



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS**

**IVIE MARCELA ZORTHEA**

**O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COMO UMA ESTRATÉGIA DE  
ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2019**

IVIE MARCELA ZORTHEA

O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COMO UMA ESTRATÉGIA DE  
ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas. Área de Concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade.

FORTALEZA - CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Zorthea, Ivie Marcela .

Uso de substâncias psicoativas como estratégia de enfrentamento do sofrimento psíquico [recurso eletrônico] / Ivie Marcela Zorthea. - 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 111 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2019.

Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientação: Prof. Dr. João Tadeu de Andrade..

1. Sofrimento psíquico . 2. Substâncias psicoativas. 3. Juventude. I. Título.

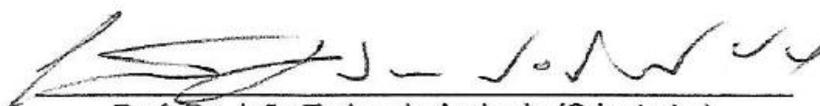
IVIE MARCELA ZORTHEA

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COMO UMA ESTRATÉGIA DE  
ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

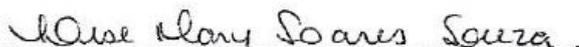
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Planejamento e Políticas Públicas. Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 15/07/2019

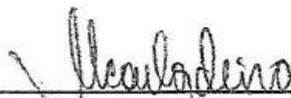
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. João Tadeu de Andrade (Orientador)  
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof.ª Dr.ª Lise Mary Soares Souza  
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof.ª Dr.ª Maria da Conceição da Silva Cordeiro  
Universidade Federal do Amapá - UNIFAP

## RESUMO

Este estudo tem o objetivo de evidenciar o processo de enfrentamento do sofrimento psíquico a partir do uso de substâncias psicoativas (SPAs) entre estudantes universitários em psicoterapia. O universo da pesquisa foi no cenário da educação superior pública federal em Macapá, que compreende a Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), campus Marco Zero. Os sujeitos da pesquisa são estudantes universitários que fazem acompanhamento psicoterápico, com matrículas ativas. Participaram da pesquisa três jovens do sexo masculino com idades entre 23 e 29 anos. Essa coleta foi realizada no Núcleo de Psicologia do Colegiado de Medicina e adota como abordagem uma pesquisa de natureza qualitativa, que emprega o método Estudo de caso. Para compreensão e análise de dados, tomei como proposta a metodologia de Laurence Bardin denominada Análise de conteúdo. Apresento aspectos sobre as substâncias psicoativas, conceitos centrais, apanhado histórico, contexto de uso contemporâneo entre universitários, distinção dos modos de uso e principais efeitos no organismo; acrescenta-se o uso de SPAs como modo de enfrentamento do sofrimento psíquico, algumas peculiaridades da juventude, sofrimento psíquico e seus mecanismos de defesa segundo a teoria psicanalítica das neuroses. Este estudo evidenciou que jovens universitários adotam o uso de SPAs como estratégia de enfrentamento do sofrimento psíquico, e verificou que aspectos relacionados ao ambiente familiar contribuem significativamente para o grau elevado de sofrimento experimentado por estes jovens.

**Palavras - chave:** Sofrimento psíquico. Substâncias psicoativas. Juventude.

## **ABSTRACT**

This study aims to highlight the process of coping with psychic suffering from the use of psychoactive substances among university students in psychotherapy. The research universe was in the federal public higher education scenario in Macapá, which comprises the Marco Zero campus of the Federal University of Amapá (UNIFAP). The research subjects are university students who follow psychotherapy with active enrollment. Three young males between the ages of 23 and 29 participated in the study. This collection was carried out at the Psychology Center of the Collegiate of Medicine and adopts as approach a research of the qualitative nature, which uses case study method. For the understanding and analysis of data, I took as a proposal the methodology of Laurence Bardin called content analysis. I present aspects on psychoactive substances, central concepts, historical background, context of contemporary use among university students, distinction of the use modes and main effects in the organism, use SPAs as a way of coping of the psychic suffering, some peculiarities of youth, psychic suffering and their mechanisms of defense according to the psychoanalytic theory of neuroses. This study evidenced that university students adopt the use of SPAs as a coping strategy for psychic suffering and verified that aspects related to the family environment contributed significantly to the high degree of suffering to which these youngsters crossed.

**Keywords:** Psychic suffering. Psychoactive substances. Youth.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1.1	CAMPO E CONDUTA METODOLÓGICA.....	14
1.2	ANÁLISE DOS DADOS.....	17
<b>2</b>	<b>SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA SOCIEDADE BRASILEIRA.....</b>	<b>20</b>
2.1	ANTECEDENTES E HISTÓRICO.....	20
2.2	DEFINIÇÕES CONCEITUAIS.....	23
<b>2.2.1</b>	<b>Drogas.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Alucinógenos.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2.3</b>	<b>SPAs.....</b>	<b>28</b>
2.3	ASPECTOS MÚLTIPLOS NO CONSUMO DE SPAS.....	29
2.4	DISTINÇÃO ENTRE CONSUMO ABUSIVO, NÃO ABUSIVO E REDUÇÃO DE DANOS.....	33
<b>2.4.1</b>	<b>Transtornos relacionados pelo uso de SPAs segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição – DSM V (2014).....</b>	<b>36</b>
2.5	CONTEXTO CONTEMPORÂNEO SOBRE USO DE SPAS ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS NO BRASIL.....	40
2.6	POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL.....	42
2.7	CONTEXTO LOCAL EM MACAPÁ.....	46
2.8	JUVENTUDE E CONSUMO DE SPAS.....	49
2.9	JUVENTUDE.....	51
<b>2.9.1</b>	<b>Agenda Juventude Brasil.....</b>	<b>53</b>
<b>2.9.2</b>	<b>Pacto pela Juventude.....</b>	<b>55</b>
<b>3</b>	<b>SOFRIMENTO PSÍQUICO, JUVENTUDE E USO DE SPAs.....</b>	<b>57</b>
3.1	SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	57
3.2	A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO.....	62
3.3	SPAS COMO MODO DE ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	67
3.4	MECANISMOS DE DEFESA.....	71
<b>4</b>	<b>JOVENS UNIVERSITÁRIOS EM MACAPÁ: TRÊS CASOS ILUSTRATIVOS.....</b>	<b>75</b>
4.1	VIVÊNCIAS FAMILIARES FRAGMENTADAS.....	84

4.2	SOFRIMENTO E USO ABUSIVO DE SPAS.....	86
4.3	TIPOS DE SUBSTÂNCIAS.....	93
4.4	REDUÇÃO DE DANOS (RD).....	94
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>97</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>101</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>109</b>
	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	110

## 1 INTRODUÇÃO

O desejo em realizar este estudo nasce a partir de inquietações desencadeadas pela experiência clínica com jovens, com a premissa de refletir sobre o uso de substâncias psicoativas como estratégia de enfrentamento do sofrimento psíquico, entre estudantes universitários em acompanhamento psicoterápico.

As inquietações que me conduziram para este estudo surgiram a partir da vivência clínica com sujeitos que fazem uso dessas substâncias, principalmente álcool, tabaco, dentre outras, como formas instantâneas e também abusivas de lidar com questões cotidianas, mas igualmente com a inabilidade em lidar com frustrações, tristezas, sofrimento, solidão, angústias e aflições com que esses estudantes se deparam rotineiramente.

Os relatos conduzidos por estes estudantes/pacientes no ambiente terapêutico coadunam com uma problemática emergencial que tem gerado muitos transtornos e riscos graves à vida. Pude observar por meio do atendimento clínico dentro da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), que o modo de enfrentamento do estresse, sofrimentos e angústias na atualidade é algo que merece destaque no campo científico, uma vez que o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens e adolescentes de 15 a 29 anos (GOMES-VALÉRIO, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (2016) aponta que o suicídio é considerado um problema de saúde pública, pois mais de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos em todo o mundo. Por conta de índices tão significativos entre os jovens, é, portanto um acontecimento que exige uma percepção social apurada, uma vez que esse grupo é o mais fragilizado por questões relativas à ansiedade, à depressão, ao uso de drogas, à violência e ao *bullying* (NARDI, BRIGAGÃO, 2018).

Para justificar o interesse em realizar este estudo, trago um relato de minha experiência profissional e acadêmica, que contribui significativamente para um olhar sensível ao sofrimento daqueles que buscam vias não saudáveis de lidar com suas angústias e frustrações.

Entre os anos de 2009 a 2010, tive o primeiro contato com esta temática ao realizar uma pesquisa sobre o uso e abuso de álcool entre policiais militares no Centro de Saúde Psicossocial da Polícia Militar do Amapá. Esta pesquisa

correspondeu ao meu trabalho de conclusão do curso de Psicologia e foi realizada por meio de levantamento de dados no Centro de Saúde. Na ocasião eram realizados registros dos usuários (militares e dependentes) que buscavam atendimento e/ou eram encaminhados para tratamento. Os resultados indicaram que a incidência e prevalência do uso e abuso de álcool estavam relacionadas à rotina de trabalho diária e à especificidade da atuação da profissão em questão. Risco de morrer, violência, rotinas de trabalho exaustivas, entre outros eventos, podem gerar uma sobrecarga psíquica considerável. O sujeito adota a utilização de álcool e outras substâncias psicoativas como estratégias de defesa para lidar com o estresse e a sobrecarga psíquica, ocasionados pelas condições de trabalho.

Em outro momento após minha formação como psicóloga, recebi para atendimento clínico, no Instituto do Câncer Joel Magalhães, uma criança que estava sob os cuidados da tia junto com seus irmãos, pois sua mãe estava em um centro de tratamento por conta da adicção. A mãe já havia sido internada outras vezes para “ficar limpa”, mas recendia. Naquele momento pude perceber que os prejuízos advindos do vício não são apenas para o usuário, mas se estendem a toda a família. Cada criança vivenciava aquele contexto de modo sofrido, mas apenas uma delas teve oportunidade de ter sua dor assistida, por ser naquele momento a única a externar de modo agressivo seus sentimentos.

Em 2016, fui procurada por uma professora do curso de medicina que solicitou apoio para sistematizar atendimentos em decorrência de uma demanda muito grande de adoecimento psíquico entre estudantes do referido curso. No entanto, solicitou que os atendimentos fossem realizados em um espaço físico fora da Universidade, devido à recusa de alguns alunos em buscar suporte psicoterápico dentro da instituição, pois se sentiam expostos. Dessa forma, ocorreram, no Instituto do Câncer Joel Magalhães, uma vez por semana, atendimentos especificamente para este público. Foram feitos então, inicialmente, quatro atendimentos semanais. E a cada semana a demanda de atendimentos aumentava. As principais queixas estavam relacionadas com: carência afetiva, dificuldades acadêmicas, sofrimento psíquico, problemas com adaptação, dificuldades de estabelecimento de relações sociais, ansiedade, angústia, tristeza e solidão.

Os quatro primeiros atendimentos destinados ao público em questão me chamaram bastante atenção pelo modo como esses jovens (dois homens e duas mulheres na faixa etária de 22 a 29 anos) se posicionavam diante das suas queixas

emocionais. Percebi que todos faziam uso de substâncias psicoativas (SPAs) e em alguns momentos de modo abusivo, o que me gerou grande preocupação.

No decorrer de 2016 realizei muitos atendimentos para discentes deste curso. Busquei a literatura para me situar nas demandas advindas deste público (estudantes de medicina) e as pesquisas apontavam que o adoecimento mental é comum entre acadêmicos da área de saúde. Segundo Oliveira et. al.(2016) no artigo Prevalência e Fatores Associados à Depressão em Estudantes de Medicina da Universidade Federal do Amapá, a prevalência de depressão em estudantes do curso, foi de 45,7%, o que é consideravelmente maior do que os índices da população em geral. Porém, é um dado semelhante ao descrito em trabalhos com estudantes de medicina de outras regiões do Brasil e do mundo. Esta pesquisa realizada na UNIFAP aponta uma possível associação entre a ocorrência de depressão e os seguintes fatores: desejo de mudar de curso, dificuldade de relacionamento social e percepção negativa do ambiente de ensino no qual estão inseridos. O estudo aponta, ainda, que os alunos encontraram-se insatisfeitos e desestimulados com o ambiente educacional (OLIVEIRA et. al., 2016).

Atualmente, desenvolvo minhas atividades profissionais na coordenação do curso de Medicina, na Universidade Federal do Amapá. Neste local, venho acolhendo e acompanhando trajetórias de vida, que trazem relatos de sentimentos e emoções muito diversas: histórias de conquistas, vitórias, sofrimentos, alegrias, superação, desespero, desesperança, força, coragem, etc.

Trata-se de um ambiente com peculiaridades e contextos muito interessantes. Neste espaço psicoterápico, pude perceber principalmente as vicissitudes da singularidade humana, entre elas a que mais me despertam inquietação são o sofrimento psíquico e seus modos de enfrentamento.

No período de setembro de 2016 a junho de 2019, a busca por psicoterapia no Núcleo onde atuo foi crescente e cerca de 95% de jovens que pude atender usam ou já usaram pelo menos dois tipos de SPAs. As mais comuns são: antidepressivos, ansiolíticos, ritalina, tabaco, álcool e maconha. Percebi que o álcool e outras drogas são utilizadas como estratégias de fuga para lidar com dificuldades e momentos estressantes de modo muito comum entre os acadêmicos, mas não apenas para dar conta de suas dores; são igualmente utilizadas de modo recreativo, espiritual e cultural.

Dentro deste contexto universitário, a utilização de psicoativos é vista de

modo trivial e até banalizada por esses estudantes, como se não lhes causassem nenhum prejuízo. Eles relatam que tomam medicações nas semanas de prova e/ou em provas como o Exame Clínico Objetivo Estruturado em Estações (OSCE), que também é uma estratégia da metodologia PBL – *Problem Based Learning* (Aprendizagem Baseada em Problemas), que consiste em uma metodologia de ensino ativa, centrada no protagonismo do aluno (DA SILVA FERRAZ FILHO, 2017). O OSCE é atualmente considerado um dos métodos mais confiáveis para avaliação de competências clínicas de estudantes e residentes, assim como para certificação profissional e avaliação de profissionais médicos em atividade. Num OSCE típico, os examinandos se alternam por um número determinado de estações, em que se encontram pacientes reais ou padronizados (atores ou bonecos), com o propósito de realizar diferentes tarefas clínicas (AMARAL, DOMINGUES, ZAFERINO, 2007).

O exame, de caráter avaliativo, coloca os estudantes frente a frente a diversas situações clínicas (estações), simulando o que acontece dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais, gerando um grau de ansiedade e estresse elevados. Durante o exame é comum que alunos chorem, vomitem, apresentem diarreia, falta ou excesso de apetite, taquicardia, respiração ofegante e principalmente uma incapacidade em lidar com situações de crise, tensão e pânico.

Além dessa peculiaridade apontada que faz parte do contexto acadêmico em que estou inserida, outras questões despertam e aumentam minha inquietação no que diz respeito às estratégias adotadas por esses estudantes ao se depararem com as dificuldades de adaptação: a enorme carência afetiva na qual se encontram diante desse contexto e pela distância física dos familiares. As angústias do cotidiano daqueles que estão em condições de saúde, vida financeira, alimentação e moradia muito precárias são literalmente engolidas pelas rotinas excessivas de estudo e atividades acadêmicas, que levam ao descontrole emocional.

Nem todos os estudantes tem oportunidade de acesso a um espaço de escuta, quiçá um espaço psicoterápico para que tenham suas angústias acolhidas. Muitos deles nem pensam nessa possibilidade e negligenciam seus sentimentos, procurando então apoio especializado apenas diante de um quadro clínico diagnosticado.

Atualmente a UNIFAP e todo o Estado do Amapá vivenciam um momento de crise. Há um alerta epidemiológico lançado pela Vigilância em Saúde sobre o crescimento significativo de suicídio nos últimos cinco meses, em especial no mês

de abril deste ano corrente. Dentro da Universidade foram notificados dois casos em menos de quarenta dias, causando um alerta em toda comunidade acadêmica.

A vida dentro da universidade compõe um ciclo vital na formação profissional e pessoal muito significativo para o sujeito, e geralmente esse processo ocorre na fase de adolescência e/ou juventude. Trata-se de fato de um período de quatro a seis anos (se ocorrer dentro do planejado para um curso de graduação). É uma trajetória marcada por vivências individuais e coletivas que demandam, de quem experimenta esta fase da vida, responsabilização e sociabilidade (DE ASSIS, DE OLIVEIRA, 2011).

Pude constatar que este é um momento marcado por experiências e acontecimentos novos que irão compor a tecedura dos retalhos da vida de forma muito subjetiva. Muitas vezes, fazem parte deste percurso o afastamento físico ou até mesmo psíquico do núcleo familiar, mudança de espaços geográficos, imersão em novas culturas, vivências de novos climas geográficos, dificuldades sociais, conflitos, problemas financeiros, pouco acesso ao lazer, alimentação desequilibrada, baixo rendimento escolar etc. São variáveis e fatores que estão diretamente relacionados com a saúde física e mental dos jovens e adultos.

Diante desse contexto vulnerável, as drogas têm, cada vez mais, ocupado espaço entre jovens estudantes universitários, o que pode ser considerado preocupante (PILLON, et. al., 2005). Seja pela necessidade de engajar-se socialmente, ou como uma forma de fugir da realidade, para a obtenção de prazer ou quaisquer outros motivos, é comum os jovens recorrerem ao uso de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, sem prever as consequências.

Parte considerável desses jovens faz uso de álcool, tabaco ou de outras drogas associadas a atividades culturais, informais e prazerosas e pode ocorrer sem causar danos. Porém, isto pode vir a configurar um ambiente propício ao uso experimental de outras drogas e para a prática de comportamentos de risco (dirigir embriagado, fazer sexo sem proteção, envolver-se em brigas e acidentes etc) (PILLON, et. at., 2005).

Por outro lado, o último relatório realizado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) (2018), aponta que o uso não medicinal de medicamentos sob prescrição está se tornando uma enorme ameaça para a saúde pública e o cumprimento da lei no mundo, relacionada às drogas chamadas opioides, que atuam no sistema nervoso para alívio de dor, sendo responsáveis

pelos maiores danos, contabilizando 76% de mortes envolvendo distúrbios relacionados ao uso de drogas (UNODC, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica os danos em crônicos e agudos (WHO, 2004 apud SUPERA, 2017). Os crônicos incluem as doenças e os problemas sociais; e os agudos se referem a acidentes, violência e doenças agudas. Os danos podem ser provocados pelos efeitos psicoativos das drogas no funcionamento mental (como é o caso de um acidente em que a vítima ou o agressor perde a capacidade de avaliação dos riscos pelo uso do álcool); pela dependência (um indivíduo pode deixar progressivamente de realizar atividades e até de cumprir com suas responsabilidades, pois só consegue agir sob efeito da substância pela qual é dependente); ou pelos efeitos tóxicos da droga no corpo (como é o caso do câncer de pulmão, relacionado ao uso do tabaco).

Nesse sentido, tendo em vista os aspectos levantados, a complexidade deste fenômeno, e um olhar cuidadoso com a saúde desses acadêmicos ressalta-se a importância de discussões e estudos relativos à essa temática enfatizando destaque no plano das políticas públicas sociais e de saúde.

Com a elucidação dos dados, ora já registrados por pesquisas antecedentes, destaca-se a inquietação em explorar o modo de utilização de substâncias entre os estudantes universitários, visto que os estudos apontam um índice alto de consumo (KERR-CÔRREA 1999; MARDEGAN 2007; LEMOS 2007). Diante da inexistência de dados que possam trazer conhecimento da realidade sobre o uso de SPAs entre jovens universitários no Amapá, e de não haver um espaço de discussão de políticas públicas de combate ao uso desenfreado dessas substâncias, ou a respeito de práticas preventivas ou formas de acolhimento e atenção aos usuários previstos na Política Nacional Antidrogas, dentro do espaço universitário, estudos dessa natureza são mais que urgentes.

Diante deste universo complexo, que se tornou uma questão de saúde pública, a partir da experiência clínica e contato com a juventude acadêmica, as inquietações a partir dos prejuízos sociais, econômicos, emocionais, ocasionados principalmente pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, este estudo tem o objetivo de evidenciar o processo de enfrentamento do sofrimento psíquico, a partir do uso de SPAs entre estudantes universitários em psicoterapia.

## 1.1 CAMPO E CONDUTA METODOLÓGICA

O universo da pesquisa foi no âmbito da educação superior pública federal em Macapá, compreendendo a Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), campus Marco Zero. A Fundação Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) foi criada em 2 de março de 1990. Antes deste período estava vinculada à Universidade Federal do Pará, com atividades desde 1970. Atualmente existem 4 campi em funcionamento: o Campus Binacional, localizado no município de Oiapoque; o Campus Santana; o Campus Mazagão e o campus Marco Zero do Equador, localizado na capital amapaense, onde foi realizado o trabalho de campo deste estudo.

Os sujeitos da pesquisa são estudantes universitários que fazem acompanhamento psicoterápico, matriculados na UNIFAP. Inicialmente seriam de ambos os sexos, mas não foi possível devido ao não aceite de mulheres para participar da pesquisa, dentro dos critérios de inclusão (idade a partir de 18 anos). Dessa forma, a pesquisa foi realizada apenas com participantes do sexo masculino.

O local de coleta de dados foi o Núcleo de Psicologia, vinculado ao Colegiado de Medicina da UNIFAP, no período de janeiro a março de 2019. O Núcleo realiza atendimentos psicoterápicos semanalmente destinados ao curso de graduação em Medicina, o que inclui alunos e professores, mas eventualmente recebe alunos de outros colegiados e também da comunidade externa, por conta de demanda expressiva por atendimento psicoterápico no Estado. As demandas para atendimento são alusivas às problemáticas relativas a questões subjetivas, denotam sofrimento psíquico considerável, mas em contrapartida também buscam acompanhamento de pessoas que procuram autoconhecimento e/ou percebem a importância do processo psicoterápico, no sentido de promover a saúde mental e melhor gerenciamento de emoções.

Este Núcleo disponibiliza apenas uma psicóloga, que sou eu. É o único curso que possui um psicólogo em sua estrutura, por conta de exigências do Ministério da Educação para o seu funcionamento, devido à Metodologia PBL. Além do atendimento realizado no Núcleo, existem outros espaços dentro da universidade que também disponibilizam psicólogos para acompanhamento de alunos e servidores, como, por exemplo, o Núcleo de Acessibilidade e Inclusão que faz atendimento destinado à política de Inclusão.

Este estudo buscou explicitar comportamentos e percepções subjetivas, considerando o sujeito e sua singularidade, e adota uma abordagem de pesquisa de natureza qualitativa, destacando-se como método específico o Estudo de caso.

Segundo Yin (2005) neste método se examinam acontecimentos contemporâneos não sendo permitido a manipulação de comportamentos. Abrange a observação direta e entrevistas sistemáticas visando lidar com uma ampla variedade de evidências. Além disso, uma boa conduta do estudo demanda habilidades do pesquisador no momento da coleta de dados, como ser um bom ouvinte, considerando não ser enganado por seus preconceitos e próprias ideologias; ter a capacidade de fazer boas perguntas e interpretar as respostas; adotar uma atitude imparcial diante das noções preconcebidas e ter uma noção clara das questões que estão sendo estudadas.

A abordagem adotada foi qualitativa. Segundo Minayo (2007):

O método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2007, p. 57).

É um método que oportuniza a condução de significados importantes sobre a realidade social e permite observar percepções e problemáticas a partir de processos sociais, grupais, pessoais e institucionais. Quando comparado a outras técnicas de pesquisa social, nota-se que este método é diferenciado, e para Gil (2008) é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado, tarefa praticamente impossível mediante outros tipos de delineamentos considerados.

A coleta de dados para a modalidade Estudo de caso demanda vários procedimentos como: observação, observação participante, análise de documentos, entrevista formal ou informal, aplicação de questionários com perguntas fechadas, história de vida, levantamentos de dados, análise de conteúdo, registros de arquivos (VENTURA, 2007).

Considerando o contexto clínico psicoterápico, a coleta de dados foi realizada a partir da História de vida que é uma técnica das mais significativas no estudo de caso, sobretudo quando cada pessoa é considerada um caso específico. A História de vida, à medida em que é constituída pelo relato pessoal do informante,

acerca das situações vividas, possibilita a investigação do fenômeno de mudança, que dificilmente é obtido mediante outros procedimentos de pesquisa social, permitindo assim uma melhor compreensão e integralização dos dados.

Nesse sentido, foi considerada a narrativa da História de vida do sujeito por meio de entrevista semiestruturada.

Apresento então a sistematização da pesquisa de campo:

1. Atendendo aos critérios de inclusão que exponho mais abaixo, foram identificados pelo menos oito casos de ambos os sexos. Dois apontados por outra profissional e seis por mim.
2. Fiz o convite para as pessoas identificadas participarem do estudo, mas apenas três estiveram de acordo em colaborar com a pesquisa. Dois fazem acompanhamento psicoterápico comigo há alguns meses. O terceiro foi encaminhado por uma colega profissional que trabalha na universidade.
3. Agendei um momento para falar sobre este estudo e nesta mesma ocasião fiz o convite para que participassem da pesquisa.
4. Foram realizadas entrevistas de aproximadamente 60min cada, mediante roteiro semiestruturado, com a finalidade de explorar os casos estudados em direção ao objeto de estudo.
5. Propus um roteiro semiestruturado com objetivo de direcionar e conduzir a entrevista para o objetivo do estudo por meio de questões disparadoras.
6. Apresento as questões disparadoras: (a) Peço por favor que faça uma narrativa da sua trajetória de vida, considerando o momento em que você fez uso das substâncias psicoativas pela primeira vez e como ocorreu. (b) Com qual finalidade você fez uso dessas substâncias, consegue associar alguma finalidade? (c) Como você se sente antes, durante e depois do uso?
7. Os participantes foram selecionados através dos seguintes critérios de inclusão: (1) universitários/pacientes que fazem uso de substâncias psicoativas; (2) Casos onde se constatou a utilização de mais de um tipo de substâncias relacionadas a questões de ordem emocional; (3) Estarem matriculados e cursando formação acadêmica dentro da UNIFAP; (4) universitários/pacientes que aceitem participar do estudo e assinarem o

TCLE; (5) universitários/pacientes maiores de 18 anos e (6) que ingressaram até o ano de 2018.

Os parâmetros específicos estabelecidos para a escolha dos sujeitos da pesquisa compreendem: ser estudante universitário; fazer acompanhamento psicoterápico por mais de seis meses; usar mais de um tipo de substância psicoativa por mais de seis meses. Esses critérios permitiram um alinhamento com o método da pesquisa, pois o sujeito em psicoterapia possui uma maior percepção da sua dinâmica de funcionamento psíquico e pode assim ter concepções e manejo das questões inconscientes, reconhecendo, por exemplo, seus mecanismos de defesa e sua dinâmica psíquica. O fato de ser estudante universitário faz jus ao campo e objetivo da pesquisa. E o tempo de no mínimo seis meses permitiu uma maior compreensão dos fatores relacionados ao uso, frequência e quantidade das substâncias envolvidas.

Em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a pesquisa foi submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa da UNIFAP. Esta medida foi importante para a obtenção de parecer para reconhecimento de que a proposta de pesquisa foi eticamente adequada e não causando danos aos sujeitos envolvidos. O participante foi informado que poderia se retirar em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer tipo de prejuízo e que teria sigilo em relação a sua participação.

Após a realização da pesquisa, no contexto de discussão e divulgação dos resultados, foi garantido sigilo absoluto da identidade dos participantes e a não discriminação ou estigmatização dessas pessoas, além da conscientização dos sujeitos quanto à publicação dos dados.

Este estudo encontrou fragilidades no decorrer de sua realização, como por exemplo, o universo da pesquisa é composto por jovens apenas do sexo masculino, a quantidade é de apenas três entrevistados (mas que em sua subjetividade apresentam um universo inteiro de reflexões e significados vastos e riquíssimos) e o tempo de definição pela temática e a escolha pela orientação foram definidos tardiamente (o que gerou um aperto de cronograma e tempo).

