sobre as principais drogas de uso que chegam nos relatos dos usuários atendidos em serviços públicos em Pernambuco:

### **a) Álcool**

O álcool é uma substância que acompanha a humanidade desde seus primórdios e sempre ocupou um local privilegiado em todas as culturas, como elemento de rituais religiosos e momentos de comemoração, sempre cercado de simbolismos.

As transformações que acometeram a sociedade, principalmente a Revolução Industrial – que provocou grandes concentrações urbanas, multiplicou a produção e a disponibilidade das bebidas e reduziu seu valor –, trouxeram uma mudança significativa na maneira da sociedade e dos homens e mulheres relacionarem-se com o álcool. Hoje o seu consumo é conhecido como um grande problema de saúde pública. O uso abusivo do álcool está associado a diversas problemas, como doenças cardíacas, transtornos psiquiátricos, traumas, violência doméstica, quedas, suicídio, doenças sexualmente transmissíveis, cirrose hepática, dentre outros (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA 2011).

Os indivíduos que fazem consumo excessivo do álcool revelam um conjunto de sintomas físicos ou psicológicos, que podem ser caracterizados por tremores, câibras, digestivos caracterizados por náuseas ou vômitos, suores, taquicardia, ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, insônias ou pesadelos.



Fonte: Google imagens

### **b) Tabaco**

O termo tabagismo pode ser utilizado para denominar o consumo de qualquer substância derivada do tabaco. Sua forma mais comum na sociedade brasileira é o cigarro industrializado, que detém em sua fumaça cerca de 5.315 substâncias (das quais 4.700 são nocivas à saúde).

Mesmo com o avanço da luta antitabagista, ainda há cerca de 1/3 (um terço) de fumantes no mundo (concentrados em sua maioria nos países em desenvolvimento), o que torna o tabagismo

uma das maiores causas de morte evitável no mundo, sendo responsável por 1 em cada 10 óbitos de adultos (SEIBEL, 2010). Vale ressaltar que nem todas as mortes citadas atingem apenas os fumantes ativos, mas também os ditos fumantes passivos.

O tabagismo passivo pode ser definido pela inalação da fumaça do tabaco por indivíduos não fumantes em ambientes fechados (...). Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), o fumo passivo domiciliar mata no Brasil sete pessoas por dia, aumentando em 30% o risco de câncer de pulmão, 24% o risco de infarto agudo do miocárdio e, em crianças, 50% o risco de doenças respiratórias (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA 2011, p 145).

A implantação da política de ambientes 100% livres de fumo em 2014 proibiu em todo o país o fumo de cigarros, charutos, cachimbos, narguilés e outros produtos derivados do tabaco em locais de uso coletivo (sejam públicos ou privados). Essa proibição se aplica mesmo que o ambiente seja parcialmente fechado por uma parede, divisória, teto ou toldo. Ou seja, ***os fumódromos, antes permitidos, não o são mais hoje em dia***<sup>3</sup>.



Fonte: Google imagens

### c) Maconha

A maconha está entre as plantas mais antigas cultivadas pelo ser humano, não só para uso com finalidades de lazer/prazer, mas também com indicações arqueológicas, históricas e medicamentosas. As opiniões sobre seu uso tem se equilibrado **entre os extremos do estímulo e da condenação**, dependendo da época, do contexto e do segmento populacional em foco.

Muito utilizada na Europa com propósitos medicinais entre os séculos XVIII e XIX, a maconha foi introduzida no Brasil pelos escravos africanos e logo difundida entre os índios também, chegando para a elite branca na segunda metade do século seguinte. Apesar disto, ainda persiste uma

---

<sup>3</sup> Sobre isto, ver o material sobre a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco.



associação negativa do usuário de maconha com a pobreza, marginalidade e criminalidade, bem representada pelas autuações policiais aos portadores de maconha (BRASIL, 2011).

Hoje, a maconha (*cannabis sativa*) é a droga ilícita de uso mais difundido na maioria dos países em desenvolvimento (como é o caso do Brasil), principalmente entre os jovens. As Nações Unidas estimam que existam cerca de 190 milhões de usuários de maconha no mundo todo (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA 2011).

Apesar dos canabinóides apresentarem um grande potencial terapêutico<sup>4</sup> para diversas patologias, o uso recreativo da maconha pode desencadear alguns problemas cognitivos, psicossociais e de saúde em populações vulneráveis, como episódios de transtornos de humor e ansiedade.



Fonte: Google imagens

#### d) Crack

Há milhares de anos, os povos colombianos consumiam uma determinada droga em rituais, extraída da folha de coca (planta nativa da América Latina). Na modernidade essa droga passou a ser chamada de cocaína e a ganhar popularidade, principalmente na Europa. Seu uso foi proibido por volta de 1910, devido efeitos indesejáveis e dependência relatados, voltando a ter atenção na década de 1980, quando ressurgiu associada a um efeito muito mais euforizante, resultado de uma pasta básica que misturava sulfato de cocaína, solvente, ácido sulfúrico e carbonato de sódio. Essa base foi considerada a precursora do que hoje se conhece por crack (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA 2011).

---

<sup>4</sup> Sobre o assunto, ver o documentário Ilegal.





Hoje essa droga é produzida a partir da cocaína, bicarbonato de sódio ou amônia e água, gerando um composto, que pode ser fumado ou inalado. O usuário queima a pedra<sup>5</sup> em cachimbos improvisados, como latinha de alumínio, e aspira a fumaça. Há também pedras menores, que quando quebradas, pode ser misturada a cigarros de tabaco e maconha, chamado pelo usuário de mesclado, capeta, e outros nomes não científicos (BARBOZA, 2014).