## 1.2 ANÁLISE DOS DADOS

Para compreensão e análise dos dados, tomei como proposta a

abordagem de Laurence Bardin, denominada Análise de conteúdo. Esta metodologia contempla um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Seu objetivo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção de conteúdo (BARDIN, 2016). Bardin, (2016) apresenta alguns requisitos para a realização da análise de dados, quais sejam:

(a) **Pré-análise** é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Considerando 4 etapas: (1) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados; (2) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que foi analisado; (3) formulação das hipóteses e dos objetivos; (4) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2016).

(b) **exploração do material** constitui a fase de definição de categorias. Esta é a etapa da descrição analítica, a qual diz respeito ao *corpus* (qualquer material textual coletado) submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. (BARDIN, 2016).

(c) **tratamento dos resultados, inferência e interpretação** consiste no tratamento dos resultados; nela ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, de análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2016).

Neste estudo foram realizadas três entrevistas de aproximadamente 60 minutos, gravadas no aparelho celular. O conteúdo das gravações foi transcrito literalmente por mim de forma direta sem uso de outros recursos tecnológicos no período de uma semana.

Após as transcrições, utilizei a análise de conteúdo conforme o que postula Bardin (2016), fiz leitura prévia, demarcações significativas, postulações, definição de categorias, estudo aprofundado de material teórico, análise e discussão com embasamento teórico da literatura psicanalítica freudiana.

Para atender o que se propõe esta dissertação, apresento três capítulos conforme projeção abaixo:

1. **Capítulo 2 - Substâncias Psicoativas na sociedade brasileira:** A historicidade da vida humana é acompanhada pelo uso de SPAs. Porém,

seus efeitos se configuram de modo mais prejudicial nos tempos modernos, principalmente em contextos de uso abusivo. Neste capítulo são contemplados de forma breve alguns aspectos significativos sobre as substâncias psicoativas, conceitos centrais, apanhado histórico, contexto de uso contemporâneo entre universitários, distinção dos modos de uso e principais efeitos no organismo.

2. **Capítulo 3 - Sofrimento psíquico, juventude e uso de SPAs:** Qual o lugar da dor na vida humana? A dor, o sofrimento, a angústia são emoções inerentes à natureza humana. Mas o modo singular com que cada pessoa se organiza diante do real, das suas fraquezas, de seus medos, dores, sofrimentos e angústias é individual. Neste capítulo apresento alguns pontos importantes para compreensão deste estudo, entre eles destaco as SPAs como modo de enfrentamento do sofrimento psíquico, algumas peculiaridades da juventude, seus modos de representação social e também o sofrimento psíquico e seus mecanismos de defesa segundo a teoria psicanalítica das neuroses.
3. **Capítulo 4 - Jovens universitários em Macapá: três casos clínicos.** Apresento neste capítulo a elucidação dos três casos clínicos. Faço um diálogo entre o uso de psicoativos com fundamentos da teoria psicanalítica e seu campo de estudo dirigido aos aspectos psíquicos que envolvem principalmente o uso de SPAs como uma estratégia de enfrentamento do sofrimento. Suas narrativas são histórias de vida que elucidam a problemática do uso abusivo de psicoativos, trazendo à tona o sofrimento no qual estiveram inseridos. Apresento então as três narrativas e em seguida procedo a um confronto dessas falas, em cinco aspectos principais categorizados para discussão: **a)** vivências familiares fragmentadas, **b)** sofrimento psíquico **c)** uso abusivo de substâncias **d)** tipos de substâncias e **e)** redução de danos.

## 2 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA SOCIEDADE BRASILEIRA

Parece improvável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os paraísos artificiais, isto é, a busca da auto-transcendência através das drogas ou umas férias químicas de si mesmo... a maioria dos homens e mulheres leva vidas tão dolorosas - ou monótonas, pobres e limitadas, que a tentação de transcender a si mesmos, ainda que por alguns momentos é, e sempre foi, um dos principais apetites da alma.

(Aldous Huxley)

O uso de SPAs tem se mostrado algo comum na narrativa da vida humana. Porém, seus efeitos se configuram de modo mais prejudicial nos tempos modernos. Neste capítulo serão contemplados de forma breve alguns aspectos significativos sobre as substâncias psicoativas, conceitos centrais, apanhado histórico, contexto de uso contemporâneo entre universitários, distinção dos modos de uso e principais efeitos no organismo.

### 2.1 ANTECEDENTES E HISTÓRICO

Percebemos que desde a Pré-História os membros das diferentes culturas têm utilizado plantas e algumas substâncias de origem animal com finalidades artesanais, terapêuticas, espirituais e para diversão. Essas substâncias fazem parte da vida humana desde a ancestralidade e o seu consumo ao longo da história adquiriu utilidades e significados muito diversificados, conforme os contextos socioculturais e históricos em que estavam inseridos (MACRAE, 2014).

No decorrer do tempo, as substâncias psicoativas vêm satisfazendo necessidades que podem ser físicas, culturais, religiosas, ritualísticas etc., ou seja, essas substâncias acompanham a própria história da humanidade (OLIVEIRA, 2017). Entretanto, o que antes era denominada como droga, na atualidade ganha uma nova denominação: Substâncias psicoativas (SPA), englobando toda substância natural ou sintética, por conta do sentido depreciativo e estigmatizante vinculado ao termo anterior “droga”, por meio de uma proposição da Organização Mundial de Saúde em 2004 (ANDRADE, 2018).

Rui e Labate (2016) mencionam que a produção contemporânea em Ciências sociais, especialmente em antropologia, tomou como consensual que o

consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno ancestral, de certo modo constitutivo da própria condição humana e que apenas recentemente algumas dessas substâncias foram consideradas drogas. E que a questão das drogas como problema social é fruto de um processo ocorrido ao longo do século XX no ocidente.

Carneiro (Apud Oliveira, 2017, p. 118) enfatiza que:

A primeira questão a se definir é a de que as drogas são necessidades humanas. Seu uso milenar em quase todas as culturas humanas corresponde a necessidades médicas, religiosas e gregárias. Não apenas o álcool, mas quase todas as drogas são parte indispensável dos ritos de sociabilidade, cura, devoção, consolo e prazer. Por isso, as drogas foram divinizadas em inúmeras sociedades.

Comumente se diz que uma abordagem exclusivamente farmacológica da questão da droga não é suficiente e que os efeitos individuais, subjetivos e sociais do uso de substâncias psicoativas só podem ser entendidos a partir de uma perspectiva biopsicossocial, pois não há como considerar apenas efeitos sem considerar uma diversidade de fatores (OLIVEIRA, 2017).

No Brasil, os primeiros relatos históricos referem-se a uma bebida chamada “Cauim”. Produzida pelos nativos tupis guaranis, essa bebida era feita a partir da fermentação da mandioca e utilizada de modo cultural, em rituais e festas. Quando bebida em excesso causava embriaguez. Os portugueses chegaram ao Brasil e depararam-se então com o costume indígena de produzir e consumir o Cauim, mas também com o uso do tabaco, que era desconhecido dos portugueses e de outros europeus (SILVEIRA DOERING & SILVEIRA, 2017).

Entretanto, não demorou muito para que houvesse uma aglutinação de saberes, pois o europeu dominava os conhecimentos para produção de vinho e cerveja e logo aprenderam a fazer a cachaça, coisa que não foi difícil. Denominada inicialmente de “Cagaça”, posteriormente veio a ser a Cachaça, destilada em alambique de barro e, muito mais tarde, de cobre.

A cachaça é conhecida de muito tempo, desde os primeiros momentos em que se começava a fazer do Brasil o Brasil. O açúcar para adoçar a boca dos europeus, como disse o antropólogo Darcy Ribeiro, da amargura da escravidão; a cachaça para alterar a consciência, para calar as dores do corpo e da alma, para açoitar espíritos em festas, para ativar coragem em covardes e para aplacar traições e ilusões. Para tudo, na alegria e na tristeza, o brasileiro justifica o uso do álcool, da branquinha à amarelinha, do escuro ao claro do vinho, sempre com diminutivos (SILVEIRA DOERING & SILVEIRA, 2017, p.12).

Todavia, o uso da maconha foi introduzido no Brasil pelos escravos africanos e difundido também entre os indígenas. Seu uso inicial apresentava propósitos medicinais e nas atividades recreativas, como a pesca, e nas rodas de conversa nos finais de tarde, destacando-se entre as camadas mais pobres, em geral, formadas por negros e seus descendentes (IGNÁCIO e NARDI, 2007).

Bucher (1995) apresenta um quadro muito significativo para pensar a questão do uso de SPAs na antiguidade e na modernidade. Segundo este autor, antigamente as pessoas se reuniam para usar substâncias com uma finalidade definida como, por exemplo, a socialização e integração da sociedade durante as festividades, cerimônias e rituais. Nestas ocasiões o uso de SPAs não representava perigo, pois estavam sobre controle da sociedade.

Hoje as características da sociedade moderna se configuram em um formato diferente. A concentração urbana e as mídias sociais mudam drasticamente o formato de interação entre as pessoas. O grande êxodo rural e o avanço tecnológico levaram muitas pessoas ao isolamento e à quase exclusão social (BUCHER, 1995). É neste espaço então que a droga se configura em formato diferenciado. Se antes ela era um modo de integração e sociabilização, na modernidade seu caráter é de uso principalmente individualizado, o que pode ser perigoso. Convidando o sujeito e camadas crescentes a fugir das condições difíceis da vida, à procura de bem estar ilimitado ou à procura de fuga e alívio por meio do uso dessas SPAs.

O referido autor faz um alerta sobre o aumento do consumo de drogas no Brasil, sobretudo nas áreas urbanas entre as diversas camadas da população, atingindo principalmente as de baixa renda, e chama atenção para os prejuízos sociais, físicos além do sofrimento pelo qual passam os familiares, o usuário e a sociedade em geral.

Dentro desta contextualização sobre o uso do grupo de fármacos, os benzodiazepínicos fazem parte do grupo mais prescrito e utilizado no mundo. Esse consumo acentuado pode estar associado ao fato dos medicamentos serem considerados uma das principais tecnologias contemporâneas de cuidado, com a premissa de afastar sofrimento da sociedade atual, tais como depressão, ansiedade, transtornos psicóticos, solidão, crises econômicas e tristeza, apenas com a administração de uma eficaz substância química no organismo, como se a medicação pudesse dar conta da dor e do existir (IGNÁCIO e NARDI, 2007).

O uso das SPAs é um fenômeno histórico, indissociável da vida humana, mas que na atualidade tornou-se um grave problema de saúde pública por conta de fatores relacionados ao seu uso e abuso como, por exemplo, os prejuízos físicos, psíquicos, econômicos e sociais, mas também a criminalização, violência e o tráfico de entorpecentes.

## 2.2 DEFINIÇÕES CONCEITUAIS

Alguns conceitos mencionados neste estudo são imprescindíveis para a compreensão do objetivo desta pesquisa. São conceitos que não se esgotam e nem são apresentados com intuito de padronizar ou apresentar um manual, e sim para esclarecer, evidenciar, tornar visível e acessível essas definições conceituais.

### 2.2.1 Drogas

Para a Organização Mundial de Saúde (2006), droga é toda substância que introduzida no organismo por qualquer via de administração, produz alterações no funcionamento normal do Sistema Nervoso Central (SNC). É uma substância ou ingrediente químico que produz determinado efeito no organismo. Oriunda do grego, a palavra *phármakon* explica uma substância dotada de duplo efeito: remédio e veneno. Designa um composto que naturalmente congrega em si potencial de cura ou de ameaça. O que faz *phármakon* assumir um ou outro efeito no organismo é a proporção de sua dose que pode então ser curativa ou mortífera (ESCOHOTADO, 1997).

Essas substâncias ilícitas (maconha, cocaína, *crack*, heroína, LSD, etc.) e lícitas (álcool, tabaco, tranquilizantes, sedativos, etc.) agem no cérebro modificando seu funcionamento e provocando alterações diversas, como alterações no comportamento, no estado de consciência, percepção, humor e pensamento, podendo então induzir ao estado de dependência (NERY FILHO e TORRES, 2002).

As substâncias lícitas por sua vez são aquelas que possuem compra e venda autorizadas por legislação específica: medicamentosas (tranquilizantes, analgésicos, etc.); sem finalidade terapêutica (álcool e tabaco); industriais (cola, esmalte, fluídos, solventes, etc.).

Entretanto, as substâncias ilícitas são aquelas que correspondem ao

grupo de substâncias relacionadas pela Lei Federal nº 6.368, de 21 Outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências.

Dentre as ações proibidas ou consideradas crimes na referida lei estão: proibição de se plantar culturas das quais se extraíam substâncias entorpecentes ou psicotrópicas (art.1); transportar, guardar, entregar substâncias entorpecentes e instigar, induzir ou auxiliar alguém ao uso de substâncias entorpecentes, como por exemplo a cocaína, heroína, LSD e outros entorpecentes (art.12).

### **2.2.2 Alucinógenos**

São as substâncias que provocam no cérebro alteração da percepção, podendo provocar delírios e alucinações. Por esse motivo recebem denominação de substâncias alucinógenas (NICASTRI, 2011; SILVEIRA DOERING E SILVEIRA, 2017). São exemplos: Dietilamina do ácido lisérgico (LSD), *ecstasy*, maconha e outras substâncias derivadas de plantas ou cogumelos (*ayahuasca*, ibogaína, sálvia, mescalina, psilocibina). Muitas dessas substâncias são consideradas sagradas, pois são utilizadas em rituais religiosos, nos quais os usuários acreditam que há uma facilitação de um contato ou vivência com a dimensão religiosa, sendo então nestes contextos denominadas de enteógenas (SILVEIRA DOERING E SILVEIRA, 2017). Etimologicamente, a palavra enteógeno significa "devir divino de dentro" e significa liberando ou expressando o divino interior (GUZMÁN, 2018).

As pessoas fazem e empregam conhecimentos de diversos outros contextos religiosos e/ou ritualísticos para sua utilização. A aplicação de plantas sagradas para fins enteogênicos é antiga e pode ser confirmada nas manifestações artísticas que operaram diversas culturas em diferentes campos. Nas antigas civilizações autóctones o uso de plantas para fins enteogênicos propiciou o desenvolvimento do conhecimento elementar em que foram baseadas suas crenças (GUZMÁN, 2018).

Entretanto, podemos notar que há também a utilização dessas substâncias em outros contextos, como o recreativo. Cabe ressaltar que essas substâncias podem ser prejudiciais se forem utilizadas por pessoas com agravos psíquicos graves; em contrapartida, elas raramente causam dependência. Estão

sendo conduzidos estudos científicos que têm, inclusive, vislumbrado potencial terapêutico dos psicodisplépticos<sup>1</sup> para muitas doenças (SILVEIRA DOERING E SILVEIRA, 2017).

#### **a) LSD (Dietilamina do ácido lisérgico)**

Diferentemente das plantas, essa substância alucinógena é sintetizada em laboratório e se configura em uma das mais potentes em ação psicotrópica que se tem conhecimento atualmente. É utilizada por via oral e desencadeia profundas alterações mentais chamadas de alucinações 30 a 90 minutos após a ingestão, durando aproximadamente seis horas (CARLINI, 2011).

O LSD possui efeitos muito potentes em pequeníssimas doses, de 20 a 50 microgramas, já produzindo alterações mentais. Apresenta-se em forma de um líquido que não possui odor, cor ou sabor. Em geral, o usuário introduz embaixo da língua um pequeno pedaço de papel de filtro, impregnado com a substância ou também usado através de conta-gotas, bebidas ou selos de cartas. Indivíduos que usam LSD tendem a ter alucinações visuais que podem ser assustadoras e exibir aumento temporário nos índices de ideação e comportamento suicida (DSM V, 2014).

#### **b) ECSTASY (MDMA - metilenodioximetanfetamina)**

A MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) foi sintetizada em 1912 e pensada inicialmente como um medicamento para diminuir o apetite. No entanto, em função de sua baixa utilidade clínica, os estudos com essa substância foram abandonados. Ela foi retorna na década 1970, quando alguns psiquiatras e psicólogos acreditavam que a substância deixava a pessoa mais solta, promovendo assim uma melhor comunicação e vínculo entre terapeuta e paciente (CARLINI, 2011).

O *Ecstasy* possui atividade estimulante e alucinogênica (embora muito menos intensa quando comparada à maioria das drogas desta categoria). O uso

---

<sup>1</sup> Psicodépticas: substâncias que diminuem a atividade mental, reduzido o tônus psíquico, seja pela diminuição da vigília, estreitando a faixa do poder intelectual, seja deprimindo as tensões emocionais, em geral produzindo relaxamento (BRITO, 2007).

recreativo da droga geralmente é feito com um ou dois comprimidos, ou seja, doses que variam de 75 a 150mg, podendo haver doses subsequentes horas após o uso. Seus efeitos podem durar até 8 horas. Após a ingestão, distribui-se amplamente pelo organismo, chegando ao cérebro (CARLINI, 2011).

Esta substância apresenta efeitos semelhantes aos estimulantes do sistema nervoso central (agitação), e igualmente perturbadores (mudança da percepção da realidade). Seus efeitos mais marcantes são a sensação de melhora nas relações entre as pessoas, o desejo de se comunicar, melhora na percepção musical e aumento na percepção das cores. Causa, também, diminuição do apetite, dilatação das pupilas, aceleração do batimento cardíaco, aumento da temperatura do corpo (hipertermia), rangido de dentes e aumento na secreção do hormônio antidiurético.

O uso frequente de *Ecstasy* pode desencadear problemas no fígado, como diminuição da capacidade de funcionar e pele amarelada (icterícia). Também estão relacionados: problemas cognitivos (aprendizagem, memória, atenção) com o uso repetido por período prolongado. O uso frequente dessa substância pode estimular problemas psiquiátricos, como quadros esquizofreniformes (formas de loucura), pânico (estados de alerta intenso, com medo e agitação) e depressão (CARLINI, 2011).

**c) MACONHA (Tetrahydrocannabinol) *Hashishi, Bangh, Ganja, Diamba, Marijuana, Marihiana:***

A maconha é composta por folhas e flores secas da *Cannabis sativa*. Da seiva desta planta origina-se o *haxixe* (pasta), pouco usado em nosso país. Ambas tem como princípio ativo o THC (tetrahydrocannabinol), sendo o *haxixe* dez vezes mais potente (NICASTRI, 2011).

A maconha é a substância ilícita mais consumida em todo mundo (BRITO, 2007), apresentando importante aumento de uso em nível global, quando comparada ao uso de cocaína e seus derivados (crack, merla). Estes por sua vez, têm apresentado declínio tanto na produção como no consumo (BATISTA, 2016).

Há um aumento do uso abusivo da maconha entre adolescentes nos países desenvolvidos nas últimas décadas. Uma possibilidade de explicação para esse fato é que, comparada com outras drogas ilícitas, a maconha é uma “droga

leve”, ou seja, sem muitas consequências para a saúde do indivíduo (GONÇALVES e SCHLICHTING, 2018).

Para Brito (2007), essa substância é altamente perigosa e proporciona prejuízos consideráveis à saúde dos usuários, como por exemplo, a redução dos mecanismos de defesa orgânica; em usuários do sexo feminino, desregula o ciclo menstrual e pode prejudicar o feto durante a gravidez, com malformação, lábios leporinos, lentidão de reflexos, irritação; diminuem consideravelmente os hormônios sexuais masculinos, principalmente a testosterona, que é o hormônio da libido, do estímulo, podendo ocorrer ainda diminuição de gonadotropina, que é o hormônio da ereção.

Os principais efeitos dessa substância incluem: bem-estar acompanhado de calma e relaxamento, menos fatigado, vontade de rir (hilariedade); também podem ser identificados: aguçamento da percepção sensorial com intensificação dos sons e da visão, adquirindo caráter fantástico, angústia, tremores, sudorese, prejuízo da memória e da atenção, alteração da percepção espacial e temporal, delírio e alucinações. Há ainda olhos avermelhados, boca seca, taquicardia e broncodilatação (LEMOS, 2008).

O consumo frequente da Maconha pode levar ao déficit de aprendizado e memória, diminuição progressiva da motivação – apatia e improdutividade -, bem como intensificar a piora de distúrbios psíquicos preexistentes, bronquites e infertilidade (LEMOS, 2008).

#### **d) Outras substâncias (cogumelo, ibogaína, sálvia, mescalina, psilocibina):**

Os relatos sobre a utilização de plantas que possuem propriedades psicoativas em rituais religiosos datam das civilizações mais antigas. Sua utilização está vinculada aos objetivos de permitir contato com um mundo espiritual, visar a cura de enfermidades ou ainda como um veículo facilitador na busca de conhecimentos (CARLINI, 2011)

O Brasil possui várias plantas que produzem efeitos alucinógenos. Dentre elas, as mais conhecidas são: Cogumelos/ *Psilocybe, cubensis, paneolus, mimosa hostilis* (chamada popularmente de jurema), mescal ou *peyot, caapi e chacrona*. As reações psíquicas são ricas e variáveis, podendo se manifestar de forma agradável, quando o sujeito se sente recompensado pelos sons incomuns, cores brilhantes e

pelas visões. Ou em outras ocasiões, trazendo efeito desagradável, manifestando imagens terríficas, sensações de deformação do próprio corpo, certeza de morte iminente etc. (CARLINI, 2011).

Sintomas físicos são menos frequentes: podem ocorrer dilatação das pupilas, sudorese excessiva, taquicardia, náuseas e vômitos, estes últimos mais comuns com a bebida do Santo Daime. Praticamente não há desenvolvimento de tolerância, e comumente tais substâncias não induzem dependência e não ocorre síndrome de abstinência com o cessar do uso (CARLINE, 2011).

### 2.2.3 SPAs

O que antes era denominada como droga, na atualidade ganha uma nova denominação: Substâncias Psicoativas (SPA), englobando toda substância natural ou sintética, por conta do sentido depreciativo e estigmatizante vinculado ao termo anterior “droga”, por meio de uma proposição da OMS em 2004 (ANDRADE, 2018).

“A expressão Substância Psicoativa (SPA) designa de forma ampla as substâncias que modificam o estado de consciência, humor e/ou sentimentos dos indivíduos” (ANDRADE, 2018, p. 33). Essas substâncias ilícitas (maconha, cocaína, *crack*, heroína, LSD, etc.) e lícitas (álcool, tabaco, tranquilizantes, sedativos, etc.) agem no cérebro modificando seu funcionamento e provocando alterações de comportamento como alterações no estado de consciência, percepção, humor e pensamento, podendo então induzir ao estado de dependência (NERY FILHO e TORRES, 2002).

Essas substâncias lícitas e ilícitas, que agem no cérebro modificando seu funcionamento, são divididas a partir de um modelo clássico de Louis Chaloult (1971) em 3 classificações: substâncias depressoras, substâncias estimulantes e substâncias perturbadoras.

**Depressoras:** neste grupo são classificadas as substâncias que provocam no organismo um efeito relaxante, retardando o funcionamento mental, diminuição da atenção, emoção, concentração, memória e consciência, ou seja, reduzem a atividade motora e a capacidade intelectual proporcionando sono. Entre elas estão álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, inalantes e opiáceos (RIGATO, 2010; SILVEIRA & DOERING-SILVEIRA, 2014; NICASTRI, 2011).

**Estimulantes:** estão incluídas neste grupo as drogas capazes de afetar o cérebro, aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos. São consideradas: cafeína, tabaco, anfetaminas, cocaína e *crack*. Costumam ser utilizadas com a intenção de promover um estado de euforia, para se manter acordado por longos períodos de tempo ou para diminuir o apetite (RIGATO, 2010; SILVEIRA & DOERING-SILVEIRA, 2014; NICASTRI, 2011).

**Perturbadoras:** são as substâncias que provocam no cérebro alteração da percepção, podendo provocar delírios e alucinações, por esse motivo recebem denominação de substâncias alucinógenas NICASTRI, (2011). São exemplos: Dietilamina do ácido lisérgico (LSD), ecstasy, maconha e outras substâncias derivadas de plantas ou cogumelos (ayahuasca, ibogaína, sálvia, mescalina, psilocibina).

### 2.3 ASPECTOS MÚLTIPLOS NO CONSUMO DE SPAS

Refletir sobre o consumo de SPAs nos coloca diante de uma gama de fatores e possibilidades distintas. Considerando sua existência milenar na história da constituição humana, como vimos no decorrer deste estudo, seu uso pode estar relacionado a fatores culturais, religiosos, momentos de sociabilidade e também em caráter terapêutico, em que podemos evidenciar as grandes contribuições dos fármacos mais recentemente.

As plantas, ervas, raízes, folhas, troncos ou frutos, de modo geral a natureza e sua riqueza, nos colocam diante de tudo aquilo que nos permite a cura e o veneno para nossa vida e morte. Quando Hipócrates afirmou "Que seu remédio seja seu alimento e que seu alimento seja seu remédio", ele coloca diante da humanidade a premissa que é sua responsabilidade fazer do seu alimento e da sua natureza o seu destino.

Entretanto, há que se pensar e enfatizar alguns dados importantíssimos, por conta do modo como essas substâncias são consumidas no mundo, em especial quando seu uso ocorre de modo abusivo e prejudicial, como apontam os dados a seguir:

O último relatório realizado pelo Escritório das Nações Unidas sobre

Drogas e Crime (UNODC, 2018), afirma que o uso não medicinal de medicamentos sob prescrição está se tornando uma enorme ameaça para a saúde pública e o cumprimento da lei no mundo, relacionada às drogas chamadas opióides, que atuam no sistema nervoso para alívio de dor, são responsáveis pelos maiores danos, contabilizando 76% de mortes envolvendo distúrbios relacionados ao uso de drogas.

A OMS classifica os danos em crônicos e agudos (WHO, 2004 apud SUPERA, 2017). Os crônicos incluem as doenças e os problemas sociais; e os agudos referem-se a acidentes, violência e doenças agudas. Os danos podem ser provocados pelos efeitos psicoativos das drogas no funcionamento mental (como é o caso de um acidente em que a vítima ou o agressor perde a capacidade de avaliação dos riscos pelo uso do álcool); pela dependência (um indivíduo pode deixar progressivamente de realizar atividades e até de cumprir com suas responsabilidades, por só conseguir agir sob efeito da substância da qual é dependente) ou pelos efeitos tóxicos da droga no corpo (como é o caso do câncer de pulmão, relacionado ao uso do tabaco).

Segundo Supera (2017) o uso global de substâncias psicoativas é estimado em 2 bilhões de usuários de álcool, 1,3 bilhão de fumantes e 185 milhões de usuários de drogas. O uso prejudicial do álcool resulta em 2,5 milhões de mortes globalmente por ano. Além disso, o consumo de álcool, tabaco e de outras substâncias, sejam elas ilícitas ou não, agrava os problemas sociais, traz sofrimento para indivíduos e famílias e tem consequências econômicas importantes.

O álcool é considerado a substância psicoativa mais difundida nas sociedades e também um grave problema de saúde pública em decorrência dos transtornos associados ao seu uso de forma desregulada. O uso de álcool em excesso tem acarretado graves problemas, com consequências familiares, profissionais e sociais para os indivíduos e a coletividade. O alcoolismo está associado a risco e danos de alta complexidade, como situações de violência, acidentes de trânsito, suicídios, conflitos interpessoais, bem como uma maior exposição a doenças infectocontagiosas e propensão à gravidez indesejada (ALVES e LIMA, 2013).

Silva & Luz, (2016) trazem a assertiva de que o uso abusivo de álcool é uma grande problemática, pois é responsável por triplicar o número de licenças médicas, aumentar em cinco vezes o quantitativo de acidentes do trabalho, ampliar em oito vezes a utilização de leitos hospitalares e aumentar no triplo a demanda por

assistência médica, familiar e social. É notório que o consumo de álcool sem responsabilidade agrava os problemas decorrentes de seu uso desmedido.

Segundo Supera (2017), os transtornos relacionados ao uso do álcool estão entre as 20 causas que lideram a carga global de doenças e ocupam a 4ª posição em países das Américas. No estudo da OMS (2010) sobre a carga global de doenças realizado em 2010, os transtornos relacionados ao uso das drogas e do álcool ocupam a 18ª e a 19ª posições no *ranking* das doenças nos países do Sul da América Latina. Um dado muito significativo e preocupante, pois, além disso, o abuso de álcool e tabaco estão também relacionados às doenças que ocupam o topo da lista das que mais geram morte: doenças cardíacas, cerebrovasculares e respiratórias.

O relatório do UNODC (2018) aponta que em todo o mundo as mortes causadas diretamente pelo uso de drogas aumentaram em 60%, no período de 2000 à 2015. Entre os grupos mais vulneráveis, o relatório conclui que o uso de drogas e os danos associados a elas são os mais elevados entre os jovens e a população mais velha. A maioria das pesquisas sugere que a adolescência precoce (12-14 anos) e a tardia (15-17 anos) são compreendidas como períodos de risco crítico para o início do uso de substâncias e pode atingir o pico entre os jovens com idade entre 18 e 25 anos, que é exatamente a faixa etária em que ingressam nas universidades. Todos esses dados nos colocam diante de uma crise e um grande desafio mundial que é pensar estratégias de enfrentamento dos prejuízos advindos do uso nocivo dessas SPAs.

Os efeitos ou alterações provocadas pelo uso de SPAs no organismo, vão depender das características individuais do sujeito que faz uso, da quantidade utilizada, do tipo de substância e das circunstâncias em que é consumida. As características biológicas (físicas) e psicológicas tendem a apresentar reações diversas sob a ação de drogas. O estado emocional do usuário e suas expectativas com relação à droga no momento do uso tem um papel muito significativo nos efeitos apresentados. O meio ambiente também influencia o tipo de reação que a droga pode produzir. Dessa maneira, o local, as companhias, o contexto no qual o uso acontece, as condições físicas e psíquicas, bem como suas expectativas, podem interferir nos efeitos que a droga vai produzir (SILVEIRA & DOERING-SILVEIRA, 2014).

No que diz respeito ao uso terapêutico, espiritual e lúdico dessas

substâncias, por exemplo, é limitado por rituais coletivos ou orientado por objetivos reconhecidos pela própria sociedade como expressão de seus valores. Desta forma, raramente este uso se percebe como ameaça à saúde ou à ordem constituída (MACRAI, 2014).

Neste sentido, a contemporaneidade e as mudanças culturais propiciam novas configurações e significados para as substâncias psicoativas, como por exemplo:

O ópio, produzido a partir da seiva da papoula, vem sendo usado há mais cinco mil anos. Originário da Ásia Menor e da Europa, seu uso se espalhou até a China. Apesar de ser, atualmente, considerado muito pernicioso, foi considerado, até o século XIX, uma dádiva divina para aliviar inúmeras mazelas do ser humano, especialmente a dor (MACRAI, 2014, p. 31)

Por sua vez, Rigato (2010) traz uma compreensão de transformação contínua e perda de tradições na evolução das culturas. Para ela, se antes o consumo de SPAs era uma forma de fugir da transitoriedade e angústia humanas, por meio de um contato com forças divinas e espirituais, bem como ampliação dos limites existenciais, hoje existe cada vez menos espaço para o uso ritualizado, que tem sido substituído pelo uso individualizado, cuja ausência de expressões culturais facilita o consumo desintegrador e, muitas vezes, abusivo.

A referida autora afirma ainda que “quase sempre o único sentido do uso é a busca de prazer, intenso e imediato, restrito ao próprio corpo, fora de contexto e motivador da restrição dos investimentos em outros setores da vida” (RIGATO, 2010, p. 54). Essa expansão do uso de substâncias chega a configurar um verdadeiro fenômeno de massa, conduzindo legislações de diversos países a confundir usuários com bandidos, os marginalizando e penalizando.

Desta forma, há ainda que “considerar o complexo contexto sociocultural no qual as questões do uso de drogas estão imersas para então favorecer um estudo mais rigoroso sobre esse fenômeno” (OLIVEIRA, 2017, p. 119). Assim, os problemas advindos do abuso dessas substâncias nos conduzem a um cenário social em que seus efeitos poderiam ser minimizados se fossem tratados sob um outro olhar.

## 2.4 DISTINÇÃO ENTRE CONSUMO ABUSIVO, NÃO ABUSIVO E REDUÇÃO DE DANOS

O uso contínuo e excessivo dessas substâncias apresenta características bem diferentes daquelas verificadas em uso esporádico. O consumo frequente de SPAs pode estar associado ao desenvolvimento da dependência química, considerada uma doença crônica, uma vez que está relacionada ao desejo compulsivo pelo uso recorrente (DE OLIVEIRA MATOS et al., 2018).

Para uma avaliação e melhor compreensão do uso abusivo ou não, podemos remeter aos prejuízos ocasionados pelo uso dessas substâncias, conforme explica Benfica (2008). Segundo este autor a dependência ocorre quando os usuários que se acostumaram a consumir uma SPA apresentam sintomas penosos, levando a um desejo e a uma necessidade absoluta de consumo. Este quadro se manifesta por distúrbios físicos e se revela quando há uma interrupção do consumo. Quando uma determinada droga é utilizada em quantidades e frequências elevadas, o organismo estabelece um equilíbrio em seu funcionamento adaptando-se a esta substância de tal forma que, na sua falta, funciona mal.

Quando o indivíduo se torna dependente, a droga é necessária para que o corpo funcione de forma normal. Entretanto, a suspensão do uso desta substância manifesta-se por meio de um desajuste metabólico no organismo, normalmente caracterizado por sensações de mal-estar e diferentes graus de sofrimento mental e físico ocasionados de forma distinta, de acordo com cada tipo de droga. O quadro denominado de “Síndrome de Abstinência” representa o conjunto de sinais e sintomas decorrentes da falta da droga em usuários dependentes (BENFICA, 2008).

Existem outros padrões, que são reconhecidos pela OMS, mas que não correspondem aos de classificação e transtornos e doenças, como o CID 10 e DSM. Estes estão baseados na relação que o sujeito estabelece com a substância e suas eventuais consequências.

- 1) **“Experimental”**: Refere-se à pessoa que experimenta a droga, geralmente por curiosidade. Os usuários são aqueles que provam a droga uma ou algumas vezes e, em seguida, perdem o interesse em repetir a experiência.
- 2) **Recreacional**: Uso de uma droga, geralmente em circunstâncias sociais, sem que se implique dependência ou outros problemas relacionados.
- 3) **Ocasional**: Utilização de uma ou várias drogas apenas quando disponíveis ou em ambiente favorável, sem rupturas (distúrbios) afetiva, social ou profissional.
- 4) **Social**: Pode ser compreendido como o uso em companhia de outras

pessoas e de maneira socialmente aceitável.

5) **Habitual:** Uso frequente da substância, porém, sem que haja ruptura afetiva, social ou profissional, nem perda de controle quanto ao consumo;

6) **Controlado:** Refere-se à manutenção de um uso regular, porém não compulsivo e que não interfere no funcionamento habitual do sujeito.

7) **Uso em binge:** O usuário consome grandes quantidades da substância em um curto período de tempo, ainda que a frequência desse tipo de consumo possa ser esporádica (por exemplo, pessoas que ingerem grandes quantidades de bebidas alcoólicas durante algumas horas, embora isso ocorra apenas uma vez por semana).

8) **Escalada:** É quando a pessoa passa do uso de drogas consideradas “leves” para as mais “pesadas” ou, quando, com uma mesma droga, passa de consumo ocasional (esporádico) para consumo intenso (frequente).

9) **Tolerância:** Quando o organismo se acostuma com a droga e passa a ter necessidade de doses maiores para alcançar os mesmos efeitos.

10) **Poliusuário:** Pessoa que utiliza combinação de várias drogas simultaneamente ou dentro de um curto período de tempo, ainda que tenha predileção por determinada droga.

11) **Overdose:** Dose excessiva de uma droga, com graves implicações físicas e psíquicas, podendo levar à morte, geralmente por parada respiratória ou cardíaca (SILVEIRA DOERING & SILVEIRA, 2017, pg. 21 e 22).”

Em contrapartida, o SUS utiliza como parâmetro para classificação de dependência química o CID-10, elaborado pela organização mundial de saúde (OMS) que significa "Classificação Internacional de Doenças", possuindo 10 atualizações e revisões desse código. Equivalente ao CID-10, há também o DSM-5 que é uma sigla inglesa para *Diagnostic and Statistical Manual* (Manual de Diagnóstico e Estatística), no qual já foram feitas cinco revisões, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, sendo o mais utilizado nas pesquisas e estudos científicos. Mas ambos vão subsidiar os profissionais de saúde a classificarem os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Os critérios elaborados pelo CID 10 (OMS, 1993) são:

**Uso nocivo (ou prejudicial):** padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos;

**Dependência:** um diagnóstico definitivo de dependência só pode ser feito se três ou mais dos seguintes critérios tiverem sido detalhados ou exibidos em algum momento nos últimos doze meses:

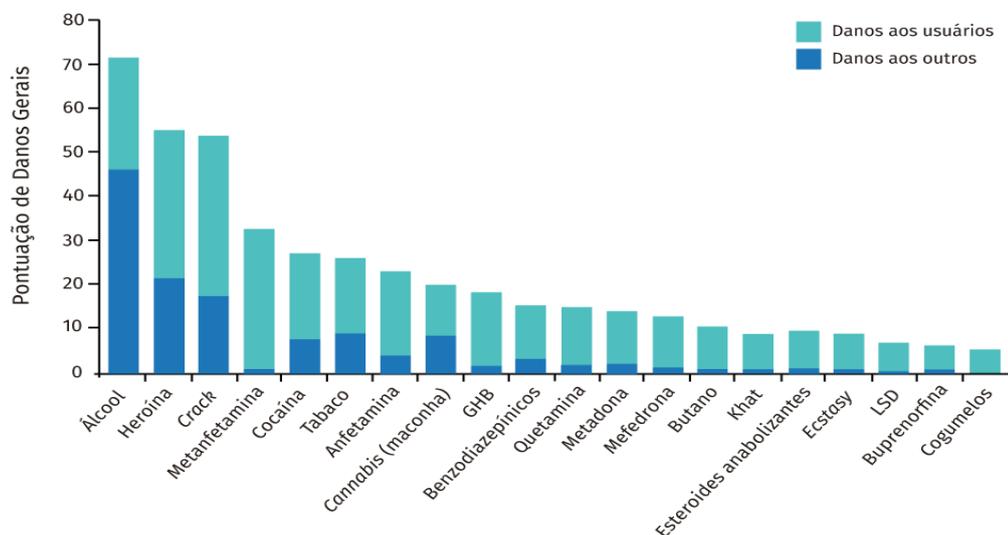
**Figura 1 – Critérios do CID -10 para dependência de substâncias**

<b>Quadro 3</b>
<b>Critérios do CID-10 para dependência de substâncias</b>
Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:
<b>(a)</b> um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
<b>(b)</b> dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
<b>(c)</b> um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
<b>(d)</b> evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
<b>(e)</b> abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
<b>(f)</b> persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

Fonte: CREMESP AMB, 2003.

Em relação aos danos provocados pelo uso dessas substâncias, podemos referenciar uma pesquisa realizada por Nutt, Phillips e King (2010). O estudo buscou avaliar os riscos relacionados ao uso de várias substâncias lícitas e ilícitas. A classificação mostra vinte substâncias segundo o potencial de dano que pode causar em uma escala que compreende de zero a cem, sendo zero o dano mínimo e cem o dano máximo. Conforme demonstra a tabela a seguir:

**Gráfico 1 – Classificação das substâncias segundo ao potencial de dano**



Fonte: Nutt, Phillips e King (2010), adaptado por NUTE-UFSC.

Esses critérios foram avaliados de acordo com o dano causado ao usuário quando comparado ao dano causado a outros sujeitos, atribuindo fatores psicológicos, biológicos e sociais. A pesquisa aponta que os riscos dos usuários de álcool são expressivamente maiores que os riscos a que usuários de maconha ou cocaína estão expostos. O álcool é a droga mais consumida e expressivamente mais prejudicial para a saúde. A heroína ocupou o segundo lugar, o *crack* o terceiro, a metanfetamina o quarto e a cocaína o quinto lugar (NUTT, KING, PHILLIPS, 2010).

#### **2.4.1 Transtornos relacionados pelo uso de SPAs segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição – DSM V (2014)**

Além dos prejuízos e transtornos de ordem econômica, social e psicológica, o DSV V aponta os prejuízos cognitivos, comportamentais e físicos resultantes da utilização de SPAs. Os transtornos relacionados a estas substâncias abrangem 10 classes distintas de drogas:

- a) Álcool;
- b) Cafeína;
- c) *Cannabis* - maconha;
- d) Alucinógenos (com categorias distintas para fenciclidina [ou arilciclo- - hexilaminas de ação similar] e outros alucinógenos);
- e) Inalantes;
- f) Opioides;
- g) Sedativos,
- h) Hipnóticos e ansiolíticos;
- i) Estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes);
- j) Tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas).

Segundo o DSM V, essas substâncias são totalmente distintas, porém se consumidas em excesso têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias. A ativação do sistema de recompensa é intensa a ponto de fazer atividades normais serem negligenciadas, pois geralmente ativam o sistema e produzem sensações de prazer, frequentemente denominadas de “barato” ou

“viagem”. Indivíduos com baixo nível de autocontrole podem ser particularmente predispostos a desenvolver transtornos por uso de substância.

No DSM V, os transtornos relacionados às SPAs dividem-se em dois grupos: transtornos por uso de substâncias e transtornos induzidos por substâncias.

**Transtornos por uso de substância:** consistem na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância. O diagnóstico de um transtorno por uso de substância pode se aplicar a todas as 10 classes citadas anteriormente, excluindo a cafeína.

Dentre as características do transtorno por uso de substâncias, destaca-se uma alteração básica nos circuitos cerebrais que pode persistir após a desintoxicação, ou seja, essas alterações cerebrais podem ser exibidas nas recaídas constantes e na fissura intensa por drogas quando os indivíduos são expostos a estímulos relacionados ao uso dessas substâncias.

O diagnóstico de um transtorno por uso de substância baseia-se em um padrão patológico de comportamentos relacionados ao seu uso, conforme o DSM V (2014) aponta:

1. O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e pode relatar vários esforços mal sucedidos para diminuir ou descontinuar o uso;
2. O indivíduo pode gastar muito tempo para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos;
3. Em transtornos mais graves por uso de substância, praticamente todas as atividades diárias do indivíduo giram em torno dela.
4. A fissura se manifesta por meio de um desejo ou necessidade intensa de usar a droga, que pode ocorrer a qualquer momento, mas com maior probabilidade quando em um ambiente onde a droga foi obtida ou usada anteriormente.
5. O uso recorrente de substâncias pode resultar no fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho, na escola ou no lar. O indivíduo pode continuar o uso da substância apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos;
6. Atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa

podem ser abandonadas ou reduzidas devido ao uso da substância;

7. O indivíduo pode afastar-se de atividades em família ou passatempos a fim de usar a substância.

8. O indivíduo pode continuar o uso apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância;

9. A questão fundamental na avaliação desse critério não é a existência do problema, e sim o fracasso do indivíduo em abster-se do uso da substância apesar da dificuldade que ela está causando.

10. A tolerância é sinalizada quando uma dose acentuadamente maior da substância é necessária para obter o efeito desejado ou quando um efeito acentuadamente reduzido é obtido após o consumo da dose habitual.

11. Abstinência é uma síndrome que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue ou nos tecidos diminuem em um indivíduo que manteve uso intenso prolongado. O indivíduo tende a consumir a substância para aliviar os sintomas decorrentes da sua falta, após desenvolver sintomas de abstinência.

Há uma grande variação de sintomas que serão percebidos de uma classe de substâncias para outra, apresentando distintos critérios para abstinência. Como por exemplo, álcool e opioides com sedativos. Hipnóticos e ansiolíticos apresentam sinais fisiológicos marcados e, geralmente, de fácil aferição, no entanto, os sinais e sintomas de abstinência de estimulantes (anfetaminas e cocaína), bem como de tabaco e de *Cannabis*, costumam estar presentes, mas menos visíveis.

Para um diagnóstico de transtorno por uso de substância, não são necessárias apresentações de tolerância nem abstinência. Entretanto, na maioria das classes de substâncias, a história prévia de abstinência está associada a um curso clínico mais grave.

**Transtornos induzidos por substância:** há pouca literatura a respeito deste contexto, entretanto o DSM V faz o diagnóstico com base na quantidade de critérios de sintomas confirmados e estão relacionadas à: intoxicação, abstinência e outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento (transtornos psicóticos, transtorno bipolar e transtornos relacionados, transtornos depressivos, transtornos

de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos do sono, disfunções sexuais, delirium e transtornos neurocognitivos). Vale ressaltar que cada substância apresenta um contexto específico dentro dos critérios a seguir:

Entre os critérios que envolvem intoxicação, sua característica fundamental é o desenvolvimento de uma síndrome reversível específica de determinada substância que ocorreu devido a sua recente ingestão:

- a) As mudanças comportamentais ou psicológicas clinicamente significativas associadas à intoxicação (beligerância, labilidade do humor, julgamento prejudicado) atribuídos aos efeitos que se desenvolvem durante ou logo após o uso da substância;
- b) Os sintomas percebidos não são atribuíveis a uma outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental;
- c) É comum entre pessoas com transtorno por uso de substância, mas também ocorre com frequência em indivíduos sem esse transtorno. As alterações mais comuns decorrentes da intoxicação envolvem perturbações de percepção, vigília, atenção, pensamento, julgamento, comportamento psicomotor e comportamento interpessoal.

Entre os critérios para abstinência, a característica fundamental é o desenvolvimento de uma alteração comportamental problemática, específica a uma determinada substância, com concomitantes fisiológicos e cognitivos, devido à interrupção ou redução do uso intenso e prolongado da substância, causando os seguintes sintomas, conforme aponta o DSM V (2014):

- a) “A síndrome específica da substância causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;
- b) Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são mais bem explicados por outro transtorno mental;
- c) A abstinência geralmente, mas nem sempre, está associada a um transtorno por uso de substância. A maioria dos indivíduos com abstinência sente necessidade de readministrar a substância para reduzir os sintomas.” (DSM V, 2014, p. 486)

## 2.5 CONTEXTO CONTEMPORÂNEO SOBRE USO DE SPAS ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS NO BRASIL

Assis e Oliveira (2011) apontam que os jovens podem ser considerados como um segmento especialmente sobrecarregado e/ou desprotegido no contexto da universidade e que deveria haver uma demanda de esforços prioritários no que tange à proteção e promoção da saúde desses sujeitos. Ressalta-se que estes jovens estão dentro da faixa etária de maior consumo de substâncias psicoativas, e por trazer o suicídio como segunda causa principal de mortes entre jovens de 15 a 29 anos (GOMES-VALÉRIO, 2018).

O uso de substâncias psicoativas é um comportamento que pode ser observado em todas as culturas e em um percurso histórico remoto. Sejam elas de lícitas ou ilícitas, a literatura aponta que o consumo é frequente e crescente na população e entre estudantes universitários de todo o país (KERR-CÔRREA 1999; MARDEGAN et. al., 2007; LEMOS, 2007).

Corroborando os achados em outras capitais, os estudos realizados em Salvador apontam que o uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina ocorrem de maneira esporádica e recreacional, exceto do álcool que é utilizado de forma regular por grande parte dos alunos (LEMOS, K.M. et al, 2007).

Em São Paulo, o uso de SPAs entre estudantes de enfermagem foram os seguintes: prevalência elevada para o álcool (82,1%), seguido do tabaco (22,3%), dos ansiolíticos (13,4%), dos anfetamínicos (11,7%), dos solventes (11,2%) e da maconha (6,7%), enquanto os barbitúricos, os anticolinérgicos, os alucinógenos e a cocaína corresponderam a 0,6%". A pesquisa aponta maior incidência do uso de álcool e revela ainda que a maioria dos estudantes (82,1%) já fez uso de álcool na vida (MARDEGAN et. al., 2007)., dado semelhante ao encontrado por Kerr-Correa et al. (1999), que detectou a prevalência de 84% para o uso na vida dessa substância entre estudantes de Medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP).

Na pesquisa sobre o uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo, observou-se a prevalência de uso de álcool (87,9%). Os resultados encontrados neste estudo apontam que o perfil de consumo de substâncias psicoativas dos estudantes de Odontologia é semelhante ao dos universitários de outras regiões, corroborando com as pesquisas citadas a cima.

Segundo Mardegan et al (2007) a partir dos resultados encontrados em seu estudo, é notável o quanto o consumo de substâncias psicoativas entre universitários é fator preocupante no que diz respeito à saúde dessa população, uma vez que essas substâncias são danosas ao organismo e causam prejuízos às vezes irreparáveis.

Sobre esses possíveis prejuízos, o I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras traz o seguinte apontamento:

Percebe-se que o uso de drogas tem diminuído a expectativa de vida dos universitários, uma vez que os predispõem a: a) acidentes automobilísticos (especialmente por beber e dirigir e pegar carona com motorista alcoolizado), b) episódios de violência interpessoal, c) comportamento sexual de risco (especialmente pelo aumento do número de parceiros sexuais e uso inconsistente de preservativos quando sob o efeito de álcool e outras substâncias psicoativas), além de causar, d) prejuízos acadêmicos, e) distúrbios do sono, f) mudanças do hábito alimentar, g) prejuízo do desempenho atlético, entre outros efeitos (BRASIL 2010, p 20).

Pode-se observar que o uso de SPAs entre acadêmicos de enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais aponta um predomínio do "uso na vida" de substâncias psicoativas lícitas, como a bebida alcoólica (89,57%) e o tabaco (31,30%). Em relação ao uso de substâncias psicoativas ilícitas, houve prevalência do uso de ansiolíticos (19,08%), seguida dos inalantes (15,52%), anorexígenos (13,99%) e maconha (12,72%), enquanto a cocaína correspondeu a (2,29%). A bebida alcoólica apresenta um número significativo, quando comparada a outras substâncias, e este resultado é corroborado por estudos com estudantes de Enfermagem de cursos diurnos de universidades públicas do Brasil (BOTTI, et al., 2010).

Na pesquisa sobre o uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp foi constatado que embora tenha se encontrado um uso crescente de todas as drogas do 1º ao 6º ano, e em especial os benzodiazepínicos, os estudantes não aprovam este uso. E sobre a prevalência, destaca-se: álcool (50%); tabaco (7%); solventes (8%); maconha (6%); benzodiazepínicos (BZD) (3%); cocaína (0,5%); anfetaminas (1%)” (KERR-CÔRREA et al., 1999).

Em Curitiba, o uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma universidade apontam que o consumo tanto no que diz respeito a

álcool e tabaco quanto a drogas ilícitas, apresenta-se em níveis muito parecidos àqueles descritos em estudos realizados com estudantes de outras universidades e inclusive de outros estados. Ou seja, de acordo com mais um estudo, é evidente que o consumo de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) representa um problema social e de saúde pública e necessita de realização de programas de prevenção e intervenção nessa área (CHIAPETTI, SERBENA, 2007).

Esse pequeno recorte mostra que o consumo de substâncias psicoativas entre universitários apresenta índices muito altos em várias capitais do país. Cabe entender em quais contextos esses sujeitos fazem uso dessas SPAs e se o fazem de modo abusivo, o que pode ser considerado um grande risco para suas vidas.

## 2.6 POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL

Carneiro (2011) alega que as políticas públicas em nosso país não têm conseguido acompanhar a velocidade com que crescem os problemas envolvendo o consumo de álcool e outras drogas, suas comorbidades e consequências no âmbito doméstico e social.

A impressão é que, para cada nova estratégia voltada a mudar esse panorama, uma rápida ação dos líderes do tráfico é reformulada. A cada descoberta da ciência, um número incontável de novas apresentações, fórmulas e estratégias de venda surge (CARNEIRO, 2011, p. 14).

Deste modo, os usuários de drogas passaram a ser incluídos como parte da saúde mental e da saúde pública, priorizando medidas de atenção extra-hospitalar e acolhimento singular a partir da promulgação da Lei 10.216 em 2001, que dispõe sobre a Proteção e Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental, com objetivo de garantir o direito da pessoa portadora de transtornos mentais o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo com a necessidade de cada paciente, em todos os níveis de complexidade. A partir deste momento a atenção em saúde mental no Brasil é vista de modo diferenciado. Entretanto, isso não garantiu um sistema articulado de atenção aos usuários de drogas em todo território nacional, considerando que ainda existem muitos desafios a serem enfrentados nesse campo (ZANOTTO, 2016).

O indivíduo que faz uso, abuso ou encontra-se em um quadro de dependência de drogas, precisa ser assistido por uma rede de serviços de

atendimento que funcione de maneira complementar e articulada, capaz de integrar as diversas demandas desse público. E para essa garantia, a Lei no 11.343/2006, que Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, com objetivo de prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Buscou legitimar um olhar interdisciplinar que priorizasse e valorizasse as potencialidades do indivíduo. A partir da perspectiva de se considerar os fatores de diversas ordens que envolvem o uso, abuso e dependência de drogas, priorizou-se a reinserção social do sujeito, contribuindo para o restabelecimento de vínculos, geralmente fragilizados (BRASIL, 2014).

Destarte, o modelo de atenção aos usuários atual busca resgatar as competências desses sujeitos, a partir de uma aposta na capacidade de que eles próprios compartilhem problemas e soluções, no intuito de alcançar uma mudança em sua trajetória de vida mais consolidada, principalmente a partir das estratégias de Redução de Danos (BRASIL, 2014).

Para Diehl (2011) mesmo com todo impacto social das doenças mentais em geral e, sobretudo da dependência química no mundo todo, as estratégias de prevenção, tratamento e políticas públicas em vários locais do mundo são muito deficientes, o que também ocorre no Brasil, sendo que muitas vezes os investimentos e os recursos são alocados de forma inadequada.

Para tanto, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi um importante instrumento de cuidados do usuário de substâncias psicoativas e seus familiares, pois propõe estratégias mais próximas à realidade das pessoas e das comunidades. Nestes espaços, os serviços e tratamentos são disponibilizados a partir de um molde e proposta individual, por meio de um projeto terapêutico singular, atraindo assim o sujeito e provocando adesão ao tratamento (DIEHL et. al., 2018).

Diante deste contexto a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, recomenda que o usuário/dependente deve ser visto de forma global e seu cuidado fundamentado na territorialidade e intersetorialidade. O que garante não apenas o tratamento, mas a reinserção social dos usuários, ao propor parcerias para incluí-los em outros espaços de cidadania. Desta maneira, o modelo oriundo das práticas manicomiais, excludentes de cuidado foi superado e a cidadania dos usuários, legitimada (BRASIL,2014).

No que tange às políticas públicas, Diehl et.al, (2018), aponta ainda que a

criação do CAPS foi uma importante estratégia de efetivar a reforma psiquiátrica no Brasil. Esses espaços são vistos de forma favorável e significativa como forma de consolidação de políticas públicas, uma vez que são disponibilizados serviços de saúde comunitários diariamente à pessoas com transtornos mentais e dependência química, possibilitado ao sujeito o acolhimento, acompanhamento médico clínico, lazer, acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico.