Os primeiros relatos sobre a dependência de crack surgiram por volta de 1985, sendo usado por negros e imigrantes, em bairros pobres de grandes cidades dos Estados Unidos, como Los Angeles e Nova York. No Brasil, o aparecimento do crack se baseia em informações da imprensa não oficial e de apreensões da polícia, datadas de 1990, em São Paulo. Expandindo-se da Zona Leste para o centro da cidade, espalha-se neste ponto motivada pela repressão e pela exclusão social (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA 2011).

Atualmente no Brasil, o perfil do usuário de crack é o indivíduo jovem, desempregado, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, proveniente de família em situação de vulnerabilidade social e com antecedentes de uso de droga e comportamento de risco. Ou seja, é o perfil das classes e grupos subalternizados. Este usuário é caracterizado ainda por um padrão de consumo carregado de intensidade e compulsividade (marcas registradas do depende de crack) em que grande uso, em uma única noite, são recorrentes:

Muitos dependentes de crack passam a noite ou mesmo dias seguidos consumindo a droga até a completa exaustão, sem dormir e sem se alimentar minimamente. Isso implica obviamente uma grande vulnerabilidade a doenças clínicas, desnutrição e, pela necessidade de manutenção da autoadministração, comportamentos impulsivos, violentos, e promiscuidade no sentido de obtenção da droga ou de dinheiro para a droga (ALVES; RIBEIRO; CASTRO 2011, p. 172).

Dessa forma, além do empobrecimento/pauperização e estigmatização dos usuários, o crack ocasiona comportamento de risco. Algumas das principais consequências do uso abusivo dessa droga são doenças pulmonares, doenças psiquiátricas (como psicose e paranóia) e doenças cardíacas, sendo a mais notória, a agressão ao sistema neurológico, provocando oscilação de humor e problemas cognitivos, interferindo na maneira como o cérebro percebe, apreende, pensa e

---

<sup>5</sup> O nome “crack” vem do barulho que as pedras fazem ao serem queimadas durante o uso (SEIBEL, 2000).

recorda informações. Isso leva o usuário a apresentar dificuldade de raciocínio, memorização e concentração<sup>6</sup>.

A estimativa da OMS para o Brasil é que exista cerca de 3% de usuários de crack entre sua população, o que significa cerca de seis milhões de pessoas. Destes, cerca de um terço mantém abstinência após tratamento, outro terço mantém o uso e outro terço morre, na maioria dos casos, relacionados à violência (BRASIL, 2011).

Entende-se que a dependência de crack apresentam peculiaridades tanto no que se refere ao enfrentamento por parte do Estado, quanto à adesão ao tratamento pelos usuários e familiares. Uma vez que, além de serem necessárias ações efetivas estatais, também existe a necessidade de capacitação profissional, rede de serviços equipadas e ampliação das informações, com socialização de conhecimento sobre os problemas causados à saúde dos usuários pelo uso prolongado da droga (BARBOZA, 2014).



Fonte: Google imagens

### **Considerações Finais**

Como se pode ver, o uso de drogas é cercado de juízos de valor, o que gera um insistente olhar incriminador para as drogas (objetos inanimados), deixando escapar a parte humana (ativa) na busca por estas substâncias. A questão se torna ainda mais complicada se levarmos em conta que a definição de uma substância como droga ou medicamento, nem sempre depende de suas propriedades farmacológicas, mas do modo como o Estado decide tratá-la. Não faltam argumentos

---

<sup>6</sup>O aparecimento desses sintomas está condicionado a questões como: tipo de consumo (uso social, uso abusivo ou dependência), organismo do usuário, tempo de uso, condições e quantidade de crack envolvidas no uso, etc. Logo, ao contrário do que pensam os defensores da internação compulsória, nem todo usuário de crack encontra-se sem condições de responder por sua própria vida.



de base farmacológica que possam sustentar propostas de proibição de substâncias legais e lucrativas como o tabaco e o álcool (o que nunca aconteceu). Tampouco é pequena a lista de produtos que há pouco tempo eram divulgados e consumidos de forma massiva como remédios eficazes e hoje são proibidos (BARBOZA, 2014).

O que se tem é que o uso abusivo de drogas impõe ao Brasil e outros países uma carga de agravos indesejáveis e onerosos. Verifica-se ainda que as políticas públicas fragmentadas direcionadas à prevenção ao uso de drogas são insuficientes, como também, dificilmente será a solução única para a problemática da dependência do crack, já que a lógica do sistema capitalista marcha na direção da reprodução de uma realidade que acentua vários determinantes sociais que são responsáveis pelo uso e abuso, entre eles, a desigualdade social, a miséria, o desemprego.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

ALVES, RIBEIRO E CASTRO. **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BARBOZA, Fernanda Luma Guilherme. **Internação Compulsória Individual e Coletiva dos Dependentes de Crack: O Discurso do Estado e do Serviço Social**. Recife, UFPE (dissertação de mestrado), 2014.

DIÁLOGOS, Revista. **As Transformações das Políticas Públicas Brasileiras Sobre Álcool e Outras Drogas**. Ano 6, nº 6, Brasília, 2009.

DIEHL, A., CORDEIRO, D. C., & LARANJEIRA, R. **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

IORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. **Revista Novos Estudos**, nº 92, Março 2012.

LABATE, Beatriz C; et al., **Drogas e Cultura: novas perspectivas / (orgs.)**. Salvador: EDUFBA, 2008.

MACIEL, A. L. (2013) **Aspectos Gerais Sobre Internação Compulsória em Saúde Mental nos Últimos 10 Anos: revisão bibliográfica [Monografia]**.

RIBEIRO, M. e LARANJEIRA, R.R. e *col.* **O Tratamento do Usuário de Crack**. São Paulo: ARTMED, 2012.

SEIBEL, S. D. **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.