Além dos CAPS, existe também uma rede de atenção psicossocial que é composta por outros equipamentos, utilizados de acordo com a necessidade de cada caso:

- a) **Unidade Básica de Saúde (UBS):** que oferta serviços de referência para os cuidados de saúde integral à população nas áreas em que vivem, incluindo a atenção psicossocial;
- b) **Consultório na Rua:** esses consultórios prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua, inclusive com a busca ativa de usuários de crack e outras drogas;
- c) **Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil:** oferecem acompanhamento terapêutico e de proteção, garantindo o direito a moradia, educação e convivência familiar/social por até seis meses;
- d) **Serviços de Atenção em Regime Residencial:** serviços destinados a oferecer cuidados contínuos, de caráter residencial transitório, como as comunidades terapêuticas. Devem funcionar de forma articulada com a atenção básica e os centros de atenção psicossocial;
- e) **Serviço Hospitalar de Referência:** em que ocorrem as internações de curta duração em hospital geral até a estabilidade clínica do usuário;
- f) **Urgência e Emergência:** são as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), prontos socorros e o SAMU, responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidados quando há urgência e emergência;
- g) **Estratégias de Reabilitação Psicossocial:** geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais.

Em acréscimo, uma importante ação da política sobre drogas do Brasil é a redução de danos (RD) que é uma estratégia da política de saúde pública que surge diante da impossibilidade de mudança de consciência da sociedade que faz uso de SPAs, mas que precisa de uma estratégia de suporte diante dos prejuízos ocasionados pelo uso abusivo. Configura-se pragmaticamente para lidar com

aqueles sujeitos que estão em situação de risco ou sofrimento em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas (VALÉRIO, 2012).

A partir dessa perspectiva o foco não é necessariamente a redução ou eliminação do consumo. É a redução de consequências negativas que esse uso pode causar a partir de intervenções de caráter informativo e preventivo. Essas intervenções são pensadas para aproximar os usuários dos agentes de saúde afirmando-os como cidadãos com direito à saúde, legitimando sua existência e não os negando ou proibindo de existirem da sua maneira (VALÉRIO, 2012).

Inicialmente a RD estava voltada para a prevenção de doenças de transmissão sanguínea entre usuários de drogas injetáveis, uma vez que a transmissão e a disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis passaram a ser uma ameaça para toda a sociedade. O que apontava a necessidade de ações preventivas efetivas, cujos resultados não dependessem exclusivamente da aderência dos pacientes aos tratamentos de abstinência. Por essas características, a RD chegou a ser identificada apenas como a prática de trocas de seringas. Apenas posteriormente passou a ser vista em essência, com respeito ao usuário e suas singularidades (FONSECA, 2012).

Contrariando as ações e abordagens que enxergam o usuário pelo viés patológico surge a Redução de Danos. Uma proposta mais educada de analisar o uso de drogas por outro ponto de vista, no qual se considera a dinâmica relacional entre sujeito, droga e meio sociocultural. Essa nova perspectiva considera o tipo de uso, de usuários, de locais e de relações com a substância para determinar se o uso é (ou não) problemático. Um modo mais humanizado de olhar a representação do usuário que rompe com a ideia de que o sujeito que faz uso drogas seria marginal ou portador de uma psicopatologia (SANTOS, MIRANDA, 2016).

Ao perceber o usuário com suas singularidades, propondo estratégias que se adequam aos seus interesses, protegendo a sua vida e proporcionando a diminuição do seu sofrimento, a abordagem de redução de danos é, portanto, um caminho esperançoso. Ela traz como princípio fundamental o respeito à liberdade de escolha, pois muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo assim, desejam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados (QUEIROZ, 2001).

Importante ressaltar que a abstinência é uma entre muitas formas de lidar com o uso de drogas, porém não tem se mostrado a mais eficiente. Por meio da

abordagem de redução de danos são desenvolvidas estratégias mais realistas para lidar com essa problemática complexa. Houve então uma intensificação dessa política ao longo dos anos 90 com as conferências mundiais de redutores de danos, realizadas periodicamente em diversos países (VALÉRIO, 2012).

Dando continuidade a essa intensificação, a partir de 2000, com a abordagem instituída pela "Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas", foi assumido o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e drogas a partir de novas formas de tratamento, incluindo a RD. Inaugurando assim, um novo paradigma de atenção e cuidado que tinha como objetivo fomentar a autonomia e a redução de riscos e danos inerentes ao abuso de drogas (FONSECA, 2012).

Percebe-se que a partir da criação de novas legislações como a Lei 10.216/2001 e 13.343/2006 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e da mudança de paradigmas, há uma contribuição significativa no cuidado e atenção a esses indivíduos que sofrem transtornos e prejuízos advindos do uso inadequado dessas substâncias. Essa mudança possibilita a remissão de problemáticas e uma melhora da qualidade de vida no tratamento à dependência química.

## 2.7 CONTEXTO LOCAL EM MACAPÁ

Macapá, a capital do meio do meio, tem sua população estimada para o ano de 2018 em 493.634 pessoas. O último censo realizado pelo IBGE em 2010 apontou um quantitativo de 398.204 pessoas à época. Sua composição etária compreende uma faixa maior entre jovens de 14 a 24 anos, em destaque o sexo feminino. Embora haja um fenômeno que ocorre nos últimos anos nesta capital, que é a massificação de cursos de nível superior, as instituições de nível superior públicas são a Universidade Federal do Amapá, a Universidade Estadual do Amapá (UEAP) e o Instituto Federal do Amapá (IFAP).

A busca na literatura não aponta dados referentes ao consumo de substâncias psicoativas no Estado do Amapá, tão pouco na capital Macapaense, entretanto existem dados (não tabulados ainda) no Centro de Atenção Psicossocial e também há um trabalho de conclusão de curso de alunos do curso de medicina que apontam dados relativos ao consumo de SPAs, dentro do curso de medicina na

Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).

Em 2018, Melo et. al (2018) realizou um estudo com 204 estudantes de medicina da Unifap, sendo 99 mulheres e 105 homens, com idade mínima de 17 anos e máxima de 41, cursando entre o 1 e o 6 ano do curso. Com relação à naturalidade, a maioria era de outros estados da federação (145 alunos). Este estudo utilizou o *Drug use Screening Inventory-Revised* DUSI-R, desenvolvido para avaliar e identificar o uso abusivo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, conforme dados a seguir: álcool foi a substância psicoativa que apresentou os maiores percentuais de uso entre esses alunos (69,11%); em seguida pelo uso de analgésicos (39,21%); tabaco (8,33%) e maconha (6,86%). Esses dados corroboram com outras pesquisas já apontadas no corpo deste estudo sobre uso de SPAs: o álcool é a droga mais utilizada entre esses estudantes, com predomínio de utilização por alunos do sexo masculino; utilização de analgésico como segunda substância mais frequente (maior uso pelas mulheres), seguida por tabaco e maconha e entre as SPAS ilícitas, a maconha é a mais utilizada.

Em acréscimo, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, denominado Espaço Acolher, localizado na cidade de Macapá, atende atualmente cerca de 600 pacientes. É um centro de referência estadual no tratamento de dependentes químicos e transtornos mentais para maiores de 18 anos. Disponibiliza uma equipe multidisciplinar composta por psiquiatras, clínicos gerais, enfermeiros, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

Este centro é fruto de um movimento denominado reforma psiquiátrica, que surgiu a partir da década de 70, substituindo manicômios por centros humanizados de acolhimento e atenção, com tratamento mais digno e humano. O CAPS prioriza esse elo entre paciente, instituição e família como peça chave para a recuperação do indivíduo, através de parcerias e atividades com a comunidade.

Esta instituição oferta três modalidades de tratamento dentro das especificidades de cada usuário: a) intensivo: atendimento diário para pacientes com severos transtornos psíquicos, fortes crises e dificuldades de se relacionar; b) semi-intensivo: podendo ser atendidos por até doze dias no mês. O paciente apresenta uma melhora no quadro, porém ainda necessita de um intenso acompanhamento até recuperar sua autonomia e c) não-intensivo: quadro leve, o paciente não precisa de acompanhamento da equipe para realizar suas atividades diárias, podendo ser atendido até três dias no mês.

Segundo De Oliveira Souza (2019) no Espaço Acolher há uma demanda principalmente oriunda de encaminhamentos judiciais, mas também demandas espontâneas por pessoas levadas principalmente por familiares que se deparam com uso e abuso de substâncias ilícitas. O perfil dos usuários deste serviço são pessoas de baixa escolaridade, prioritariamente homens com idades a partir de 18 anos. Durante o levantamento de usuários do serviço, de um total de 301 pessoas ativas por mais de 4 meses, o total de estudantes universitários foi de apenas 26.

A busca por serviços por estudantes universitários no CAPS é considerada discreta e há maior adesão a atendimentos individualizados. Esses jovens não aderem à modalidade de acompanhamento e atividades em grupo, por se sentirem desconfortáveis, e não há atualmente nenhum estudante universitário nas atividades grupais. São caracterizados principalmente pelo perfil de abuso de substâncias e uso de substâncias múltiplas (DE OLIVEIRA SOUZA, 2019).

Por outro lado, dentro da UNIFAP, os estudantes que fazem consumo de substâncias psicoativas estão propagados em todos os cursos. Existe um espaço coletivo, denominado OCA, que fica próximo as áreas de mata, em um ambiente reservado e fora das passarelas públicas, onde eles se reúnem para usar substâncias em momentos de recreação, reuniões para realizarem eventualmente uma feijoada e se alimentarem.

Nas festas universitárias também é muito comum observar o uso de SPAs principalmente do álcool, tabaco e maconha. Outras substâncias são utilizadas, mas de modo discreto, entre elas o *ecstasy*. Com frequência alunos fazem uso de álcool e maconha para assistirem aulas desinteressantes. Relatos de pacientes apontam a necessidade de estarem *lombados* para poder dar conta do conteúdo massivo e chato durante as aulas expositivas.

No que diz respeito aos atendimentos psicológicos destinados aos alunos, a Pró Reitoria de Extensão e Ações Comunitárias – PROEAC, disponibiliza apenas três psicólogos para um público de onze mil alunos, ou seja, é uma demanda grande que não consegue ser assistida. Esses jovens não conseguem apoio dentro da instituição.

O registro de dois suicídios nas últimas semanas trouxe um alerta e a universidade está realizando em caráter emergencial plantões psicológicos dentro de três espaços para dar suporte aos alunos. Há também dentro da instituição um projeto de extensão denominado Ambulatório de Atenção à Crise Suicida AMBACS,

destinado ao público que apresenta comportamento suicida e automutilação.

O público universitário, considerado vulnerável ao consumo dessas substâncias, faz jus ao seu perfil. Entretanto, há uma constatação por meio de acompanhamento e observação desses jovens de que aqueles que fogem desses índices são os de religião evangélica. Possivelmente, seu modo de fuga e enfrentamento, ou seus modos de recreação e cultura, os conduzam para outras formas de manifestação e escape.

## 2.8 JUVENTUDE E CONSUMO DE SPAS

O VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada, de 26 Capitais Brasileiras e Distrito Federal, feito pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID, 2010) com 50.890 estudantes, evidencia que a primeira droga consumida pelos jovens é o álcool. Dos 50.890 estudantes, 42,4% já haviam consumido álcool na vida; 9,6% tabaco; 15,4% outras drogas. Na faixa etária compreendida entre 10 e 12 anos, 7,7% dos jovens já haviam consumido, ao menos uma vez na vida, outras drogas psicotrópicas, não considerando o álcool e o tabaco (GALDUROZ et al, 2005). O estudo realizado aponta que adolescentes têm contato muito precoce com substâncias psicoativas.

As drogas têm, cada vez mais, ocupado espaço entre jovens estudantes universitários, o que tem sido considerado preocupante (PILLON et. al., 2005), seja pela necessidade de engajar-se socialmente, para a obtenção de prazer ou como uma forma de fugir da realidade ou quaisquer outros motivos, é comum os jovens recorrerem ao uso de drogas (lícitas e/ou ilícitas).

Parte considerável desses jovens faz uso de álcool, tabaco ou de outras drogas associadas a atividades culturais, informais e prazerosas, e podem ocorrer sem causar danos, porém o que pode vir a se configurar é um ambiente propício para o uso experimental de outras drogas e para a prática de comportamentos de risco (dirigir embriagado, fazer sexo sem proteção, envolver-se em brigas e acidentes, etc) (PILLON et. al., 2005).

Entre os estudantes universitários brasileiros, a substância lícita mais consumida é o álcool. Com índices entre 90,3% a 55,8% entre homens e mulheres, seguido do tabaco. Porém, o uso de álcool, entre homens e mulheres, em um

período de doze meses, é mais de duas vezes maior que o consumo de tabaco (LEMOS e LARANJEIRA, 2018).

A vida dentro da universidade compõe um ciclo vital na formação profissional e pessoal muito significativo para o sujeito e geralmente esse processo ocorre na fase de adolescência e/ou juventude. Trata-se de fato de um período de quatro a seis anos, se ocorrer dentro do planejado para um curso de graduação. É uma trajetória marcada por vivências individuais e coletivas que demandam, de quem experimenta esta fase da vida, responsabilização e sociabilidade (DE ASSIS, DE OLIVEIRA, 2011).

Para Pechansky et al., (2014) a adolescência é um período que representa um grande risco para o envolvimento com substâncias psicoativas. Esse risco pode ser associado às características da adolescência, tais como: necessidade de aceitação pelo grupo de amigos, desejo de experimentar comportamentos vistos como “de adultos” (isso inclui o uso de álcool e outras drogas), sensação de onipotência, grandes mudanças corporais que geram insegurança, início do envolvimento afetivo, aumento da impulsividade e busca de sensações novas.

É neste período entre a adolescência e a fase jovem da idade adulta que ocorrem os maiores níveis de experimentação e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. É também um período do desenvolvimento humano em que ocorrem importantes transformações de ordem física, emocional, cognitiva e social, e o uso de substâncias psicoativas de modo inadequado pode ameaçar esse processo de desenvolvimento (PECHANSCKY et al, 2014).

Beber pesado episódico (BPE), também considerado *binge drinking*<sup>2</sup> (abuso episódico e em grandes quantidades) é a forma mais comum de uso do álcool por adolescentes e a média de idade, no Brasil, para o primeiro uso de álcool é de 12,5 anos. Além disso, estudos epidemiológicos mostram que o início do consumo de álcool, cigarro e outras drogas ocorrem predominantemente durante a adolescência e quanto maior a precocidade do início do consumo, maiores as chances de dependência. E também, quando há na família pais com problemas com álcool, as chances são ainda maiores de se associar o abuso ou dependência de álcool na idade adulta (PECHANSCKY et al, 2014).

---

<sup>2</sup>Binge Drinking: é definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens, ou quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas consumidas em uma única ocasião por mulheres, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas (WECHSLER et al., 1995).

Neste capítulo foi possível observar que as substâncias psicoativas fazem parte da história da humanidade e estão presentes em vários contextos e manifestações culturais. Em contrapartida o seu uso desmedido está associado à dependência químico-orgânica e psíquica. O uso entre jovens universitários brasileiros é considerado um índice alto e perigoso, uma vez que esta população é considerada vulnerável e os riscos advindos do abuso geram problemáticas de alta complexidade para quem usa SPAs e para população de modo geral. No contexto amapaense a literatura sobre SPAs é muito escassa, necessitando assim de maiores investimentos em pesquisas relacionadas ao tema.

## 2.9 JUVENTUDE

A juventude, seus relatos, anseios, características, tem sido objeto de estudo de autores e agentes políticos. Há um anseio em compreender e conhecer quem é esse sujeito social, quais são suas peculiaridades, como são os seus comportamentos e decisões. Afinal, o que pensam esses jovens?

Esses novos indivíduos datam do início do século XIX e final do século XX em que se configura uma nova realidade social e cultural. É fruto do contexto de transição entre a sociedade agrária e a industrial. Essa mudança trouxe a necessidade de adaptação dos indivíduos inseridos em um contexto que já não se esculpia com as mesmas características culturais e sociais (TOALDO e JACKS, 2016).

A partir da segunda metade do século XIX é que podemos encontrar o conceito de juventude. Considerado um termo relativamente novo, ele é concebido num contexto histórico e social para caracterizar as tensões e problemáticas nas quais se envolviam os jovens, e as várias mudanças que ocorreram nas relações entre família, escola e trabalho, tornando-os objeto de estudos sociológicos, com a finalidade de também compreendê-los (AGUIAR, 2016).

Problemáticas relativas às relações no ambiente escolar, ao uso nocivo de substâncias psicoativas, a inserção profissional do jovem no mercado de trabalho, à delinquência e outras questões emergentes alcançavam dimensões preocupantes para tais estudos, com objetivo de se institucionalizar e pensar medidas públicas socioeducativas.

Para Bourdieu (1990), as categorizações correspondentes às fases da

vida servem para classificar os indivíduos. Essa categorização diz respeito ao que é permitido em determinada fase da idade e não é permitido ou é impróprio em outra fase, aos que se encontram dentro de um contexto sociocultural diferente. O autor acrescenta que há de se considerar os jovens que trabalham e os que apenas estudam, pois esses fatores mudam a configuração da vida do indivíduo nesta fase.

O período da juventude é justamente aquele em que se processa a inserção no mundo do trabalho, no entanto, existem jovens que começam a trabalhar na infância, apesar da importante diminuição do trabalho infantil verificada nos últimos anos. Este período é marcado pela maior preocupação com questões relativas à inserção no mercado de trabalho e pelas condições profissionalizantes para que este mercado os acolha. É um momento onde o trabalho vai sendo mais intensamente buscado, ganhando importância e se transformando na atividade principal enquanto a educação vai sendo concluída, abandonada ou assumindo o *status* de segundo plano (ABRAMO, 2016).

Abramo (2016) ratifica que há uma parcela considerável de jovens que passam por um percurso na vida em que o estudo e o trabalho são atividades concomitantes, porém há aqueles que não estão envolvidos em nenhuma dessas atividades, vinculados ao que se habituou chamar de “nem nem”: nem estudam nem trabalham, contexto que merece atenção e análise cuidadosa para ser melhor compreendida em extensão e significado (ABRAMO, 2016).

Por sua vez, Guimarães et. al. (2016) concordam com a afirmação de que o período entre os 15 e os 29 anos compreende movimentos de transição especialmente relevantes para a determinação da estrutura de oportunidades que se apresentará aos jovens em termos de alcance educacional, ocupacional e de chances de mobilidade social. Segundo os autores:

É neste período que se localizam certos marcos do ciclo de vida, chaves no rumo à autonomização de status. O acúmulo de escolarização formal através das transições localizadas no sistema educacional; a entrada e a circulação no mundo do trabalho, e a transição entre situações ocupacionais; a mudança na condição domiciliar, com a saída do domicílio de origem, associada, ou não, com as experiências da nupcialidade e da parentalidade, são alguns dos exemplos de fenômenos típicos desta fase do ciclo de vida. Tais eventos, entretanto, não acontecem em uma sequência específica, ao contrário, as trajetórias são heterogêneas e se caracterizam pela riqueza das experiências dos jovens. (GUIMARÃES et. al., 2016, p. 5).

Foi com o início da categorização desta fase, dos estudos relativos ao

termo juventude e de suas problemáticas com a escola, família, drogas, violência, sexualidade e com o avanço da democracia, nos primeiros anos da década de 90, que se iniciou o movimento em torno de políticas públicas para a população jovem. Partindo da concepção de que o jovem tem problemáticas específicas é que são pensados os primeiros direitos para a juventude no Brasil e que foram ganhando corpo através de ações políticas lançadas com objetivo de atender à essa demanda (REGO, 2017).

A partir da germinação do conceito de juventude que se manifesta a Política Nacional de Juventude e se torna uma das prioridades da agenda no governo nacional. Neste momento é possível perceber o nascimento de políticas que contemplam essa camada considerável da população que, segundo o último censo do IBGE, é de aproximadamente 70 milhões de pessoas, compreendidas pelo grupo etário de 15 a 29 anos, referendado pela Constituição Brasileira, artigo 227 e pela Lei 12.852 de 5 de agosto de 2013 (BRASIL, 2013).

A Lei federal número 11.129 de 30 de junho de 2005 trouxe uma sucessão de elementos que propiciaram a criação de órgãos como a Secretaria Nacional de Juventude, o Conselho Nacional de Juventude e o Pro Jovem (Programa unificado de juventude), com objetivo de ampliar o atendimento aos jovens excluídos da escola e da formação profissional e tentar responder as crescentes demandas da juventude (REGO, 2017).

Desde então as Políticas Públicas para a Juventude vem se consolidando no Brasil e realizando importantes ações para a garantia de direitos, considerando que os jovens são um dos grupos mais importantes e estratégicos da sociedade, uma vez que são vislumbradas muitas expectativas de mudança do contexto nacional de crise no país por esse público (BRASIL, 2018).

Como exemplo das iniciativas de consolidação das Políticas Públicas de Juventude, trago a Agenda Juventude Brasil e o Pacto Pela Juventude para ilustrar o quão significativas são para compreensão do público alvo deste estudo.

### **2.9.1 Agenda Juventude Brasil**

É uma importante ferramenta construída para atender às necessidades relativas às políticas públicas para a juventude. Trata-se de uma pesquisa nacional sobre perfil e opinião dos jovens brasileiros que faz parte das ações estratégicas da

Secretaria Nacional da Juventude (SNJ), para consolidação de uma política nacional de juventude que dialogue com a realidade dos jovens no campo ou na cidade.

O levantamento realizado permite desenvolver comparações e indicar tendências, mas, sobretudo incorpora novas indagações colocadas pelos jovens sobre o momento presente a partir de suas vivências. Está organizado em blocos temáticos referentes à condição juvenil, educação, trabalho, saúde (envolvendo os temas de drogas e de sexualidade), cultura e lazer, participação política e violência, tornando-se então uma importante ferramenta para conhecer e compreender as principais demandas deste público.

O levantamento apresenta interessantes e profícuos elementos para conhecermos não apenas o perfil desta geração de jovens, mas, especialmente, o modo como suas práticas estão associadas a outros elementos que nos ajudam a compreendê-las. A seguir alguns dados sobre a juventude brasileira:

No que diz respeito à escolaridade, esses jovens estão dentro de uma porcentagem maior do ensino médio com um quantitativo de 38%. Se comparados ao estudo realizado em 2003, percebemos um aumento na escolarização destes jovens a partir no ensino médio e técnico e uma consequente redução dos que concluíam apenas o ensino fundamental (BRASIL, 2018).

Segundo a pesquisa, o principal sentido da escola está relacionada ao mundo do trabalho. Embora seja amplo o universo de razões para o estudo por eles oferecido, a “preparação para o mercado de trabalho” é apontada por uma parcela bastante superior às das demais. A preparação para o mercado de trabalho é a razão mais forte para o estudo em todas as faixas de idade e em todos os níveis de escolaridade, independentemente dos jovens estarem ou não estudando (BRASIL, 2013).

Quando perguntados sobre qual o problema do país que mais os incomodava, 65% dos entrevistados citaram a corrupção, seguida do poder dos traficantes (46%), da desigualdade social (42%), do despreparo e da violência da polícia (26%), da destruição do meio ambiente (25%), da lentidão da Justiça (22%) e da falta de perspectiva profissional para os jovens (20%). Drogas, crise econômica e família aparecem num quarto degrau, com uma parcela de aproximadamente (18%) de jovens fazendo referencia a cada um desses temas.

O estudo mostra que as considerações referentes aos temas da violência e das drogas são assuntos importantes a serem discutidos em todos os âmbitos,

demonstrando que é um assunto próximo do cotidiano dos jovens e ao mesmo tempo uma questão a ser enfrentada no plano da sociedade. Contudo, a questão do estudo e do futuro profissional é o assunto mais citado em nível de importância a ser debatido com a família. Em contrapartida, a sexualidade é francamente um tema a debater com amigos, ocupando pouco espaço de interesse como tema para a família ou para a sociedade (BRASIL, 2013).

### **2.9.2 Pacto pela Juventude**

Outra ação importantíssima para as políticas públicas para a juventude é o Pacto pela Juventude. Uma proposição das organizações da sociedade civil que compõem o Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE), para que os governos federal, estaduais e municipais e parlamentares se comprometam com as políticas públicas de juventude, em ações e programas, para que incorporem em suas plataformas eleitorais as demandas da juventude brasileira. Dentro desta perspectiva, discutem questões como fortalecimento de políticas públicas para juventude, diversidade, comunicação, esporte, cultura, meio ambiente, participação social, cultura, saúde, segurança e trabalho.

A juventude é considerada a parcela da sociedade que tem maiores condições de mudar essa situação de crise do país e ajudar na retomada do crescimento econômico. Representa grande parte da população ativa do país, pois a maioria trabalha e busca construir sua autonomia, contribuindo na luta por um país mais justo e soberano. O que a torna uma potencialidade, capaz de transformar o futuro e o presente. Entretanto, isso só é possível se a juventude tiver direitos garantidos e condições de vida adequada, transitando de forma segura e saudável da adolescência para a idade adulta e adquirindo as habilidades necessárias para encontrar bons empregos e ter sucesso em uma economia dinâmica, além de ajudar no aumento da produtividade brasileira (BRASIL, 2018).

Garantindo os direitos dos jovens, por meio de políticas e programas, se criam as condições necessárias para que a juventude alcance seu pleno potencial criativo e construa um país melhor para todos. Essas duas ferramentas apontadas, uma de estudo e compreensão e a outra de planejamento estratégico para atender essas necessidades, coadunam com o proposto por Paes (1990), quando traz a compreensão de que a juventude deve ser pensada a partir de sentido

antropológico, considerando de modo singular sua vida, práticas cotidianas, valores, ao nível da própria vida cotidiana. Para ele:

Torna-se necessário que os jovens sejam estudados a partir de seus contextos vivenciais, cotidianos – porque é cotidianamente, isto é no curso de suas interações, que os jovens constroem formas sociais de compreensão e entendimento que se articulam com formas específicas de consciência, de pensamento, de percepção e ação. (PAES,1990, p. 173).

### 3 SOFRIMENTO PSÍQUICO, JUVENTUDE E USO DE SPAs

É sempre bom lembrar Que um copo vazio Está cheio de ar. Que o ar no copo ocupa o lugar do vinho, Que o vinho busca ocupar o lugar da dor. Que a dor ocupa metade da verdade, A verdadeira natureza interior. Uma metade cheia, uma metade vazia. Uma metade tristeza, uma metade alegria.  
(Gilberto Gil)

Qual o lugar da dor na vida humana? A dor, o sofrimento, a angústia, são emoções inerentes à natureza humana. Mas o modo singular com que cada pessoa se organiza diante do real, das suas fraquezas, de seus medos, dores, sofrimentos e angústias é individual. Neste capítulo apresento alguns pontos importantes para compreensão deste estudo, entre eles destaco SPAs como modo de enfrentamento do sofrimento psíquico, algumas peculiaridades da juventude, seus modos de representação social e também o sofrimento psíquico e seus mecanismos de defesa segundo a teoria psicanalítica das neuroses.

#### 3.1 SOFRIMENTO PSÍQUICO

É a partir da modernidade que os discursos sobre o sofrimento psíquico ganham papel de destaque revelando grande preocupação nas discussões sobre ordem social, política e saúde mental. Confrontando com a idade média, a modernidade se configura num conjunto de transformações sociais, culturais, econômicas, políticas e intelectuais que colocam o ser humano no centro, rompendo com costumes medievais em que Deus era o centro do universo. O período moderno marca uma nova maneira de pensar questões pertinentes ao sofrimento psíquico (DANTAS, 2012).

Este ser humano moderno é livre, é o senhor de fato e de direito da natureza, dono das suas crenças, escolhas, fazeres, criador das suas leis, é quem substitui o dogma pelo saber científico, que avança em direção ao futuro, ao novo. É o ser humano que vive a individualização, a racionalização da existência, a urbanização do trabalho, a maquinização das coisas, é aquele particularmente propenso a experimentar o sentimento de angústia (DANTAS, 2012).

Há a partir deste momento duas principais concepções a respeito do sofrimento psíquico: a primeira considera a possibilidade de predisposição orgânica

que explicaria as diversas patologias psíquicas e, por outro lado, a ideia de que as condições socioeconômicas e educacionais podem estar associadas ao fortalecimento ou enfraquecimento da personalidade do sujeito, gerando sofrimento ou não (DANTAS, 2012).

Freud reflete de forma central sobre o sofrimento humano em sua obra, na qual oferece alicerce teórico para a constituição do psiquismo a partir das noções do princípio do prazer/desprazer. Assevera que o sofrimento humano provém de três principais fontes que ameaçam o ser humano: o poder devastador das forças da natureza no mundo que dispõe de forças invencíveis e inexoráveis, a ameaça de deterioração e decadência que vem de nosso próprio corpo e, por terceiro, o modo como se configuram as relações entre os humanos (FREUD, 1930). Ele assegura principalmente as relações humanas como a fonte mais dura de sofrimento em relação a qualquer outra.

Para ele, este sofrimento advém então de nós mesmos, do modo singular com o qual cada sujeito lida consigo individualmente, consigo e com o mundo, consigo e com o outro. A civilização/cultura humana vive de forma a sempre proteger-se do sofrimento e buscar a felicidade, mesmo que de maneira parcial. E para atender a essa busca, vai utilizar alguns métodos, sejam eles o uso de drogas que agem sobre o corpo, modificando sua química e camuflando a dor e proporcionando prazer, seja a sublimação das pulsões, isolamento voluntário, a vida laboral, submissão às normas, a felicidade da quietude alcançada pela ioga, delírio ou cultivo da ilusão no fanatismo religioso/religião, amar e ser amado, a arte e também o rompimento com o real, compreendido como o caminho da loucura.

Destaca a atividade laboral como uma estratégia de sublimação para aplacar o sofrimento de um modo "especial" conforme descreve:

Outra técnica para afastar o sofrimento, reside no emprego dos deslocamentos de libido que nosso aparelho mental possibilita e através dos quais sua função ganha tanta flexibilidade. A tarefa aqui consiste em reorientar os objetivos instintivos de maneira que eludam a frustração do mundo externo. Para isso, ela conta com a assistência da sublimação dos instintos. Obtém-se o máximo quando se consegue intensificar suficientemente a produção de prazer a partir das fontes do trabalho psíquico e intelectual. Quando isso acontece, o destino pouco pode fazer contra nós. Uma satisfação desse tipo, como, por exemplo, a alegria do artista em criar, em dar corpo às suas fantasias, ou a do cientista em solucionar problemas ou descobrir verdades, possui uma qualidade especial que, sem dúvida, um dia poderemos caracterizar em termos metapsicológicos (FREUD, 1931/1996. p. 87).

Para ele a religião é também uma forma coletiva e massiva de proteção do ser humano da condição de sofrimento e desamparo perante o mundo e a sociedade. Diante da impossibilidade de atender às pulsões e o princípio do prazer, a religião foi construída como um caminho no qual o ser humano tem para tornar tolerável seu desamparo. Esse sujeito vai inibir seus instintos em virtude de uma ilusão de proteção divina que oferece recompensa ao que foi renunciado.

Freud (1930), traz a reflexão sobre as relações entre natureza e cultura, indivíduo e sociedade, na qual propõe que não se pode analisar o sujeito isolado da comunidade na qual se encontra inserido. Suas expectativas, suas vivências, o seu modo de ser, agir e pensar estão embutidos em um contexto social e cultural que precisa ser refletivo para uma compreensão fidedigna da sua realidade. E é neste contexto que está inserida a problemática do desamparo, do mal estar, que geram sofrimento inerente ao ser humano civilizado.

Freud destaca que a capacidade de suportar o próprio desamparo seria o caminho para atravessar a existência dentro deste contexto, no qual o autor assevera que o mal estar é estruturante, constituindo-se como a própria condição do sujeito na cultura. Ou seja, não há cura para o irremediável mal estar civilizatório. Ao propor A psicoterapia da histeria em 1895, traz a reflexão sobre a doença e o sofrimento: “Sem dúvida o destino acharia mais fácil do que eu aliviá-lo de sua doença. Mas você pode convencer-se de que ganharemos muito se conseguirmos transformar seu sofrimento histérico em infelicidade comum” (FREUD, 1895/1996, p. 363). A saída para o sofrimento consiste então em entrar e atravessar o sofrimento, intrínseco à vida.

Ele afere que a civilização é constituída e assentada em uma renúncia à satisfação pulsional, uma constante repressão das pulsões. Ou seja, o ser humano precisa negar seus desejos e atender a uma moral civilizatória para garantia de uma convivência harmônica com a sociedade. Para tanto, vive uma guerra interna ao negar aquilo que deseja. Para Freud (1930) o antagonismo irremediável entre as exigências da pulsão sexual e as restrições impostas pela sociedade, conseqüentemente impõem ao sujeito o sentimento de culpa, considerado um dos sentimentos mais importantes no processo de adoecimento e sofrimento da civilização.

Nietzsche apud Fortes (2014) igualmente debate a culpa em sua obra. Segundo este autor, o sentimento de culpa materializada é então o centro do

sofrimento e de doenças da humanidade, na forma de ressentimento e má consciência. De modo antagônico a má consciência proporciona uma culpa interior na qual o sujeito é o causador e culpado por seu sofrimento. No ressentimento o sujeito sofre por um culpado externo. Mas ambas as perspectivas sobre a culpa são pensadas a partir da crença na transcendência judaico cristã, atualizando a figura do padre, o legitimador da autoacusação.

A construção da noção de pecado oferece os instrumentos que o padre precisa para atribuir ao sujeito reprovação e imposições que o colocam diante dele mesmo. O ser humano passa a sofrer dele mesmo, atribuindo-lhe a culpa e auto castigo, assumindo uma atitude depreciativa e acusadora diante de si mesmo e da sociedade.

Por outro lado, para Freud não podemos e nem devemos abrir mão de nossas reivindicações de felicidade. Compete ao ser humano essa busca, caminho e protagonismo da transformação do sofrimento em força. É deste ser humano a responsabilidade em adotar mecanismos de enfrentamento para tornar suportável o convívio na sociedade. Para ele a sublimação da pulsão é fundamental para o desenvolvimento cultural e é o que torna possível o desenvolvimento do homem civilizado (FREUD 1930).

Por sua vez Forbes (2017) lança mão da expressão “sofrimento *prêt-à-porter*” (prontos para vestir) para elucidar o modo como os indivíduos possuem tendências, mesmo sem perceber, de reagir com sentimentos *prêt-à-porter* diante das contingências da vida. Algo pronto, que de tão comum e repetitivo chega a ser natural, na qual o sujeito diante do desconhecido reage de forma precipitada se infligindo de malefícios imediatos sem se questionar.

Para Forbes (2017) em sua tese de doutorado, que resultou no livro *Você Sofre Para Não Sofrer? Desautorizando o Sofrimento Prêt-à-Porter*, os quadros psíquicos de sofrimento e dor diante de uma doença degenerativa incurável são consequências de uma interpretação social padronizada da dor e não da doença propriamente dita. E esse comportamento se assemelha com outros contextos. Uma somatização imediata, como por exemplo, ir ao médico e receber um diagnóstico de algo que lhe afetará os movimentos em 10 anos, o sujeito sairá da sala mancando e com braços trêmulos.

Diante desta aparente reprodução padronizada, cabe então ao sujeito, por meio de atividade analítica responsabilizar-se de modo singular por suas escolhas e

ações perante o real de modo criativo. Pois o que é bom para todos, distingue do que é bom para o singular. Cabe a postura de não temer o encontro e não recuar, mas suportar e se responsabilizar subjetivamente pelo acaso e surpresa que toda circunstância pode trazer, assim então desautorizar o sofrimento *pêtre-à-porter* (FORBES, 2017).

A dor/sofrimento psíquico é algo muito difícil de definir, de natureza incerta, se configurando como um sentimento obscuro e sempre um fenômeno de limite, ou seja, um limite impreciso entre corpo e psique, principalmente entre o funcionamento bem regulado e o desregulamento do psiquismo. Para tanto, mesmo diante de uma definição clara, a dor é um afeto, o derradeiro afeto, a última muralha antes da loucura e da morte (NASIO, 1997). Para este autor, o funcionamento psíquico é regido pelo princípio do prazer, que regula então a intensidade das tensões pulsionais tornando-as toleráveis. Quando o princípio regulador do prazer se torna inoperante, surge então o desprazer, a dor, o dilaceramento da alma.

Considerando o momento atual, nos tempos hipermodernos, o sujeito está inserido em um contexto de maior vulnerabilidade e instabilidade emocional. Dantas (2012) sustenta que o ser humano na sociedade hipermoderna revela-se inquieto e amedrontado diante do seu futuro incerto. De um lado, este é estimulado ao cuidado com a saúde, com o corpo, com a prevenção de doenças e autocuidado. De outro, este mesmo é levado às configurações de excesso e hiperconsumismo, com alimentos, bebidas, comportamentos.

Para Dantas (2012), a hipermodernidade é um período que apresenta uma patologia do excesso do consumo. Este contexto é marcado pela fluidez, pela flexibilidade e pelo aumento dos comportamentos irresponsáveis, comportamentos compulsivos, violência gratuita, tráfico de drogas e toxicomanias.

Temos um prejuízo na maneira de sentir, expressar, de representar em diferentes esferas do viver, uma vez que a ideologia do excesso e da urgência (as coisas precisam acontecer em uma velocidade atroz) nos coloca no contexto de vida instantânea, centrada no imediatismo das coisas, de modo a estar na figura de ser sempre triunfante. E é exatamente nesse lugar, cultuado pela urgência, que implica ao sujeito uma situação de pânico, adições e depressão (DANTAS, 2012).

Birman (2007) afirma que na modernidade a construção do laço social se baseia em um vínculo frouxo, precário, leve, superficial, onde as experiências de perda, luto, de enraizamento e fixidez cedem lugar a individualidades e vínculos

afetivos descartáveis, permeados pela lógica do consumismo. Para ele as principais características da modernidade e seu impacto no psiquismo do indivíduo se configuram conforme assertiva a seguir:

Nas últimas décadas, constitui-se no Ocidente uma nova cartografia do social, em que a fragmentação da subjetividade ocupa posição fundamental. Esta fragmentação é a matéria-prima por meio da qual outras modalidades de subjetivação são forjadas. Atualmente se articulam a medicalização e psiquiatrização do social, mediados pelas neurociências e pela psicofarmacologia, e a construção empresarial gigantesca do narcotráfico. Essa articulação se funda em certos modelos privilegiados de subjetivação investidos pela cultura do narcisismo e pela sociedade do espetáculo, e enfatizam a exterioridade e o autocentramento [...] Os destinos do desejo assumem uma direção marcadamente exibicionista e autocentrada, na qual o horizonte intersubjetivo se encontra esvaziado e desinvestido das trocas inter-humanas. Esse é o trágico cenário da violência que marca a atualidade. Cada um por si e foda-se o resto parece ser o lema maior que define o ethos da atualidade, já que não podemos, além disso, contar mais com a ajuda de Deus em nosso mundo desencantado (BIRMAN, 2007, p. 24-25).

Todas essas características da hipermodernidade se lançam sobre o sujeito e o colocam em um contexto de incapacidade e inabilidade em gerenciar seus sentimento e emoções. A fluidez, flexibilidade e a urgência na qual está submetido o fazem buscar refúgios instantâneos para seu mal estar civilizatório. Em se tratando de jovens, essas características se acentuam ainda mais, pois o jovem é considerado um público vulnerável.

Neste contexto de instabilidade, vulnerabilidade, urgência é que os psicofármacos ganham espaço entre aqueles que buscam respostas rápidas para suas mazelas, negligenciando muitas vezes formas menos invasivas e menos tóxicas para manejo, como é o caso, por exemplo, da psicoterapia e as práticas integrativas e complementares.

### 3.2 A MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO

Segundo Guarido (2007), a primeira sintetização de um psicofármaco utilizado em tratamentos psiquiátricos data de 1952. Nessa ocasião começam os investimentos da indústria farmacêutica, grandes investimentos de recursos no estabelecimento de pesquisas na área da psicofarmacologia e grande parcela de recursos no marketing de novas drogas.

Nota-se então que a psicofarmacologia e a neuropsiquiatria ganham

espaço proeminente no tratamento de quadros diagnósticos severos, bem como de uma quantidade muito maior de sofrimentos cotidianos (GUARIDO, 2007). Em 2014, a partir da publicação do novo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V) há uma ampliação do número de possibilidades diagnósticas, o que trouxe um aumento expressivo das possibilidades de enquadramento psiquiátrico e das conseqüentes prescrições de psicofármacos.

Segundo Uhr (2014), houve um aumento na prevalência de depressão, pois o DSM V, ao retirar o luto da condição de excepcionalidade e o estabelecer como diagnóstico de depressão maior legítima a diminuição do sofrimento psíquico enquanto uma condição do sujeito enlutado. Ou seja, nem mesmo ao perder um ente querido é possível validar a existência de um sofrimento, sendo considerado esse traço da condição humana, atribuindo então à medicalização um caminho normativo de lidar com comportamentos e afetos.

Esse contexto fortalece a prática psiquiátrica, encoraja o excesso de diagnósticos e criações de novas categorias diagnósticas que promovem a medicalização. Reduzindo o sujeito a escalas de avaliação, controlando seus comportamentos e afetos, aliena o sujeito criando identificações imaginárias, como por exemplo, “eu sou deprimido”, atribuindo-lhe a medicação como condição de cura. Ou seja, o DSM V e seu perfil diagnóstico atribuem a origem do mal estar à alterações físico-químicas (UHR, 2014).

Essas práticas menosprezam a capacidade normativa do sujeito e o seu modo peculiar de experimentar o mal estar. Favorecendo a indústria farmacêutica ao se apropriar das categorias diagnósticas para vender doenças e, portanto medicamentos. Cabendo então um alerta importante diante dos grandes índices de depressão que crescem em números assustadores.

Diante dos índices de adoecimento psíquico, da indicação prioritária das intervenções médico-psiquiátricas, levando em consideração a socialização do discurso médico estabelecida pela mídia e as campanhas de marketing financiadas pela indústria farmacêutica, é estabelecido um paradigma do discurso médico na produção de verdade acerca do sofrimento psíquico e de sua natureza. Se a psiquiatria clássica apresentava resistência aos fenômenos psíquicos por não serem codificáveis em termos do funcionamento orgânico, a psiquiatria contemporânea promove uma naturalização do fenômeno humano e uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, somente regulável pelo uso das medicações (GUARIDO, 2007).

A medicação referente ao controle médico sobre a vida das pessoas utiliza a prescrição e o uso de medicamentos como única terapêutica possível para responder às situações de adoecimento cotidianas e difere da medicalização, a qual se refere à incorporação de aspectos sociais, econômicos e existenciais da condição humana. Conseqüentemente, angústia, mal estar ou sofrimentos outrora compreendidos como parte da complexidade e singularidade do ser humano, configuram-se como doenças ou transtornos diagnosticáveis (AMARANTE, 2007).

Para Amarante (2007), essa configuração se mostra mais evidente no campo da saúde mental, uma vez que nos serviços de saúde, é frequente observar a indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos, geralmente relacionados aos problemas sociais e econômicos, o que reflete uma terapêutica que não deve ser reduzida ao psicofármaco.

Verifica-se que o princípio é o mesmo para todas essas populações: o medicamento é visto como meio rápido para a resolução de problemas de diversas origens. O controle dos corpos e a cultura da medicalização em uma sociedade que funciona de uma forma mais prática, pode fazer com que muitas vezes as pessoas sintam que precisam se automedicar ou procurar um atendimento médico e/ou terapêutico para estarem produtivas, objetivando maior rendimento no trabalho, sem ter a real noção dos riscos do tratamento farmacológico, e até mesmo da dependência física ou psíquica intrínseca ao uso desses medicamentos. Assim, o que é considerado normal se transforma em algo patológico (BRASIL, 2019, p. 15).

O termo “medicamentação” faz alusão ao uso de medicamentos em situações que, anteriormente, não eram consideradas problemas de ordem médica e, conseqüentemente, não existia um tratamento farmacológico para tal. Entretanto, a partir do modelo da psiquiatria contemporânea, essas problemáticas alusivas ao campo da saúde mental passam a ser vistas e tratadas a partir da ordem médica. Portanto, a medicamentação pode ser considerada uma das conseqüências da medicalização. Que é por sua vez:

Conceito é definido como o processo por meio do qual a jurisdição da medicina foi ampliada pela definição de fatos e experiências cotidianos em termos médicos. A reflexão sobre medicalização teve início na década de 1960, no contexto da contracultura. Ganhou expressão nos anos 70 com as obras Freidson (1970) e Zola (1972), que chamaram a atenção para o controle social da medicina e a extensão da jurisdição da profissão médica para questões tradicionalmente remetidas à religião e à justiça. A medicalização, para esses autores, retrata o domínio da profissão médica tanto em relação a comportamentos considerados desviantes, a exemplo da loucura, alcoolismo, homossexualidade, infertilidade, quanto ao que concerne a processos naturais como nascimento, desenvolvimento infantil,

menopausa, morte (UHR, 2014, p.19)

Nesse debate de conceitos e termos, é importante demonstrar que o uso inadequado ou irracional de medicamentos é uma das formas de medicalização da vida, utilizada como meio para “normalizar” as pessoas (BRASIL, 2019).

Foucault (1992) o utiliza a biopolítica para aferir que a medicalização surge também como um instrumento de poder. Utilizado pelo Estado como um instrumento de gestão para controlar os corpos, da mesma maneira que se vale do poder para controlar a população. Como exemplo, os programas de saúde pública destinados aos controles de natalidade nas camadas pobres da sociedade e programas de higienização realizados na Europa como medida de saneamento coletivo para banir pestes, infecções e doenças ao tratar a água e o ar, conforme descreve Foucault com relação à biopolítica:

A nova tecnologia que se instala se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma, ao contrário, uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, que são processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença. Logo depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante ao modo de individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas que é massificante... que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anátomopolítica do corpo humano, mas que eu chamaria de uma ‘biopolítica’ da espécie humana (FOUCAULT, 2002, p. 289).

De outra parte, Freud (1930) afirma em "O mal-estar na civilização" que nunca dominaremos a natureza e nosso corpo, e que a capacidade de adaptação e realização humana é limitada. Aponta a impossibilidade e a ilusão de que podemos estar plenamente felizes, uma vez que o mal-estar é uma condição própria do humano, trata-se de refletir de que modo, em cada momento histórico, a civilização lida com este mal-estar.

Entretanto, na atualidade o discurso médico-psiquiátrico sustenta a premissa de que o mal-estar poderia ser codificado em doença e para cada doença haveria um medicamento específico, para dar conta das dores da alma. Essa lógica instaurada na modernidade, a ilusão de controle daquilo que Freud chama de impossibilidade, nos parece ser o mecanismo que torna o uso da medicação como a grande promessa do século XXI. Trata-se de um dispositivo de nomeação do mal-estar, sua classificação e apresentação do fármaco específico para combatê-lo

(KAMERS, 2013).

Entre os anos de 2012 a 2016 houve aumento de 30% na quantidade de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde que acompanham pessoas com depressão. Concomitantemente, houve crescimento de 87% na dispensação de medicamentos registrados no Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica e no sistema informatizado do Programa Farmácia Popular do Brasil - Rede Própria. Além disso, houve um aumento de 61% de consumo no mercado total de antidepressivos e de 3% no mercado de antidepressivos que constavam da relação nacional de medicamentos essenciais (BRASIL, 2019).

Neste contexto, o uso indiscriminado de medicações traz danos consideráveis ao sujeito, colocando inclusive sua vida em risco. E para lidar com essa problemática relacionada ao uso indiscriminado de medicamentos, a OMS resolveu definir uma estratégia global para mitigar danos graves e evitáveis relacionados ao uso de medicamentos em todos os países durante os próximos cinco anos. A iniciativa chama-se *Global Patient Safety Challenge on Medication Safety* (BRASIL, 2019).

A partir dessa iniciativa surgem algumas estratégias: elaborar diretrizes de desprescrição, conciliação e redução do uso de psicofármaco; promover articulações intersetoriais necessárias para desmedicalizar o cuidado; fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS; promover enfrentamento da cultura da medicalização da vida por meio de estratégias de comunicação; elaborar campanhas sobre os riscos do uso abusivo de psicofármacos com dados baseados em evidência para público em geral e para os profissionais da saúde; identificar grupos em situação de vulnerabilidade que necessitam de ações específicas para o acesso e o uso racional de medicamentos; promover assistência farmacêutica com equidade de forma participativa e integrada; implementar ações de assistência farmacêutica de forma articulada e intersetorial (BRASIL, 2019).

Essas são propostas de práticas não medicalizantes que necessitam de uma ampla mobilização e engajamento das instituições de saúde, órgãos reguladores, profissionais da saúde e da própria população por meio da participação social para que seja possível a implementação de cuidados do sujeito (BRASIL, 2019).

Segundo Bezerra et. al., (2016) atualmente o modelo de assistência em saúde mental busca o enfoque na desconstrução da logística de que os

psicofármacos são a única forma terapêutica para o tratamento dos transtornos mentais. O foco é então promover outras práticas nos serviços de saúde mental, levando em consideração as situações de saúde que estão relacionadas a problemas socioeconômicos necessitando de uma atenção psicossocial a esses pacientes e não apenas assistência medicamentosa.

Silva Filho et. al. (2018) afirmam que após a reforma psiquiátrica o paciente psiquiátrico começou a ser pensado com novas formas de assistência que não envolvesse apenas a medicalização. A reforma trouxe muitas possibilidades para a reinserção do indivíduo na sociedade e a desmistificação do sistema operante caracterizado pela medicalização do sofrimento por meio de novos métodos para a melhoria do tratamento e a redução do uso de psicofármacos que incluem: as práticas integrativas complementares que possibilitam um suporte terapêutico não invasivo com práticas que oferecem ao sujeito a musicoterapia, cromoterapia, acupuntura, fitoterapia, crenoterapia etc.

O contexto histórico de indicação abusiva de medicamentos psicofármacos como uma conduta de curar o sofrimento psíquico, fortalece o modelo médico psiquiátrico manicomial e seu monopólio de autoridade que coloca a doença no centro e a subjetividade às margens.

### 3.3 SPAS COMO MODO DE ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Os modos de enfrentamento do sofrimento, da dor psíquica e física são assentados em uma grande variedade de possibilidades. Desde formas mais lúdicas a formas mais bruscas. A estrutura psíquica vai utilizar os mecanismos de defesa do ego (na forma de fuga, rompimento, recalque, anulação, defesa, sublimação, formação reativa) para se organizar diante do desprazer e sofrimento. Além disso, existem formas criativas de ludibriar as mazelas do sofrimento humano por meio das expressões artísticas, na dança, no desenho, pintura, escultura, no canto etc.

O uso de substâncias psicoativas pode ser entendido a partir da necessidade de um suporte na realidade psíquica externa, quando o sujeito não consegue lançar mão de seus mecanismos de defesa internos para dar conta de um desequilíbrio emocional. Quando esse sujeito apresenta uma fragilidade e esses recursos não são desenvolvidos devidamente nas relações primárias (família, escola, amigos), resulta em uma falha na interiorização do papel de cuidador de si

mesmo (JEAMMET e CORCOS, 2005).

Petrini (2005) descreve que a crise da sociedade moderna se ocupa em gerar lucro e poder ao mercado. As insuficiências da pós-modernidade, os medos que elas suscitam, as angústias e questionamentos que provocam são aproveitados pelo mercado, que é capaz de oferecer uma grande variedade de respostas, sob a forma de mercadoria e, entre elas, podemos incluir as substâncias psicoativas como um modo de lidar com os sentimentos ocasionados por essa crise.

Para Nery Filho (2012), não só as necessidades subjetivas são consideradas no momento do consumo de SPAs, mas também os contextos sociais, como já visto outrora neste estudo:

Tudo, se admitirmos que cada humano consumirá essa ou aquela droga, na medida de suas necessidades subjetivas e sociais. Não são as drogas que fazem os humanos – já foi dito; são os humanos que fazem as drogas ou, se dissermos de outro modo, em função dos buracos/faltas que constituem a estrutura de nossas histórias. Alguns de nossos filhos terão pequenos espaços para as drogas em suas vidas; outros filhos nossos encontrarão mais facilmente nas drogas a possibilidade de suportar o horror da exclusão pelo nascimento. Entre uma história e outra, há todas as possibilidades – a vida é mobile. Nossos nascimentos não são garantias inelutáveis de destino, mas portam a semente do que poderemos ser. (NERY FILHO, 2012, p. 20)

Uma substância psicoativa não é apenas um produto químico, existe por traz desse mercado um rótulo ideológico, na medida em que as condições vinculadas à satisfação de um desejo determinam decisivamente suas características (ESCOHOTADO, 1995). Contudo, o *crack* não é um inimigo da humanidade, é a humanidade que, sem direção, encontra no *crack* uma maneira de aplacar o sofrimento (NERY FILHO, 2012).

Para Macrae (2000), as discussões conceituais a respeito do significado das experiências vivenciadas por meio do uso de substâncias psicoativas, conduzem ao encontro de sentimentos profundos nas pessoas como medos e esperanças. No estudo de Alvarenga et. al. (2015) denominado *Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir*, os autores identificaram que na cultura local, os benzodiazepínicos representam uma alternativa para ludibriar os problemas da vida, obviamente aprovado pelo saber biomédico, com a garantia do alívio rápido – “em meia hora” –, de apagar o incêndio – “jogar água no fogo” – e possibilitar no sono o esquecimento das mazelas da vida real.

Retornando aos estudos e contribuições de Freud (1930), no Livro o

*Futuro de Uma Ilusão* que traz o seu texto *O mal estar na Civilização*, o precursor da psicanálise considera que no desenvolvimento das civilizações, a infelicidade, o mal estar, a agressividade são características constituintes do humano e, dessa maneira, a vida torna-se árdua demais. A fim de suportar tais sacrifícios, o sujeito vai se utilizar daquilo que Freud chamou de “medidas paliativas conforme a assertiva a seguir:

A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas. 'Não podemos passar sem construções auxiliares'. Existem talvez três medidas desse tipo: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela. Algo desse tipo é indispensável [...] As satisfações substitutivas, tal como as oferecidas pela arte, são ilusões, em contraste com a realidade; nem por isso, contudo, se revelam menos eficazes psicologicamente, graças ao papel que a fantasia assumiu na vida mental. As substâncias tóxicas influenciam nosso corpo e alteram a sua química (FREUD, 1930/1996, p.83).

De acordo com o mencionado texto, obviamente existem muitas formas paliativas de lidar com o sofrimento psíquico, o uso de substâncias psicoativas apontado pelo autor corrobora os autores já citados no corpo deste estudo. No campo psicanalítico, o uso de SPAs é entendido como uma resposta possível do sujeito ao mal-estar, que é inerente tanto ao processo de formação das sociedades e culturas como também à própria constituição psíquica do ser humano. Contudo, Freud afirma que:

Os métodos mais interessantes de evitar o sofrimento são os que procuram influenciar o nosso próprio organismo. Em última análise, todo sofrimento nada mais é do que sensação; só existe na medida em que o sentimos, e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado. O mais grosseiro, embora também o mais eficaz, desses métodos de influência é o químico: a intoxicação. Não creio que alguém compreenda inteiramente o seu mecanismo; é fato, porém, que existem substâncias estranhas, as quais, quando presentes no sangue ou nos tecidos, provocam em nós, diretamente, sensações prazerosas, alterando, também, tanto as condições que dirigem nossa sensibilidade, que nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis. Os dois efeitos não só ocorrem de modo simultâneo, como parecem estar íntima e mutuamente ligados (FREUD, 1930/1996, p. 87)

Afirma então como modo mais interessante e eficaz de aplacar o sofrimento sendo o uso de substâncias químicas, neste estudo denominado SPAs, por agirem de forma muito rápida sobre a química do corpo humano, provocando instantaneamente sensações prazerosas.

Retomando ao sujeito hipermoderno, no qual Dantas (2012) o apresenta como compulsivo, fluido, pautado no excesso de consumo, instável, centrado no imediatismo das coisas, é aquele que cultua a urgência. Configura-se em Freud o mesmo sujeito que busca sensações prazerosas instantâneas concedidas pelas SPAs, o tornando momentaneamente incapaz de receber impulsos desagradáveis. Assentado a premissa de que somos movidos pelos princípios de prazer/desprazer.

Para Freud (1930), a cortesia concedida pelas SPAs na luta pela felicidade e no distanciamento do desprazer é tão altamente apreciada como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de suas energias. Considerando-os como uma fonte imediata de prazer, um grau altamente desejado de independência do mundo externo, utilizando-os como um 'amortecedor de preocupações', para em qualquer ocasião afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio em seu mundo químico próprio.

Assim, Freud nos alerta para o emprego perigoso do uso dessas SPAs, considerando a sua capacidade de causar danos, e reitera a inaplicabilidade deste método por considerar que não é aplicável a todas as pessoas, por exigir dotes e posses que definitivamente são recursos não dispensáveis a qualquer pessoa, afirmando ainda:

E mesmo para os poucos que os possuem, o método não proporciona uma proteção completa contra o sofrimento. Não cria uma armadura impenetrável contra as investidas do destino e habitualmente falha quando a fonte do sofrimento é o próprio corpo da pessoa. Enquanto esse procedimento já mostra claramente uma intenção de nos tornar independentes do mundo externo pela busca da satisfação em processos psíquicos internos, o procedimento seguinte apresenta esses aspectos de modo ainda mais intenso. (FREUD, 1930/1996, p. 87)

A despeito do uso de SPAs como um instrumento de enfrentamento psíquico, a psicanálise apresenta sua contribuição para essa compreensão de que tal como para a humanidade em geral, também para o indivíduo, a vida é difícil de suportar. O meio no qual ele está inserido lhe implica uma grande quantidade de privações, e outros seres humanos lhe trazem outro tanto de sofrimento, seja pelos preceitos de sua civilização, seja por causa das imperfeições dela. Este está fadado ao desprazer e ao mal estar, cabendo então ao sujeito a derradeira ação de buscar sua felicidade, a seu modo.

### 3.4 MECANISMOS DE DEFESA

Os mecanismos de defesa, como o próprio nome esclarece, fazem parte dos recursos psíquicos utilizados para desempenhar a função de defesa, que em termos gerais consiste em evitar o perigo, a ansiedade e o desprazer aos quais estamos inevitavelmente propensos na trajetória de vida humana.

Freud (1933) designava por mecanismos de defesa os processos inconscientes que os indivíduos utilizavam para lidar com ameaças internas ou conflitos, englobando processos de proteção do ego contra exigências pulsionais.

Anna Freud (1966) destaca cinco grandes propriedades destes: a) os mecanismos de defesa são considerados o melhor meio de lidar com as ameaças, conflitos e o desprazer; b) esses processos ocorrem de modo relativamente inconscientes; c) são diferentes entre si; d) as defesas podem ser adaptativas, mas também podem ser patológicas e e) embora possam aparentar-se com sintomas psiquiátricos as defesas são reversíveis.

Os mecanismos de defesa possuem as funções de inibir ou bloquear os conteúdos mentais, distorcê-los, ou disfarçar os conteúdos mentais através dos seus opostos. Podem ser eficientes, dependendo do grau de desenvolvimento do ego, do maior ou menor êxito do ego na superação e integração dos conflitos e notoriamente esses processos de defesa falham, e quando isso ocorre se manifestam as doenças (FREUD, 1933). Ou seja, desempenham um importante papel no quesito enfrentamento de doenças mentais.

Os mecanismos de defesa servem ao propósito de manter afastados os perigos. Não se pode discutir que são bem sucedidos nisso, e é de duvidar que o ego pudesse passar inteiramente sem esses mecanismos durante seu desenvolvimento. Mas é certo também que eles próprios podem transformar-se em perigos. Às vezes, se vê que o ego pagou um preço alto demais pelos serviços que eles lhe prestam. O dispêndio dinâmico necessário para mantê-las, e as restrições do ego que quase inevitavelmente acarretam, mostram ser um pesado ônus sobre a economia psíquica. Ademais, esses mecanismos não são abandonados após terem assistido o ego durante os anos difíceis de seu desenvolvimento (FREUD, 1937/1996 p. 503).

Esses mecanismos do qual Freud se refere, acompanham o sujeito durante todo o seu desenvolvimento, de modo a conduzi-lo para longe do adoecimento mental. São essas defesas que levam o conteúdo incapaz de ser elaborado para instâncias psíquicas no qual não se tem acesso de modo consciente,

exatamente para “proteger”. Diz ainda que:

Nenhum indivíduo, naturalmente, faz uso de todos os mecanismos de defesa possíveis. Cada pessoa não utiliza mais do que uma seleção deles, mas estes se fixam em seu ego. Tornam-se modalidades regulares de reação de seu caráter, as quais são repetidos durante toda a vida, sempre que ocorre uma situação semelhante à original. O ego do adulto, com sua força aumentada, continua a se defender contra perigos que não mais existem na realidade; na verdade, vê-se compelido a buscar na realidade as situações que possam servir como substituto aproximado ao perigo original, de modo a poder justificar, em relação aquelas, o fato de ele manter a suas modalidades habituais de reação. Assim, podemos facilmente entender como os mecanismos defensivos, por ocasionarem uma alienação cada vez mais ampla quanto ao mundo externo e um permanente enfraquecimento do ego, preparam o caminho para o desencadeamento da neurose e o incentivam (FREUD, 1937/1996 p. 503).

A grosso modo, os principais mecanismos de defesa e seus significados apontados por FREUD, são: a) sublimação – transformação da energia pulsional em atividades culturais; b) **repressão** – o sujeito manda um sentimento para o inconsciente; c) **negação** – quando o sujeito nega uma realidade; d) **racionalização** – quando o sujeito dá uma nova roupagem à uma ação; e) **formação reativa** – sujeito inverte a realidade: diz uma coisa querendo dizer outra; e) **projeção** – sujeito projeta no outro algo que é seu; f) **isolamento** – o sujeito separa o fato do afeto; g) **regressão** - volta a um estágio anterior do crescimento, geralmente apresentando comportamentos infantilizados.

Outro autor que desenvolveu essa temática e deixou contribuições muito significativas para o campo da psicanálise e saúde mental foi Vaillant (2000). Segundo este autor, esses mecanismos merecem ser compreendidos e estudados, pois a partir deles é possível um embasamento diagnóstico para compreender a angústia e gerir melhor os pacientes mais desorganizados e frustrados psicologicamente. Dividiu os mecanismos em quatro níveis:

- a) Mecanismos de defesa psicóticos (comuns nas psicoses, sonhos e nas crianças pequenas).
- b) Imaturos (composto por mecanismos defensivos mais “arcaicos”, associados a sintomas específicos e a afastamento social, complicando a adaptação dos indivíduos à realidade, comuns nas depressões severas, transtornos de personalidade e adolescência).
- c) Neuróticos (comuns em todas as pessoas)

d) Maduros (composto pelos mecanismos de defesa mais saudáveis, como a sublimação e o humor).

O amadurecimento do sujeito é acompanhado pela evolução desses mecanismos, ou seja, na medida em que o sujeito faz a travessia da fase infantil para a vida adulta, vai lançar mão de muitas estratégias de defesa e adaptação para se organizar psicologicamente (VAILLANT, 2000).

O autor afirma ainda que existem estratégias cognitivas que são utilizadas, consciente e intencionalmente, para lidar com uma situação negativa, estressante ou desagradável. Essas estratégias que são adotadas de modo consciente são denominadas de *coping*. Caracterizadas por um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos para gerir, tolerar ou reduzir as exigências internas ou externas, quando estas são percebidas como excedendo os seus recursos individuais. Como exemplo de *coping*, podemos elencar: religião, utilização de suporte social emocional, reinterpretação positiva, autculpabilização, aceitação, expressão de sentimentos, negação, autodistração, desinvestimento comportamental e o uso de SPAs.

Folkman e Lazarus, (1980) delinearam um sistema de divisão do *coping* em duas categorias funcionais: *coping* focado na emoção versus *coping* focado no problema.

a) *Coping* focado na emoção: é uma estratégia com a finalidade de regular o estado emocional que é associado ao estresse e reduzir a sensação física desagradável que é gerada. Como consequência há a alteração do estado emocional do indivíduo, podendo ser considerado adaptativo (reformulação cognitiva) ou maladaptativo (negação).

b) *Coping* focado no problema: constitui-se no esforço despendido pelo sujeito para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando mudá-la, ou seja, seus esforços são centrados na situação origem. Seu objetivo é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão (elaborar um plano de ação, procurar auxílio) sendo geralmente considerada uma forma adaptativa de lidar com o problema, uma vez que visam sempre à alteração da relação entre o indivíduo e o ambiente (FOLKMAN e LAZARUS, 1980).

Fenichel (2005) argumentou que os mecanismos de defesa podem ser divididos

em:

- a) Defesas bem sucedidas: ocorrem quando há cessação daquilo que se rejeita;
- b) Defesas ineficazes ou patogênicas: ocorrem em situações nas quais se exige uma perpetuação no processo de rejeição, com a finalidade de impedir os impulsos rejeitados, permanecendo suspensos no inconsciente. Produz-se um estado de tensão com possibilidade de irrupção.

Diante dos contextos de sofrimento e dor com o qual o sujeito se depara no decorrer de sua trajetória, são esses mecanismos psíquicos que vão possibilitar uma estratégia de proteção e adaptação da saúde mental, ludibriando o processo de adoecimento.

#### 4 JOVENS UNIVERSITÁRIOS EM MACAPÁ: TRÊS CASOS ILUSTRATIVOS

"E Clarisse está trancada no banheiro  
E faz marcas no seu corpo  
com seu pequeno canivete  
Deitada no canto, seus tornozelos sangram  
E a dor é menor do que parece  
Quando ela se corta ela se esquece  
Que é impossível ter da vida calma e força  
Viver em dor, o que ninguém entende..."  
(Clarice de Renato Russo)

Neste capítulo trago a ilustração de três estudos de casos. São três jovens universitários do sexo masculino que narram o momento em que tiveram experiência com o uso de SPAs considerando sua história de vida. Os jovens são chamados ficticiamente de Pedro, Paulo e José. Suas idades estão compreendidas entre 23 e 29 anos. Todos são acadêmicos inseridos no período do terceiro ao nono semestre, com matrículas ativas da Universidade Federal do Amapá e estão em psicoterapia, sendo dois pacientes meus e um de outro profissional.

Suas narrativas são histórias de vida, que elucidam a problemática do uso abusivo de SPAs e que se interpretam e se esclarecem. Apresentarei as três narrativas e em seguida esses casos conversam e se dividem entre três aspectos principais categorizados para discussão: a) vivências familiares fragmentadas, b) sofrimento psíquico e uso abusivo de substâncias, c) tipos de substâncias psicoativas e e) redução de danos.

##### **a) CASO 1 PEDRO**

Pedro nasceu em Macapá e a lembrança mais vivida que tem da tenra idade é um acontecimento aos seis anos de idade quando caiu dentro de um lago e o seu primo o puxou. Naquele momento se atinou para a vida e percebeu que estava no mundo. É filho de mãe solteira e só conheceu seu pai recentemente porque até os seus 20 anos achava que ele havia falecido.

Durante muito tempo duvidou da morte do pai e pensava na possibilidade dele ser um homem com o qual conviveu algumas vezes. Ao conhecê-lo, se deu conta de que era alguém que sempre esteve por perto, mas que a mãe julgará no momento de seu nascimento não ser uma boa pessoa. Sobre seu pai não tem nada

a dizer, o fato de tê-lo conhecido recentemente não contribuiu em nada para sua vida, mas afirma que ele é um “safado”. E que a razão da mãe ter omitido a paternidade foi por conta de ele ter más companhias e usar constantemente drogas, considerado assim, um homem de conduta inadequada para o convívio de seu filho. Pedro acredita que se a mãe soubesse de tudo que iria ocorrer na trajetória de sua vida, ela o teria apresentado ao pai e então talvez tudo tivesse sido diferente.

Pedro teve sete irmãos, três mais velhos que ele. Na época em que sua mãe engravidou não havia muita prevenção e afirma sorrindo que “cada transada era um filho, e minha mãe transou muito né, pois ela tem muitos filhos”.

Quando criança começou a cuidar muito cedo dos irmãos mais novos, o que o incomodava bastante, pois queria aproveitar sua fase de criança e ter liberdade para brincar. Não tinha boa relação com o padrasto e afirma que “esse cara não ia muito com a minha cara, ele achava que eu era um incômodo dentro de casa e aquilo que ele achava que era a família eu não fazia parte”.

Tinha por volta de oito anos quando nasceu sua segunda irmã e teve que cuidar dela também. Em certo momento tiveram que ir embora para outro município, pois sua mãe havia feito coisas sem pensar, o que colocou a vida da família em perigo e havia risco de morrerem e por este motivo, tiveram que fugir para um lugar seguro.

Quando Pedro tinha dez anos, sua mãe resolveu mudar novamente de cidade e ir atrás do marido, que havia se mudado para o exterior a trabalho. Entretanto essa nova realidade não mudou em nada a vida de Pedro, que continuou desempenhando as atividades domésticas e cuidando dos irmãos o que lhe causava insatisfação com aquele contexto. Afirma que se sentia muito limitado diante da impossibilidade de brincar, se divertir, jogar bola e fazer atividades que outras crianças da mesma idade faziam porque ele tinha que ficar em casa com as responsabilidades e obrigações domésticas.

Aos onze anos percebeu que a situação estava insustentável e que precisaria fazer algo a respeito, pois não aguentava mais aquilo tudo. Neste momento foge, daquela vida, não somente pelas obrigações, mas pelos comportamentos violentos que sua mãe apresentava. Relata que em muitos momentos ela o batia de forma violenta, o machucava e dizendo ainda:

[...] porra eu quero me divertir também eu não sou responsável por todos

esses moleques, porra eu não fiz filho [...] eu não suportava mais porque não tinha um equilíbrio, era sempre só eu que tinha que ceder era sempre sou eu que tinha que fazer tudo.

Ao fugir de casa queria liberdade e buscava conhecer e entender como era o mundo fora de casa. Começou a beber cachaça aos onze anos, convidado por conhecidos da comunidade. Usou álcool e maconha de forma abusiva, o que considerou uma péssima ideia. Pois diante deste contexto ficou inconsciente e acordou no dia seguinte em baixo de uma escada todo vomitado, com sensações corporais horríveis.

A partir deste momento não parou mais, cada dia abusava mais do álcool que o deixava em muitos momentos transtornado e violento, conforme relata os contratempos:

Os meus amigos me controlavam porque eu fiquei chatão, eles me carregavam, eu queria brigar com todo mundo, eu xingava todo mundo que passava. Eu perguntava horas e se a pessoa não me dissesse eu já queria dar porrada e mandava se foder.. essas coisas assim bem desagradáveis.

Aos quatorze anos Pedro se apaixona pela primeira vez, larga o uso de álcool e se torna pai, mas não chegou a conhecer seu filho, o que lhe causou grande sofrimento. Veio morar em Macapá com a mãe, pois devido sua pouca idade, provavelmente se tornaria um morador de rua se continuasse naquela cidade.

Em Macapá, vivenciou momentos de muito sofrimento por conta da paixão pela jovem e continuou a fazer uso abusivo de álcool, além de maconha e crack. Segundo ele, este foi um dos momentos mais difíceis pelo qual passou e a sua forma de esquecer ou não se lembrar da sua amada era mergulhando desenfreadamente no uso dessas substâncias.

Algum tempo depois ele conheceu uma nova mulher e se apaixonou novamente. Essa relação não durou muito tempo, pois ela não aceitava que ele fizesse uso de maconha. Pedro então passou por uma das piores fases de sofrimento de sua vida, lhe infringindo grandes riscos sociais, econômicos, de saúde e risco de morrer. Foi o momento em que se entregou ao uso de merla, se viu viciado, morou na rua, passou fome e outras necessidades.

Ao se dar conta de que estava doente e que o uso de SPAs lhe causava mais prejuízos do que gratificações, pediu ajuda a mãe e a outros familiares. Começou a frequentar o CAPS, mas inicialmente não levou o tratamento a sério, misturando medicações com bebida alcoólica.

Com apoio de familiares e equipe multidisciplinar do CAPS, Pedro conseguiu articular inicialmente as estratégias de Redução de Danos, usou os ensinamentos como, por exemplo, evitar lugares, pessoas e hábitos que facilitariam a volta ao vício. Lançou mão de recursos psíquicos internos como o *coping* e encontrou na família amparo para reconstruir sua vida.

Hoje Pedro é estudante universitário, está com matrícula ativa, mora com sua mãe e faz uso da maconha como uma estratégia de redução de danos. Incentiva outras pessoas a buscarem ajuda do CAPS por meio de movimentos sociais e é altamente engajado em defesa da política nacional de redução de danos. Está em acompanhamento psicoterápico individual e coletivo.

Sua trajetória de vida é repleta de fatos que trouxeram uma sobrecarga de sofrimento psíquico considerável. A ausência paterna e as obrigações precoces lhe privaram de ter um desenvolvimento infantil adequado, no qual segundo Winnicott (1983), a criança precisa ser amparada, protegida e tem garantido na constituição familiar a sustentação de um desenvolvimento emocional saudável. Destarte, o pai tem um papel imprescindível no processo de plasticidade mental, conforme afirma seu significado:

O pai pode ser o primeiro vislumbre que a criança tem da integração e da personalidade total. É fácil passar desta interação entre introjeção e projeção para o importante conceito, na história do mundo, de um monoteísmo, não de um deus único para mim e outro deus único para você. (WINNICOTT, 1983, p. 188)

Neste contexto, Pedro conheceu seu pai tardiamente e lhe atribuiu sentimentos de esperança de que sua vida poderia ter sido diferente. Na sua fala, fica evidente o sentimento de culpa ao pai por algo que lhe faltou.

A narrativa apresentada por Pedro denota o desenvolvimento infanto-juvenil acarretado de responsabilidades precoces assumidas por ele em detrimento da ausência de mãe e pai. Ele nasce e não tem um pai, precisa assumir os cuidados dos irmãos e obrigações domésticas, relata sofrer violência doméstica, apresenta um contexto de exclusão familiar, pois seu padrasto não o reconhece como membro familiar e é privado de liberdade para brincar com outras crianças, pois precisa dar conta das atividades que seriam então responsabilidade dos pais. Foge muito cedo de casa por não dar conta daquela situação que ele considera insustentável e busca alternativas nas drogas para lidar com o ambiente familiar desestruturado e com seu expressivo sofrimento.

## b) CASO 2 JOSÉ

José nasceu em São Paulo, quando criança morava com seus pais e um irmão, com o qual nunca estabeleceu boa relação e mais dois familiares. Seus pais trabalhavam bastante, o pai viajava para outras cidades e voltava geralmente no fim de semana e a mãe tinha uma jornada muito puxada, trabalhando também por um período em outros locais fora da cidade. Ele ficava sob os cuidados de uma funcionária e mais duas pessoas da família, e com uma delas afirma ter tido mais afinidade do que com a própria mãe. Refere-se ao ambiente familiar como um espaço de caos, no qual se sentia inquieto. Seu primeiro contato com uso de SPAs ocorre por volta dos doze ou onze anos, com uso de principalmente de benzina e cigarro.

Relata que estava bem perturbado em decorrência de problemas vivenciados dentro da sua casa e ao olhar para trás afirma que não tinha nenhuma base de suporte.

E aí meio que os meus colegas de fora do colégio, era um pessoal mais velho, mas que tinha muito problema em casa e a gente se identificava na exceção. E aí eles me falaram que era só chegar na farmácia ou papelaria, eu não lembro agora onde que comprava e pedir solvente. E aí eu fiquei usando um tempo assim.

Fez o uso de benzina até perceber que não estava bem e pediu que a mãe o levasse ao psicólogo e psiquiatra. Relata ter sido um momento de descontrole total em que teve inclusive depressão pelo caos que era em sua casa.

Após esse episódio começou tratamento com psiquiatra e fez uso da fluoxetina. Fez terapia pela primeira vez na época, mas não se adaptou. Os anos passaram, algumas mudanças e melhorias ocorreram contexto familiar, e por volta dos dezoito anos ele começou a fazer uso de álcool esporadicamente. Considera que usava de modo bastante controlado e com uma finalidade, como por exemplo, para arrumar/limpar a casa tomava duas cervejas.

Começa a beber “pesado” no período em que vai trabalhar com um colega, e então para dar conta de prazos estourados, eles bebiam cachaça e trabalhavam pela noite a fundo. Esses episódios não eram rotina, aconteciam eventualmente.

Por volta dos vinte e dois anos, após novas mudanças na rotina de vida, começou a beber duas a três vezes por semana porque era a opção de diversão e

lazer que lhe cabiam. E no ano seguinte, entre amigos alguém ofereceu maconha e surgiu a ideia de experimentar.

Começou então a usar esporadicamente. Entretanto, relata que por um período:

[...] fumei bastante. Era bom que abre as ideias e eu conseguia pensar melhor e me ajudou muito a entender algumas coisas que aconteceram comigo e usei mas como uma ferramenta e até hoje prefiro fumar sozinho do que em ambientes festivos.

Foi diagnosticado com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e começou a fazer uso de Ritalina. Em outros momentos, José fez uso de outras psicofármacos como a bupropiona, escitalopram e venlafaxina. Mudou-se para Macapá, onde relata ter vivenciado um relacionamento afetivo com uma pessoa que lhe impunha situações rotineiras bastante desagradáveis. Alguém que lhe era muito especial, porém lhe causava sofrimento psíquico considerável. Afirmando que após o rompimento deste relacionamento diminuiu consideravelmente o uso de SPAs, conforme afirmou: “agora mais recente eu voltei a usar, mas de um modo diferente, não é mais como uma tentativa de fugir de alguma coisa. Agora é pra relaxar de um estresse mais da rotina mesmo”.

Atualmente José faz uso de maconha e álcool de forma esporádica, não apresentou mais nenhum caso de uso abusivo. Deixou de usar os medicamentos e está com matrícula ativa e em acompanhamento psicoterápico.

A narrativa de José apresenta características similares ao contexto vivenciado por Pedro, quando refere-se ao ambiente familiar como sendo um espaço de caos. Denota uma convivência familiar conturbada e que se estende por toda a vida adulta, sendo esta sua principal queixa. Essa dinâmica familiar vivenciada na infância de maneira inadequada lhe proporciona conflitos na vida adulta que são questões mal resolvidas da infância, mas que se repetem e se atualizam no presente.

Em comparação ao que acontece com Pedro, José também fez uso de psicoativos por volta dos doze anos em um contexto social e em seguida fez uso medicamentoso. Seu relato é muito significativo quando diz “a gente se identificava na exceção” atribuindo as problemáticas familiares a uma parcela pequena, a uma exceção. José foi levado ao psiquiatra e psicólogo, mas naquele momento não houve uma efetividade na resolução de sua problemática. Ele estava adoecido por um sistema que não foi tratado de forma sistêmica. Apenas um sujeito daquele

núcleo familiar adoecido teve suporte, o que não foi suficiente para que ele pudesse adotar estratégias de enfrentamento e defesa, como o *coping* para se proteger adequadamente.

Considerando a faixa etária com a qual tem acesso inicial ao uso de SPAs, o relatório UNODC (2018) refere que essa faixa etária, compreendida por volta dos 12 anos, é considerada de maior risco crítico para o início do uso de substâncias por ser evidenciado como um período de maior vulnerabilidade. Provavelmente ao fazer uso da benzina, José percebeu que de modo espontâneo ele encontrava uma forma e uma fuga para lidar com o caos familiar.

### **c) CASO 3 PAULO**

A história de Paulo começou na fronteira do Brasil, às margens do Rio Oiapoque, no município que tem a mesma denominação.

Paulo é o filho mais velho do casal que foi obrigado a ficar juntos pelo pai da jovem. Mas que se separou muito cedo por conta do pai ter descoberto ao retornar de uma viagem a trabalho um caso amoroso entre a mãe de Paulo e o vizinho. Esse momento, aos seis anos de idade, marcou a sua vida, pois foi um contexto muito turbulento de brigas e agressões, considerado por ele um trauma em sua vida.

Paulo e sua irmã mais nova foram morar com o pai que em seguida casou novamente. Porém foi um casamento que terminou alguns anos depois após uma briga e a madrasta foi morar na Holanda. O pai vendeu os bens conquistados e ficaram sem lar. Naquele momento Paulo estava cursando o ensino médio e foi morar junto com sua mãe, com a qual nunca havia convivido por muito tempo.

[...] aí foi o meu primeiro contato direto com uma pessoa que usava muito, a mamãe bebia muito e então diversas vezes a gente carregava ela pra dentro de casa, dava banho e tal e tinha que fazer essas coisas e como a gente não tinha casa a gente sempre se mudava várias vezes e várias vezes.

Paulo relata alguns contextos durante a adolescência nos quais presenciou pela primeira vez esteve em convivência com pessoas que usavam SPAs. Relata que seu padrasto era traficante de drogas e que ao abrir o guarda roupas no sítio, se deparou com uma quantidade grande de coisas que inicialmente

não havia entendido do que se tratavam.

Seu contato com bebida alcoólica ocorre efetivamente durante a adolescência, mas quando ainda criança sua mãe já havia mandado que ele provasse e afirma: “mas foi no ensino médio em que eu comecei a experimentar de verdade eu acho que a primeira vez que eu fiquei bêbado foi no ensino médio no terceiro ano que eu já não era mais adventista e era um ano de vestibular”.

Considera que sua primeira ingestão de álcool em quantidade significativa ocorreu durante uma viagem para Melgaço no Pará, por ocasião de um convite de seu amigo para passarem o carnaval juntos.

Neste mesmo ano, relata não ter passado no vestibular e ter sofrido ameaças da mãe do tipo: “se você não passar no vestibular, você vai embora de casa”. Ficou sem dinheiro e sem poder sair de casa por 3 meses, pois sua mãe lhe fez privações por não ter sido aprovado no processo de seleção.

Após alguns meses de estudo passou no curso técnico do Instituto Federal do Amapá (IFAP), e após finalizar o curso ingressou na UNIFAP.

Eu comecei a beber em 2015 quando eu entrei aqui e tal eu comecei a beber e eu também não fumava nada nada nada e nessas viagens estudantis eu usei maconha e foi a primeira vez que eu tinha experimentado. Eu achei de início que não tinha sentido nada e depois eu entendi que tinha sentido.

Após o ingresso na Universidade, Paulo conseguiu uma bolsa de um projeto de extensão e se viu diante de uma sobrecarga de atividades relativas ao estágio e demandas do seu curso de formação.

[...] tinha muita coisa pra fazer e tipo tinha as matérias do curso e então quando saía de uma coisa eu tinha que fazer outra, tinha que ficar redigindo nota, tinha que fazer trabalho e tinha que fazer ofício pra bolsa e aí eu bebia. Eu bebia muito!!! Às vezes eu achava que dava conta, aí eu ficava muito estressado e de cabeça cheia e aí bebendo eu achava que dava uma aliviada no stress.

O uso de maconha ocorreu dentro do contexto universitário, uma vez que a sobrecarga de atividades o deixavam em um quadro de exaustão física e mental. Refere que com a maconha não conseguia ler, mas com LsD tinha bons resultados para concentração e leitura. Conseguiu adquirir uma quantidade significativa de pílulas que segundo ele foram perdendo o efeito inicial, sendo necessário aumentar a dose para conseguir atingir a meta de entregar seu projeto de monografia.

Alguns meses mais tarde começou a fazer uso de cocaína, sentia-se confiante e mais disposto para realizar suas atividades, mas deixou de usá-la por conta do grande custo financeiro e após o aparecimento de uma herpes labial. Momento que lhe causava grande aflição e preocupação.

Atualmente está tentando parar o uso de SPAs aos poucos, pois considera que parar repentinamente não é adequado. Faz uso de maconha e bebida alcoólica de forma esporádica e não cotidianamente como antes (seis vezes na semana), está em psicoterapia, sua matrícula está ativa e afirma não sentir falta de cocaína e LSD.

A narrativa da história de vida de Paulo é também marcada por um ambiente familiar conturbado. Na tenra infância vivencia momentos de grande turbulência familiar, com agressões, ocasionando transtornos emocionais que lhe acompanham e ainda lhe causam angústia.

Paulo ficou por muito tempo afastado dos cuidados da mãe e não tinha boa relação inicial com ela. Quando foi morar com a mãe, descreve situações bem difíceis por conta das problemáticas causadas pelo consumo de álcool quando relata que por diversas vezes foi preciso carregar a mãe bêbada e lhe dar banho e além de outros cuidados.

Relata que quando o pai vendeu a casa onde moravam foi um momento bastante difícil e de privações, no qual não teve para onde ir. Pois não era “acostumado” a morar com a mãe. Essa fala revela uma possível resistência em estar perto daquela que foi o motivo por tantas conturbações durante os primeiros anos de vida: sua mãe.

Por mais que tenha tido contato com SPAs em outro momento, Paulo é categórico ao afirmar que foi dentro da Universidade que começou a fazer o uso abusivo de álcool e maconha. A vida dentro da universidade compõe um ciclo vital na formação profissional e pessoal muito significativo para o sujeito. Trata-se de fato, de um período de quatro a seis anos, se ocorrer dentro do planejado para um curso de graduação. É uma trajetória marcada por vivências individuais e coletivas que demandam, de quem experimenta esta fase da vida, responsabilização e sociabilidade (DE ASSIS, DE OLIVEIRA, 2011).

#### 4.1 VIVÊNCIAS FAMILIARES FRAGMENTADAS

Os três casos narrados, permitiram um contato muito significativo com a vivência familiar de cada um e surgiram naturalmente no cenário da entrevista, quando lhes pedi que fizessem uma narrativa da sua trajetória de vida, considerando o momento em que fizeram uso das substâncias psicoativas pela primeira vez e o modo como ocorreu.

Esses jovens apresentam contextos familiares muito similares no que diz respeito às problemáticas oriundas de dentro de seus lares. Relações conturbadas, caos familiar, agressões, privações afetivas, descontrole emocional, mas principalmente a falta de uma estrutura parental que lhes garantisse um desenvolvimento emocional com menos prejuízos e com mais promoção à saúde mental.

É na tenra idade, nas primeiras relações estabelecidas entre mãe e bebê, que a criança vai desenvolver uma plasticidade emocional favorável, por meio de uma relação afetiva. É neste momento que ela cria a capacidade de lidar com as dificuldades da vida adulta, a partir das experiências estabelecidas entre seus cuidadores (SPITZ, 1945).

Para Winnicott (1983), as falhas primitivas no cuidado com o desenvolvimento das crianças, são responsáveis por acarretarem mais tarde o surgimento das patologias mentais. São os vínculos afetivos que podem garantir ao bebê um ambiente primário de integração vital que sustente e facilite sua vida para o bom desenvolvimento.

Coincidindo com a formulação de Spitz, Bowlby (1969) baseia seus estudos na perspectiva da importância da relação mãe e ou cuidador e bebê do nascimento até os seis anos de idade, enfatizando o apego como um meio pelo qual a crianças vai desenvolver sistemas comportamentais a partir da interação estabelecida com seu meio.

Os estudos de Winnicott, Spitz e Bowlby, versam sobre a importância do papel familiar, dos vínculos afetivos na constituição do sujeito, no que diz respeito, por exemplo, as condições psíquicas e emocionais que serão desenvolvidas e utilizadas diante das problemáticas que se apresentam no decorrer da vida. É neste momento, na tenra idade em que se formam as bases da plasticidade mental, para que o sujeito tenha condições e capacidades de se reinventar e se organizar

psiquicamente diante das mazelas e sofrimentos inerentes ao ser humano.

A partir dessa compreensão, examino essas narrativas com a finalidade de ilustrar o quanto elas denotam uma fragmentação na constituição deste vínculo familiar, conforme as falas e contextos:

Pedro só conheceu seu pai recentemente porque até os 20 anos achava que ele havia falecido. Chegou a duvidar da morte do pai e pensava na possibilidade de ele ser um homem com o qual conviveu algumas vezes. Ao conhecer o pai se deu conta de que era alguém que sempre esteve por perto, mas que a mãe julgará no momento de seu nascimento não ser uma boa pessoa. Em relação ao padrasto, ele revela um contexto de exclusão ao afirmar que: “esse cara não ia muito com a minha cara, ele achava que eu era um incômodo dentro de casa e aquilo que ele achava que era a família eu não fazia parte”.

Sobre a relação com a mãe, Pedro relata ter sofrido com as surras e com as obrigações relativas aos cuidados domésticos:

[...] isso era bem chato pra mim né porque eu era uma criança e queria brincar, queria me divertir, queria conhecer gente e eu ficava muito tempo dentro de casa e não podia sair, não podia jogar bola, não podia fazer nada. Não pude empinar rabiola e todas essas coisas que essas crianças faziam eu não podia fazer porque eu tinha que ficar em casa lavando louça e cuidando da minha irmã pra ajudar em casa.

E sobre os momentos de violência:

[...] nessa época a minha mãe era muito violenta também. A surra que ela dava era pra matar mesmo entendeu? Ela não dava surra tipo que nem hoje em dia as mães dão surra em um filho devagarinho. Ela me dava pra matar mesmo tipo, ela me deixava todo roxo todo machucado e aí depois ela vinha com aquela viagem tosca dela de curar minhas feridas com vinagre e sal aí eu dizia senhora é doida caralho? A senhora tá me cortando, mas depois ainda me machuca com isso aí?”

Neste momento da entrevista Pedro se emociona e sorri.

De outro lado, os contextos e situações vivenciados por Paulo também denotam um ambiente familiar fragmentado e conturbado. Seus pais se separam cedo e ele vai morar com o pai.

[...] assim a memória que eu tenho é do dia da separação em que eles brigaram, porque foi um trauma né... quando ele chegou em casa de viagem, ela tava na casa do vizinho só de camisola... e aí eles brigaram e foi uma briga muito feia e tal, pessoas foram intervir... mamãe foi morar com esse homem [...]

[...] aí foi o meu primeiro contato direto com uma pessoa que usava muito, a mamãe bebia muito e então diversas vezes a gente carregava ela pra dentro de casa dava banho e tal e tinha que fazer essas coisas e como a gente não tinha casa a gente sempre se mudava várias vezes e várias vezes.

Sobre o primeiro contato com SPAs afirma: “Eu comecei a beber mesmo foi no ensino médio, mas quando eu era menor a minha mãe dizia assim... prova e aí, eu bebia”.

Paulo fala de um momento em que sua mãe lhe coloca em um contexto difícil às vésperas do vestibular condicionando sua permanência dentro de casa à aprovação: “se você não passar no vestibular, você vai embora de casa”.

Para José os contextos vivenciados dentro de casa estão vinculados à sua vulnerabilidade emocional desde muito cedo quando traz em sua fala a constatação de que:

Hoje em dia eu olho pra trás e vejo que eu não tinha base nenhuma de suporte [...] mas eu lembro que na época eu tive esse insight de perceber que não tava legal, foi nessa época que eu percebi que precisava de ajuda [...] eu tive a depressão.

E aí meio que os meus colegas de fora do colégio, era um pessoal mais velho, mas que tinha muito problema em casa e a gente se identificava na exceção. E aí eles me falaram que era só chegar na farmácia ou papelaria, eu não lembro agora onde que comprava e pedir solvente. E aí eu fiquei usando um tempo assim.”

Essas falas deixam claro a fragilidade na configuração familiar de cada um dos jovens entrevistados e evidenciam o quanto essas problemáticas ainda estão latentes na configuração de suas vidas. As relações que outrora lhes fragilizaram permanecem ainda mal elaboradas e se atualizando nas relações com outros.

Provavelmente esta fragilidade da dinâmica familiar contribuiu para que já muito cedo eles tivessem contato com o uso de SPAs, como uma estratégia naquele momento de encontrar um escape para seu sofrimento, por não conseguirem lançar mão de recursos psíquicos favoráveis como, por exemplo, a sublimação.

## 4.2 SOFRIMENTO E USO ABUSIVO DE SPAS

Aqui trago as narrativas apresentadas que elucidam os momentos em que o sofrimento psíquico se apresenta de forma mais acentuada nas trajetórias de vida

de cada estudante. É interessante perceber que cada um traz a palavra depressão em algum momento, de modo que essas falas não devem ser negligenciadas pelo sujeito.

Quando Pedro vem morar em Macapá, deixa sua amada e por muitos anos fica sem qualquer contato com ela e o filho. Depois de algum tempo conhece uma nova mulher, se apaixona novamente, mas o relacionamento dura pouco tempo. Relata ter sido um momento muito difícil:

[...] passei por uma depressão bem grande por causa disso eu me fechei totalmente pro mundo que eu fiquei em casa muito tempo não queria sair, não gostava de nada, eu parei até de usar maconha e às vezes que eu bebia mesmo para tornar suportável aquele vazio que eu sentia [...]  
Eu saía da aula pra beber e eu bebia até na sala, dentro do banheiro e virei alcoólatra. Eu bebia porque eu estava sofrendo muito naquela época entendeu? Eu sentia falta dela, daquela garota e tipo assim porra não tinha nada que eu pudesse fazer além de beber pra esquecer aquilo entendeu? Não tinha nada que eu pudesse fazer [...]

Após o término do seu primeiro relacionamento, Pedro relata sentir um vazio alusivo à falta, ou seja, na falta da figura amada ele se sente incompleto, e reflete em seu comportamento o isolamento, apontado por Freud (1930) como uma das estratégias de lidar com o sofrimento adotada pelas pessoas, entretanto essa estratégia não lhe garante melhorias e ele busca então saída na maconha e na bebida alcoólica.

[...] aí depois que a gente terminou foi muito chato porque eu gostava muito dela mesmo eu era apaixonado por ela foi bem terrível mesmo. Eu sou um cara terrível quando me apaixono, eu fico totalmente entregue. Aí quando ela me deixou ficou um vazio terrível na minha vida que eu tentei preencher primeiro com álcool, mas o álcool não dava aquela sensação de que ela estava aqui. Aí então eu passei pra maconha e a maconha me deixava com mais saudade dela e mais triste [...] (refere-se à segunda paixão da sua vida)

[...] se eu ficasse triste eu ia acabar me matando digamos assim porque se eu fosse ceder pra depressão ou alguma coisa assim eu ia acabar me matando ou sei lá eu ia acabar fazendo alguma besteira com ela porque eu era muito apaixonado. (refere-se à segunda paixão da sua vida)

Após o término do segundo relacionamento, Pedro atualiza o sentimento de vazio, e novamente na falta da figura amada ele se sente incompleto, adotando então o uso de uma nova substância que é o crack para dar conta desse vazio e dessa dor de amor e desamparo apontado por Freud como um importante gerador de sofrimento.

Por sua vez, José traz falas que versam sobre as dificuldades e momentos de sofrimento psíquico desde muito cedo. Foi diagnosticado e acompanhado por conta da depressão aos 12 anos.

Eu estava passando por uma fase bem estressante, bem difícil. Foi nesse momento em que eu entrei na terapia e eu também por contra própria voltei a tomar a venlafaxina, porque eu estava desesperado... assim era uma época que eu estava irritado, estressado.. eu acho que o pior era a irritação, qualquer coisa me irritava e estava causando muito problema na minha vida pessoal.

[...] insatisfeito eu queria aproveitar meu dia livre... Fazer algo divertido e que eu gostasse, pensar as coisas da minha vida porque eu tava me sentindo muito desconfortável com a minha vida. Então eu queria resolver e me sentir melhor. Tentar achar uma solução para meus problemas [...] só beber não resolvia meus problemas [...] e nada resolvia. Acho que era uma coisa bem desesperadora. Foram uns episódios bem agudos mesmo [...] E eu acho que era uma fase ruim que acabou levando a esse tipo de situação.

É indubitável que José, desde muito cedo apresentou momentos de insatisfação, desespero, irritação e estresse. Buscou alternativas que podiam lhe garantir uma forma de conforto rápida. Adotou essa postura para fugir do desprazer configurado no contexto de vida naquele momento, o que não tinha garantido pelo seio familiar.

Paulo fala que nunca esqueceu o momento da separação dos pais e do quanto esse contexto foi difícil, afirmando ter sido um trauma da infância. Apresenta momentos de significativa tristeza e baixa estima.

[...] comecei a ir me sentindo mal... tinha dias que eu não conseguia levantar, que eu não sentia vontade de nada. Me sentia muito triste, muito triste e tinha dias que eu só queria chorar. E aí eu ficava no meu quarto e não falava com ninguém [...] eu não conseguia ficar sóbrio porque eu me sentia insuficiente.

Agora apresentarei o modo abusivo com que os três fizeram uso dessas substâncias por conta de fatores vinculados e marcados por sofrimento. Fica muito evidente que o momento em que fazem uso dessas substâncias, é em contextos emocionais de grande vulnerabilidade e incapacidade em encontrar outra forma de lidar com a realidade. Adotam devido a carga de estresse, vazio, solidão, medo, angústia, saudade, dor, sofrimento, incerteza, desamparo, um modo muito peculiar de aplacar esses sentimentos.

Eu e meu amigo, a gente bebia muito e bebia dentro do colégio [...] Eu saía da aula pra beber e eu bebia até na sala, dentro do banheiro e virei

alcoólatra. Eu bebia porque eu estava sofrendo muito naquela época entendeu? Eu sentia falta dela, daquela garota e tipo assim porra não tinha nada que eu pudesse fazer além de beber pra esquecer aquilo entendeu? Não tinha nada que eu pudesse fazer [...] Era única coisa que me consolava quando eu tava doidão. [...] Era o que me colocava perto dela e a gente bebia muito nessa situação entendeu? A gente marcava todo dia de beber não tinha hora pra beber não tinha dia. [...] aí eu percebi que aquela onda eu não tinha como segurar, mas mesmo assim eu gostava entendeu? [...] mas eu não imaginava que aquilo ali não podia ficar pior, eu achava que aquilo ali era o limite. (Pedro)

É interessante o modo como Pedro se refere ao uso de SPAs, atribuindo ao seu uso como a única forma possível de encontrar uma saída para sua dor. Afirmando consolo apenas quando embriagado e totalmente desconectado da realidade. No trecho a seguir, fala sobre um outro período em que fez uso de merla/crack após ter percebido que o álcool já não lhe proporcionava as mesmas sensações:

Eu sentia uma fissura terrível uma vontade horrível de usar cada vez mais entendeu? A merla era uma alternativa, era a onda do momento, eu queria sentir algum barato de alguma forma eu acabava arrependido. Aí quando ela me deixou ficou um vazio terrível na minha vida que eu tentei preencher primeiro com álcool, mas o álcool não dava aquela sensação de que ela estava aqui. Aí então eu passei pra maconha e a maconha me deixava com mais saudade dela e mais triste. E foi quando eu peguei a pedra que tipo assim me deu outro objetivo que era sentir essa sensação que a pedra dá [...] porra é a melhor sensação que existe na vida e aí eu consegui esquecer totalmente dela. Eu vivi então a realidade da pedra mesmo e do crack, que se tornou a minha vida diária. Meu café da manhã era um tiro logo cedo, que foi o período em que meu vício era mais terrível. O prazer que uma pessoa sente cara é gigantesco eu não tenho assim como te dar uma comparação, mas pra mim era melhor até do que sexo entendeu? Quando eu tava ali naquele momento onde eu tava todas as coisas que eu precisava pra fumar direito uma pedra então era melhor do que transar. (Pedro)

Os prejuízos e privações sofridas por Pedro neste período da sua trajetória traz a percepção muito próxima do quanto é penoso estar neste contexto de sofrimento e dependência químico-orgânico e psíquica, a ponto de perder sua vida como ele mesmo relata a seguir. Ao mesmo tempo em que coloca um paradoxo complexo quando ele afirma que a droga o destruiu, mas lhe garantiu continuar a viver e lhe poupou sua vida e a possibilidade de ceifar a vida de sua amada.

Então eu cheguei nesse ponto de eu recusar ficar com garotas pra não ter que dividir as pedras com elas então eu preferia a pedra a qualquer coisa na minha vida [...] Tomou uma parte da minha vida muito grande que eu deixei, que eu permiti que acontecesse né, eu permiti que ela tomasse conta da minha vida e era algo bom pra mim. Então era algo que estava me destruindo, mas me protegendo de coisa que não queria ver né. Me protegia

da vida louca naquele momento, em que se eu ficasse triste eu ia acabar me matando digamos assim. Porque se eu fosse ceder pra depressão ou alguma coisa assim, eu ia acabar me matando ou sei lá eu ia acabar fazendo alguma besteira com ela porque eu era muito apaixonado [...] e a minha fuga pra esquecer totalmente dela foi a pedra entendeu? Não tem outra coisa que eu posso dizer que me ajudou a superar aquele momento. **A pedra foi o que me estimulou a continuar vivendo digamos assim.**

Quando Pedro se refere ao uso da SPA no trecho anterior, é interessante observar o poder atribuído ao seu uso. Sua narrativa nos remete a um sentimento de redenção e onipotência, como se visse exclusivamente na substância o poder de lhe garantir a sobrevivência diante das contingências que se apresentavam, com os efeitos dela então se configurando em um estado de gratificações.

[...] a droga era a pedra que naquele momento era tudo que eu precisava. Me trouxe digamos uma nova vida um novo ciclo de amizade, mas eu percebi que eu não podia mais continuar naquela vida porque se não eles iam me matar ou simplesmente eu ia ser preso alguma coisa do tipo [...] se eu pudesse eu passava o dia inteiro lombrado, mas acontece que eu não posso e nem tenho as condições financeiras para isso está entendendo? Mas é uma coisa bem relaxante e diferente e eu consigo adaptar para minha realidade [...] eu gosto assim dessa sensação de... de tranquilidade... de... sabe... mas o raio é diferente quando da careta e quando tu tá chapado porque a sensação de estar chapado me agrada muito entendeu me agrada demais é uma coisa que eu gostaria de poder viver sem prejuízo constantemente. (Pedro)

A ideia apresentada nesse trecho traz a reflexão da necessidade de estar em outro espaço psíquico, que é exatamente a sensação de prazer e relaxamento provocado pelo uso de algumas substâncias como, por exemplo, a maconha. O que denota uma incapacidade em lidar com o real, com os desprazeres da vida cotidiana em decorrência das problemáticas e dificuldades inerentes à vida em sociedade. Isto corrobora assim com a assertiva de Freud (1930) de que não é possível suportar a realidade sem nenhum mecanismo de fuga, em que o sujeito ao pensar a realidade logo a nega.

Ratifico aqui a premissa de Freud (1930), ao assentir que a cortesia concedida pelas SPAs na luta pela felicidade e no distanciamento do desprazer é tão altamente apreciada como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de suas energias. Considerando-os como uma fonte imediata de prazer, um grau altamente desejado de independência do mundo externo, utilizando-os como um 'amortecedor de preocupações', para em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio no seu

mundo químico próprio.

Eu trabalhava pra fumar eu acordava porque eu queria fumar eu me programar para fumar, sempre a minha vida era o fumo até eu chegar a morar na rua. Que foi quando eu comecei a perceber que eu estava já... que não era mais só uma relação de prazer, que eu tava mesmo doente [...] (Pedro)

[...] Aí fumava maconha três vezes por dia. De manhã de tarde e de noite. Eu estava passando por uma fase bem estressante, bem difícil. Foi nesse momento em que eu entrei na terapia e eu também por contra própria voltei a tomar a venlafaxina, porque eu estava desesperado. [...] aí comecei a tomar mais comprimidos. Tomei uma dose maior do que a recomendada e vomitei a noite toda [...] aí depois eu fiz tratamento por um período e depois voltei pra ritalina [...] fui aumentando a dose por contra própria. Até que chegou um tempo em que ao invés de durar 30 dias no mês durava 15 porque eu tomava o dobro da dose e aí depois mais pra frente eu já estava com triplo da dose. Durava dez dias a receita que era pra 30. [...] misturei álcool com ritalina, com maconha, com benzodiazepina, com cigarro [...] e pra mim era uma tentativa de tentar resolver a minha vida assim... eu acho então eu meio que... [...] Isso já tinha acontecido em outro período da minha vida mas aqui isso ficou frequente. (José)

Essas falas se configuram em contextos de uso abusivo, o que apresenta características bem diferentes daquelas verificadas em uso esporádico. Todavia, o consumo frequente dessas substâncias pode estar associado ao desenvolvimento da dependência química, considerada uma doença crônica, uma vez que está relacionada ao desejo compulsivo pelo uso recorrente (DE OLIVEIRA MATOS, et al., 2018).

[...] Isso foi ficando cada vez mais extremo conforme os anos foram passando. Até que chegou um dia em que eu usei benzodiazepina, ritalina, maconha, álcool, tabaco. Esse dia eu tomei 210 mg de ritalina, tomei muita cerveja e aí o cigarro de palha, ele é muito mais forte do que eu normal [...] E no fim das contas fui parar em uma UPA depois. (José)

O poder atribuído ao uso do medicamento também se faz presente no discurso a seguir de José, quando vê na ritalina uma possibilidade de organizar aquilo que sem o psicofármaco ele não daria conta. A medicação referente ao controle médico sobre a vida das pessoas utiliza a prescrição e o uso de medicamentos como única terapêutica possível de responder às situações de adoecimento cotidianas e difere da medicalização, a qual se refere à incorporação de aspectos sociais, econômicos e existenciais da condição humana (AMARANTE, 2007).

[...] foi uma época boa que consegui organizar a minha vida no lugar, fiz dieta, exercício físico, conseguia trabalhar e tudo... ... porque ela ajudava a organizar minha vida e meus pensamentos eu acho que se não fosse a

ritalina, por exemplo, eu não teria definido que eu iria fazer um curso de formação. Acho que mais do que a questão de estudar, ela me ajuda a definir objetivos e coisas na cabeça por mais de um mês, o que é raro. (José)

Para Amarante (2007), esse processo de medicalização faz com que a angústia, mal estar ou sofrimentos outrora compreendidas como parte da complexidade e singularidade do ser humano, configurem-se como doenças ou transtornos diagnosticáveis. Fato evidente no campo da saúde mental, uma vez que nos serviços de saúde, é possível observar a indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos, geralmente relacionados aos problemas sociais e econômicos, o que reflete uma terapêutica que não deve ser reduzida ao psicofármaco, mas de forma holística, considerando o sujeito, seu meio, sua cultura e suas vivências.

[...] só beber não resolvia meus problemas, eu misturava com outras coisas e acabava tomando tudo que tinha em casa. Então que queria sempre mais e mais e mais. Saia sempre pra comprar mais bebida, misturava com maconha, ritalina, cigarro... mais coisas e nada resolvia [...]  
 [...] e no meio disso eu conheci a cocaína. E aí tipo eu fui usando durante o trabalho pra conseguir fazer as coisas também, mas no início eu achava que era a mesma coisa do LSD, me concentrava conseguia fazer as coisas mais rápido [...] Eu usava pra tudo [...] Por exemplo, se eu acordava e não tava legal aí eu usava. Então com tempo você vai percebendo que ela não vai fazer mais o mesmo efeito, então você vai precisando cada vez mais e muito mais [...] Então eu comecei a ficar com medo de ter uma overdose ou algo parecido [...] e o ruim é isso é que eu sei que se eu começar usar eu não vou conseguir parar porque só vou conseguir parar de beber quando tiver muito bêbado aí eu vou pra casa. (Paulo)

Essas narrativas possibilitam um conhecimento mais efetivo sobre o modo e de como essas substâncias químicas vão funcionar no organismo e dar conta daquilo que Freud mencionou “todo sofrimento nada mais é do que sensação; só existe na medida em que o sentimos, e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado” (FREUD, 1930, p.85)

Assim, o uso de substâncias psicoativas pode ser entendido a partir da necessidade de um suporte na realidade psíquica externa, quando o sujeito não consegue lançar mão de seus mecanismos de defesa internos para dar conta de um desequilíbrio emocional. Quando esse sujeito apresenta uma fragilidade e esses recursos não são desenvolvidos devidamente nas relações primárias (família, escola, amigos) resulta numa falha na interiorização do papel de cuidador de si mesmo (JEAMMET e CORCOS, 2005).

Ademais, o consumo acentuado de psicotrópicos pode estar associado ao fato dos medicamentos serem considerados uma das principais tecnologias contemporâneas de cuidado, que prometem afastar qualquer sofrimento da sociedade atual. Desse modo, depressão, ansiedade, transtornos psicóticos, solidão, crises econômicas e tristeza, são enfrentados apenas com a administração de uma eficaz substância química no organismo (IGNÁCIO; NARDI, 2007).

Cabe ressaltar que nos três casos estudados, os jovens fizeram uso abusivo de SPAs, mas hoje adotam a RD, que tem se mostrado uma ótima estratégia diante da impossibilidade de fazer uma suspensão abrupta do uso dessas SPAs, bem como adotar estratégias de enfrentamento psíquicas elaboradas por meio de processo psicoterápico.

#### 4.3 TIPOS DE SUBSTÂNCIAS

**Álcool** - Fica evidente que conforme a literatura verificada no corpo deste estudo, a substância mais consumida é o álcool. Pode verificar que todos os jovens fizeram e dois ainda fazem uso de bebida alcoólica. Os contextos em que José e Pedro fizeram o primeiro uso corroboram com os estudos do CEBRID apontado anteriormente, que identifica o uso precoce de álcool por volta dos onze e doze anos. Dos três casos, apenas o Pedro não faz uso de bebida alcoólica atualmente por conta das problemáticas que vivenciou como uso abusivo dessa substância, adotando a postura de abstinência total.

**Maconha** – Pode verificar que a segunda substância mais consumida foi a maconha. Os três jovens apresentam em suas narrativas o uso dessa substância. Vale destacar que ela é usada atualmente pelos três e foi adotada como uma medida de redução de danos em relação ao crack e cocaína por Pedro e Paulo respectivamente. José faz uso esporádico da maconha em contextos de estresse.

**Tabaco** – o uso de cigarros se apresenta principalmente por José, que afirma ter ficado viciado em cigarros de palha. Pedro não gosta de cigarro e Paulo usa eventualmente, destacando maior preferência pelo cigarro de maconha.

**Merla/Crack** – há uma pequena distinção entre a apresentação e o modo de uso dessas duas substâncias, mas sua matéria prima é a mesma. Essas substâncias foram usadas por Pedro em vários momentos. Seu potencial de proporcionar prazer é algo relatado por ele como a melhor coisa existente, sendo até

superior que os prazeres sexuais, o que o deixou desinteressado por mulheres durante um período.

**Cocaína** – Essa substância foi usada por Pedro e Paulo. Que afirmaram ser difícil manter o uso contínuo por conta do valor despendido com sua aquisição, envolvendo um alto orçamento financeiro.

**LSD** - Paulo fez uso dessa substância em um período de grande apreensão em que precisava de concentração e engajamento para realizar atividades acadêmicas. Afirma ter usado uma grande quantidade e ter percebido a redução dos efeitos gradativamente, precisando aumentar a dose por conta da tolerância ao potencial químico.

**Ritalina, benzina, venlafaxina, escitalopram, bupropiona, benzodiazepina** – são as substâncias utilizadas por José no decorrer da sua trajetória. Neste contexto, fica bastante evidente o processo de medicamentação do sofrimento. Onde os psicofármacos são adotados como uma estratégia de aplacar as problemáticas oriundas de questões subjetivas, que de modo instantâneo vão dar suporte necessário e camuflar suas dores em momentos como o próprio José narra “voltei a tomar a venlafaxina por contra própria porque eu estava desesperado”, mas que não vão garantir uma organização/elaboração sistematizada dos motivos que desencadeiam o processo de adoecimento mental.

Foi possível observar a utilização de treze tipos distintos de SPAs em diferentes contextos socioculturais vividos pelos sujeitos deste estudo. Eles relatam uso em momentos de recreação e festividades, em momentos prazerosos do dia a dia como no relato de José: “ficava o dia inteiro sossegado e aquilo acabava sendo uma atividade prazerosa. Era um jeito de transformar algo que eu não gostava em algo agradável”, entretanto o que chama a atenção é que nos momentos de maior sofrimento e desespero esse uso ocorre de modo abusivo. Talvez a veemência do sofrimento seja tão intensa quanto à quantidade de uso da SPA no momento em que tudo o que mais se deseja é uma fuga instantânea da realidade cruel e dolorosa.

#### 4.4 REDUÇÃO DE DANOS (RD)

Sobre a RD, vale destacar que esses três jovens adotaram as estratégias de redução e a apontam positivamente para mitigação dos danos ocasionados pelo uso abusivo dessas SPAs. Não apenas com essas estratégias, mas com apoio

familiar, com o processo psicoterápico e, sobretudo com o desejo intrínseco de adotar recursos de enfrentamento para suas questões mais singulares.

Sobre essa temática destaco aqui que a RD abrange uma postura ética de incentivo ao cuidado, compreendendo as necessidades daqueles que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas, tendo como propósito a redução de riscos e danos associados ao uso, ampliação das possibilidades de vida e viabilização de uma abstinência, ou não.

O consumo de drogas tem longa historicidade na humanidade, assim, pautar uma política do cuidado para aqueles que se encontram em usos abusivos e situações de vulnerabilidade social é urgente, principalmente em contextos de sofrimento mental.

Na atual conjuntura da famigerada Guerra às Drogas, a criação do Decreto 9.761 de 11 de Abril de 2019, promulgado pelo presidente Jair Messias Bolsonaro, que altera a Política Nacional de Drogas (PNAD), fica evidente a inviabilidade no cuidado de si, na autonomia dos corpos, no direito constitucional de liberdade e de consciência proporcionado pela RD. Há um retrocesso na ação dos agentes redutores de danos no âmbito do cuidado com usuários de SPAs.

Os objetivos do decreto trazem afirmativas que são pertinentes, como por exemplo:

3.1. Conscientizar e proteger a sociedade brasileira dos prejuízos sociais, econômicos e de saúde pública representados pelo uso, pelo uso indevido e pela dependência de drogas lícitas e ilícitas.

3.2. Conscientizar o usuário e a sociedade de que o uso, o uso indevido e a dependência de drogas ilícitas financia as organizações criminosas e suas atividades, que têm o narcotráfico como principal fonte de recursos financeiros.

3.3. Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica, acompanhamento, apoio, mútua ajuda e reinserção social, à pessoa com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas e a prevenção das mesmas a toda a população, principalmente àquelas em maior vulnerabilidade.

3.4.1. Cabe ao Poder Público incentivar e fomentar estudos, pesquisas e avaliações das políticas públicas e a formação de profissionais que atuam na área (BRASIL, 2019,p. 9).

Entretanto, desconsideram a RD o que resulta em uma política que fere os direitos humanos, incentivando o investimento em comunidades terapêuticas, incentivando a internação compulsória em unidades psiquiátricas e abstinência enquanto modelo hegemônico de cuidado. Isto viola o direito das pessoas e inviabiliza uma política que vem apresentando resultados positivos.

Conforme afirma Valério (2012), a partir dessa perspectiva o foco não é necessariamente a redução ou eliminação do consumo. É a redução de consequências negativas que esse uso possa causar a partir de intervenções de caráter informativo e preventivo. Essas intervenções são pensadas para aproximar os usuários dos agentes de saúde afirmando-os como cidadãos com direito à saúde, legitimando sua existência e não lhes negando ou proibindo de existirem da sua maneira.

Destarte, considerando as três narrativas das histórias de vida desses jovens, foi possível observar que houve uma mudança no contexto de uso dessas SPAs. Esses sujeitos começam a pensar novas possibilidades de enfrentamento e estratégias, como outros aspectos que não somente os paraísos artificiais proporcionados pela química numa busca frenética por fuga. É uma travessia difícil, mas necessária.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo evidenciar o modo de enfrentamento do sofrimento psíquico por meio do uso de SPAs, o que ficou demonstrado nos três casos apresentados. Tal propósito alcançou sua finalidade por meio das narrativas que explicitaram de modo coerente o que postulou Sigmund Freud em suas obras: “Não é possível enfrentar a realidade sem nenhuma forma de fuga”.

A compreensão desta estratégia de enfrentamento adotada de modo abusivo por uma parte considerável da população em todo o mundo é um problemática bastante complexa que requer estudos metodológicos detalhados e aprofundados, considerando que além de um mecanismo de fuga, as SPAs também estão inseridas em contextos espirituais, ritualísticos, culturais, festivos/recreativos indissociáveis ao percurso humano na história. Além disso, cada pessoa que faz uso dessas substâncias em um contexto subjetivo e singular.

No primeiro capítulo foi possível observar que as substâncias psicoativas fazem parte da história da humanidade e estão presentes em vários contextos e manifestações culturais desde a antiguidade até os tempos hipermodernos. Em contrapartida o seu uso desmedido está associado à dependência químico-orgânica e psíquica, o que reflete em prejuízos de distintas naturezas. Destaco que o uso entre jovens universitários brasileiros apresenta indicadores considerados expressivos e perigosos, uma vez que este segmento populacional é considerado vulnerável e os riscos advindos do abuso geram problemáticas de alta complexidade para quem usa SPAs e para população de modo geral.

No segundo capítulo, os estudos e contribuições dos autores nos mostram o quão suscetíveis somos ao mal estar civilizatório, contrariando e suprimindo nossas pulsões e necessidades em detrimento da normativa social. O que gera sofrimento psíquico, atrelado ao sentimento de culpa. Esse contexto se mostra ainda mais vivo para o indivíduo inserido na contemporaneidade, transpassado por questões fluídas, emergentes, modernas e instantâneas que o colocam diante de maior vulnerabilidade emocional.

No terceiro capítulo as narrativas analisadas conduzem para uma evidência constatada e interpretada por meio da trajetória de sofrimento. O modo de enfrentamento de cada um desses jovens universitários se encontra no caminho da fuga do real. Eles percorrem caminhos guiados pelos paraísos artificiais

proporcionados pelas SPAs como uma maneira quase que desesperadora de dar conta de suas dores desencadeadas por contextos familiares e sociais.

Entre os achados mais significativos deste estudo, trago a premissa de que o abuso de substâncias se configura em um sintoma. Um sintoma social da incapacidade de encontrar estratégias de enfrentamento que não foram desenvolvidas na tenra idade. Por trás do uso de SPAs, há um sujeito com um sofrimento psíquico agudo que não consegue elaborar uma forma adequada de dar conta da sua dor, que acaba por afugentá-la na química dos psicotrópicos.

A dependência química é um sintoma de um problema subjetivo, mas principalmente social. Entretanto há que se rever o panorama de cuidado atual. Há, portanto, uma fragilidade nesse modelo adotado pela política de saúde mental, a política antidrogas nacional, a estratégia de RD, o modelo de atendimento do CAPS, RAPS, SUS, pois funcionam de modo assistencial, considerando as problemáticas instauradas a partir dos prejuízos advindos do processo de adoecimento do sujeito. Muitas vezes negligenciando a sua subjetividade. Ou seja, são vistos os problemas, mas não se pensam nas problemáticas a partir de suas origens, geralmente localizadas na incapacidade de enfrentamento psíquicas herdadas da infância.

Mostrou-se de forma clara que esses jovens entrevistados fizeram uso abusivo de SPAs em momentos de maior e menor sofrimento, em decorrência de uma incapacidade psíquica em adotar outras formas de enfrentamento para suas dores. Também no contexto psicoterápico, essas modalidades de uso abusivo se aplicam de forma cada vez mais frequente, conforme anunciado no início deste estudo. Não identifiquei nas entrevistas um momento no qual fizeram uso abusivo por estarem vivendo um momento de grande alegria, ou em um momento de uma conquista especial.

A proposta psicoterápica, principalmente traz ao sujeito a possibilidade de se reinventar diante de suas dores, vazios, medos, desamparo e outros pormenores inerentes ao ser humano. É a partir do contato e da compreensão daquilo que lhe causa angústia que ele tem a possibilidade de elaboração. Para Freud, o que adoce as pessoas é a falta de amor, instaurado na noção de desamparo que é a fonte geradora de angústia. Diria então, como é forte e segura de si mesmo uma pessoa quando está amparada e emocionalmente acolhida.

A clínica da escuta, daquele sujeito que está diante de nós falando sobre seus amores, dores e adoecimentos, abre caminhos para a singularidade do eu

encontrar dentro de si mesmo os recursos necessários para lidar com a sua realidade. É nesse espaço analítico, mas não só nele, que o sujeito encontra possibilidades de elaboração e cura.

Minha experiência profissional contribui para a percepção de que a experimentação inicial do consumo de SPAs, geralmente ocorre por fatores recreativos e sociais, o que se confirma com esse estudo, mas o uso desmedido, abusivo e prejudicial geralmente em contextos de fuga/enfrentamento. Uma outra verificação é que o primeiro contato com bebida alcoólica geralmente é desagradável, principalmente pelo sabor. Mas ela se torna um aliado, por exemplo, para a desinibição de alguém que deseja engajar-se socialmente em contextos festivos. Desvelando seu caráter enfrentador e encorajador.

Não apenas os jovens, como apresentado neste estudo prévio, mas também os adultos de todas as idades, (destacando um ponto de vulnerabilidade na adolescência e em idosos) fazem uso de SPAs em momentos de sofrimento psíquico. No CAPS AD as demandas de tratamento por dependência química são inclusive mais expressivas na idade adulta, entre 20 a 59 anos por uso e abuso de múltiplas substâncias, mas principalmente pelos prejuízos advindos do álcool.

Neste sentido, foi possível verificar que a vulnerabilidade do público universitário, ao consumo dessas substâncias, faz jus ao seu perfil. Neste espaço universitário há uma facilidade ao acesso dessas SPAs, tanto lícitas, como ilícitas, pela multiplicidade de públicos que transitam dentro deste ambiente. Entretanto, pude verificar por meio de acompanhamento e observação desses jovens, que aqueles que estão fora padrões de consumo são os praticantes de religiões. Talvez seu modo de fuga e enfrentamento, ou seus modos de recreação e cultura, os conduzam para outras formas de manifestação e escape.

As problemáticas advindas na adolescência e vida adulta que geram modos e estratégias às vezes não saudáveis de enfrentamento não são excecionalidades referentes apenas ao público deste estudo. As demandas clínicas fazem alusão ao desamparo familiar de modo significativo na maioria dos casos. Mas não somente as falhas e faltas de amparo, mas também a sociedade contribui intensamente para o mal estar do ser humano. Cabendo ao sujeito a implicação em se reinventar diante do real.

Considero um importante achado as averiguações alusivas ao uso da medicalização como uma ferramenta contemporânea instantânea para o cuidado

imediatista das fragilidades inerentes aos humanos, cedendo espaço para a lógica capitalista e farmacêutica como uma proposta de cuidado hipermoderno, muitas vezes sem considerar os prejuízos possíveis ou outras possibilidades de cuidado mais humanizadas.

Por fim, destaco este trabalho como uma pesquisa pioneira entre estudantes universitários no Amapá, visto que ainda não foram realizados estudos desta natureza. E concluo que a compreensão desses fenômenos requer um estudo mais robusto com desdobramentos investigativos amplamente complexos e profundos.

## REFERÊNCIAS

- ABRAMO, Helena Wendel. Identidades juvenis: estudo, trabalho e conjugalidade em trajetórias reversíveis. NOVAES, Regina et al. **Agenda Juventude Brasil: leituras sobre uma década de mudanças**. Rio de Janeiro: Unirio, 2016.
- AGUIAR, R. P. **Jovens da União do Vegetal no Ceará: práticas ritualísticas e vida comunitária no convívio com as drogas**. 2016. 198f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Sociedade) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas e Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Sociedade, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2016.
- ALVARENGA, Jussara Mendonça et al. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de “jogar água no fogo”, não pensar e dormir. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 249-258, 2015.
- ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **Revista de Direito Sanitário**, v. 13, n. 3, p. 9, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241/5945>>. Acesso em: 04 out. 2018.
- AMARAL E, DOMINGUES R.C.L., ZEFERINO A.M.B. Avaliação da Competência Clínica: Observação Estruturada. **Rev Bras Educ Med.**, v.31, n.3, p.287-290, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/11.pdf>>. Acesso em: 10 nov, 2018.
- AMARANTE, P. C. D. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, J. T. AGUIAR, R. P. Substâncias psicoativas em contexto religioso : experiência e significado entre jovens do CEBUDV no Ceará. **O Público e o Privado**, v.2, n.3, p. 31–52, 2018.
- ANDRADE, Tarcisio Matos; ESPINHEIRA, Carlos Geraldo D.'Andrea Gey. **A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**. São Paulo:[s.n], 2006.
- ASSIS, A., DE OLIVEIRA, A. Vida universitária e Saúde Mental: atendimento às demandas de saúde e Saúde Mental de estudantes de uma universidade brasileira. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.2, n.9, p.33-39, dez. 2011. Disponível em: <<http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/11113/1305>>. Acesso em: 21 maio 2018.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2016.

BATISTA, Karen et al. **Percepções, atitudes e expectativas de agentes comunitários de saúde sobre usuários de drogas e seu processo de cuidado**. 2016. 167f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

BENFICA, Francisco Silveira. **Medicina Legal**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2008.

BEZERRA, Indara Cavalcante et al. Uso de psicofármacos na atenção psicossocial: uma análise à luz da gestão do cuidado. **Saúde em debate**, v. 40, n.6, p. 148-161, 2016.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 6.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann; LIMA, Adriano Ferreira Duarte de; SIMOES, Willy Moreira Batista. Uso de substâncias psicoativas entre acadêmicos de enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000100013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jun. 2018.

BOURDIEU, Pierre. La juventud no es más que una palabra. **Sociología y cultura**, v.7, n.2, p.163-173, 1990.

BOWLBY, J. **Attachment and loss**. London: Penguin Book, 1969.

BRASIL. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude eo Sistema Nacional de Juventude-SINAJUVE. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 5 ago.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Álcool e populações indígenas: aspectos históricos e socioculturais do beber e políticas de atenção à saúde. In: **Aberta**: portal de formação a distância. Florianópolis: UFSC, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de medicamentos e medicalização da vida**: recomendações e estratégias. Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: SENAD, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **Aberta**: portal de formação a distância – sujeitos, contextos e drogas: sobre redução de danos. Brasília: SNPD, 2014.

BRITO, D; TORRES, Patrícia Lupion. **Alguns fios para entretecer o pensar e o agir**. Curitiba: SENAR-PR, 2007.

BUCHER R. **Prevenindo contra as drogas e DST/Aids: populações em situação de risco**. Brasília: CDIC,1995.

CAMESP, AMB. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: CRM, 2003.

CARDOSO, E.S.; ESPINHOZA, G. M.da S. M.; PEDRO, V. da R . A política nacional de juventude e juventudes de favelas: no meio do caminho, um novo jeito de caminhar?. **Revista Juventude e Políticas Públicas**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 72-82, jul./dez.2017.

CARLINI E.A., NAPPO S.A., GALDURÓZ J.C.F., NOTO A.R. Drogas Psicotrópicas: o que são e como agem. Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos (IMESC). **Uningá**, São Luís, v. 51, n. 3, p. 9-35, 2001. Disponível em: <[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33980343/artigo\\_1\\_-\\_drogas\\_psicotropicas\\_o\\_que\\_sao\\_e\\_como\\_agem.pdf?awsaccesskeyid=akiaiwowyygz2y53ul3a&expires=1544018955&signature=d3x1yu9q0u0vdrcnw1hmi%2bxek2u%3d&response-content-disposition=inline%3b%20filename%3ddrogas\\_psicotropicas\\_o\\_que\\_sao\\_e\\_como\\_a.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33980343/artigo_1_-_drogas_psicotropicas_o_que_sao_e_como_agem.pdf?awsaccesskeyid=akiaiwowyygz2y53ul3a&expires=1544018955&signature=d3x1yu9q0u0vdrcnw1hmi%2bxek2u%3d&response-content-disposition=inline%3b%20filename%3ddrogas_psicotropicas_o_que_sao_e_como_a.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2018.

CARLINI, E. A. et al. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. São Paulo: Lastro, 2011.

CHALOULT, Louis. Une nouvelle classification des drogues toxicomanogènes. **Toxicomanies**, v.4, n.4, p. 371-375, 1971.

CHIAPETTI, N, SERBENA, CA. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma universidade de Curitiba. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.20, n.2, p.303-313, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18820217>>. Acesso em: 21 maio 2018.

DANTAS, Marília Antunes. **Sofrimento psíquico: modalidades contemporâneas de representação e expressão**. Curitiba: Juruá. e Leon, 2012.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2 ed. Porto Alegre:[s.n], 2018.

ESCOHOTADO, Antonio. A proibição: princípios e conseqüências. In: RIBEIRO, Maurídes de Melo; SEIBEL, Sérgio Dario. **Drogas: hegemonia do cinismo**. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1997.

FENICHEL, Otto. **Teoria Psicanalítica das Neuroses**. São Paulo: Atheneu, 2005.

FOLKMAN, S., & LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health and Social Behavior**, v.21, n.4, p.219-239, 1980.

FONSÊCA, Cícero José Barbosa da. Conhecendo a redução de danos enquanto

uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, v. 1, n. 1, p.33-39, 2012.

FORBES, Jorge. **Você sofre para não sofrer?** desautorizando o sofrimento prêt-à-porter, São Paulo: Manole, 2017.

FORTES, Isabel. O sofrimento como travessia: Nietzsche e a psicanálise. **Rev. Epos**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 99-111, jun. 2014.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade:** Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. **Microfísica del poder.** São Paulo: La Piqueta, 1992.

FREUD, Anna. The mechanisms of defense. In: **The ego and the mechanisms of defense.** São Paulo: [s.n], 1966.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização.** Rio de Janeiro: Imago, 1930.

\_\_\_\_\_. **A dissecção da personalidade psíquica:** novas conferências introdutórias à psicanálise. São Paulo:[s.n], 1933.

\_\_\_\_\_. **Análise terminável e interminável.** São Paulo:[s.n], 1937.

GALDUROZ J. C. F., NOTO A. R., NAPPO A. S., CARLINI E. A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2005. Revista Latino Americana de enfermagem, **Ribeirão Preto**, v.6, n. 13, p. 888-895, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES-VALÉRIO, Juliana Oliveira et al. Análise de Comentários na Internet como Objeto de Estudo da Representação Social do Suicídio. **Journal of Health Connections**, v. 6, n. 5, p.22-28, 2018.

GONÇALVES, G. A. M.; SCHLICHTING, C. L. R. Efeitos Benéficos e Maléficos da Cannabis Sativa. **Revista Uningá Review**, v. 20, n.1, p.55-59, jan. 2018. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1560>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e pesquisa**, v. 33, n. 1, p. 151-161, 2007.

GUIMARÃES, Nadya Araujo; MARTELETO, Letícia; BRITO, Murillo Marschner Alves de. **Trajetórias e transições:** os múltiplos e difíceis caminhos dos jovens brasileiros no mercado de trabalho. [S.l; s.n], 2016.

GUZMÁN, Luis Gerardo Bernal. Los enteógenos, como un medio hacia el conocimiento. **Horizonte Histórico**, v.3, n.13, p.6-15, 2018.

IGNÁCIO, V. T. G.; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofarmacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.3, p.88-95, dez.2007.

JEAMMET, P.; CORCOS, M. **Novas problemáticas da adolescência**: evolução e manejo da dependência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KAMERS, Michele. A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. **Estilos da clínica**, v. 18, n. 1, p. 153-165, 2013.

KERR-CORRÊA F, Andrade AG, Bassit AZ, Boccuto NMVF. Uso de álcool e drogas por estudantes de Medicina da Unesp. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.21, n.2, p.95-100, 1999. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v21n2/v21n2a05.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2018.

LEMOS, T. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Secretaria de Estado da Educação. Curitiba: SEED, 2008. Disponível em: <[http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/cadernos\\_tematicos/tematico\\_drogas2008.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/cadernos_tematicos/tematico_drogas2008.pdf)>. Acesso: 15 out. 2018.

LEMOS, K. M; et.al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina de Salvador (BA). **Rev. Psiq. Clín.**, v.34, n.3, p.118-124,2007.

MACRAE, E. A história e os contextos socioculturais do uso de drogas. In: **Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6. ed. Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014.

MACRAE, Edward. **Rodas de fumo**: o uso da maconha entre camadas médias. Salvador: EDUFBA; UFBA/CETAD, 2000.

MARDEGAN, Paula Silva et al . Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 56, n. 4, p. 260-266, 2007 .

MATOS, F. K. C.O; LIMA, T. R., FERNANDES, J., & TOMA, A. M. C. A contribuição da neuropsicologia na reabilitação das funções prejudicadas pela dependência de cocaína e/ou crack: uma revisão da literatura brasileira. **Revista Científica Universidade de Mogi das Cruzes**, v.8, n.3, p.44-49, 2018. Disponível em: <<http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/236>>. Acesso em: 12 out. 2018.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.

NARDI, E. R; BRIGAGÃO, L. R. F. 13 Reasons Why: uma análise filosófica a respeito do suicídio sob a ótica de Camus, Freud e Schopenhauer e sua abordagem pedagógica no Ensino Médio. **Revista do NESEF**, v. 7, n. 1, p.33-38, jul.2018.

NASIO, J.D. **O livro da dor e do amor**. São Paulo: Zahar, 1997.

NERY FILHO, Antonio et al. **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas

clínicas e culturais. Salvador: EdUFBA, 2012.

\_\_\_\_\_. **Drogas: isso lhe interessa?** Salvador: CETAD/UFBA, 2002. 54p.

NICASTRI, Sergio et. al. Prevalência e padrão de uso de tabaco e outras drogas (exceto álcool): estimativa de abuso e dependência. In: ANDRADE, Arthur Guerra de et al. **I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

NUTT, David J; A KING, Leslie; PHILLIPS, Lawrence D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. **Lancet**, v. 376, n. 9752, p.1558-1565, nov. 2010. Disponível em:<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610614626>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

OLIVEIRA, A. R. C. A droga como uma prática sociocultural. In: **Drogas e direitos humanos: caminhos e cuidados**. Holambra, SP: Setembro, 2017.

OLIVEIRA, G.S; et.al. Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de medicina da Universidade Federal do Amapá. **Rev. Med. Saúde**, Brasília, v.5, n.3, p.186-199,2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde**. Genebra: OMS, 2010.

\_\_\_\_\_. **CID-10: classificação estatística internacional de doenças com disquete**. São Paulo: Edusp, 1994.

PAES, J. M. A construção Sociológica da Juventude: alguns contributos. **Análise Social**, v.25, n.6, p.56-59, jun.1990.

PECHANSCKY, F. et al. Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas. In: BRASIL. Secretaria Nacional De Políticas Sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**. 5. ed. Brasília:[s.n], 2014.

PETRINI, J. C. Mudanças sociais e mudanças familiares. IN: PETRINI, J. C.; CAVALCANTE, V. R. S. **Família, sociedade e subjetividade: uma perspectiva multidisciplinar**: Petrópolis: Vozes, 2005.

PILLON, S. C.; O'BRIEN, B; PIEDRA, K.A.C.. A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n.2, p. 1169-1176, 2005.

QUEIROZ, I. S. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 21, n. 4, p. 2-15, dez. 2011.

REGO , Noelia R. P. A juventude como um caleidoscópio e a política nacional de juventude: um constante desafio. **Revista Juventude e Políticas Públicas**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 150-156, jul./dez. 2017.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; MESSAS, G. P. **Transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas**: tratado de clínica médica. São Paulo: Roca, 2006. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Marcelo\\_Ribeiro\\_De\\_Araujo/publication/283164007\\_Transtornos\\_relacionados\\_ao\\_consumo\\_de\\_alcool\\_e\\_outras\\_drogas/links/562d91da08ae22b17034c4ef/Transtornos-relacionados-ao-consumo-de-alcool-e-outras-drogas.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Marcelo_Ribeiro_De_Araujo/publication/283164007_Transtornos_relacionados_ao_consumo_de_alcool_e_outras_drogas/links/562d91da08ae22b17034c4ef/Transtornos-relacionados-ao-consumo-de-alcool-e-outras-drogas.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2018.

RIGATO, Fátima Dinis. Drogas Conceitos e Preconceitos. In: **Textos de Apoio Área Ensino e Pesquisa Projeto Quixote**. 2ª Ed. São Paulo, 2010.

RUI, T.; LABATE, B. C. Psicoativos, Cultura e Controles: Contribuições da Antropologia ao Debate Público no Brasil. In: LABATE, B. C. et al. **Drogas, políticas Públicas e Consumidores**. Campinas: NEIP, 2016.

SANTOS, Valcleiton Bispo; MIRANDA, Marlene. Projetos/Programas de Redução de danos no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, p.33-38, 2016.

SILVA FILHO, José Adelmo da; SILVA, Roger Rodrigues da; CUNHA, Milana Correia; BEZERRA, Adriana de Moraes. Assistência em Saúde Mental para além da Medicalização: Revisão Integrativa. **Rev.Mult. Psic.**, v.12, n.42, p. 641-658, 2018.

SILVA FILHO, Braz Ferraz da et al. Aprendizagem baseada em problema (PBL): uma inovação educacional?. **Revista Cesumar**, v. 22, n. 2, p. 403-424, 2017.

SILVA FILHO, José Adelmo et al. Assistência em Saúde Mental para além da Medicalização: Revisão Integrativa. **Revista De Psicologia**, v. 12, n. 42, p. 641-658, 2018.

SILVA, Edileusa; DA SILVA, Lucinei Gasparina. Políticas públicas de saúde e seus rebatimentos na vida de crianças e adolescentes usuárias de drogas: um estudo no Centro de Atendimento Psicossocial de Crianças e Adolescentes em Uberlândia/Minas Gerais. **Serviço Social & Realidade**, v. 24, n. 2, p.55-58, jun.2018.

SILVA, C. M; MACEDO, M. M. K. O Método Psicanalítico de Pesquisa e a Potencialidade dos Fatos Clínicos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 36, n. 3, p.22-27, 2016.

SILVA, V. X., & Luz, H. H. V. **As implicações do alcoolismo na vida social e familiar do indivíduo dependente**. Ijuí:[s.n], 2016.

SILVEIRA, D. X; DOERING-SILVEIRA, E. Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos. In: **Capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 6. ed. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014.

\_\_\_\_\_. **Substâncias psicoativas e seus efeitos: sujeitos, contextos e drogas.** São Paulo:[s.n], 2017. Disponível em: <<http://aberta.senad.gov.br/>>. Acesso em: 02 ago. 2018.

SOUZA, R. P. O. **Perfil dos Usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas em Macapá.** Macapá: [s.n], 2019.

SPITZ, R. A. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric condition in early childhood (I). **Psychoanal Study Child**, Bethesda, v. 1, n.4, p. 53-74, 1945.

TOALDO, Mariângela M.; JACKS, Nilda Aparecida. **Juventude? de que juventudes estamos falando: juventude consumo, mídia e novas tecnologias.** São Paulo:[s.n], 2016.

UHR, D.; VILHENA, J. **O apagamento do sujeito na clínica contemporânea: o exemplo da psiquiatria biológica.** 2014. 173f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Departamento de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

VAILLANT, George E. Adaptive mental mechanisms: their role in a positive psychology. **American psychologist**, v. 55, n. 1, p. 89, 2000.

VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. **Redução de riscos e danos na saúde mental: a experiência do CAPS AD - as drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais.** Salvador: EdUFBA, 2012.

VENTURA, Magda Maria. **O estudo de caso como modalidade de pesquisa.** São Paulo:[s.n],2007. Disponível em: <[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34829418/o\\_estudo\\_de\\_caso\\_como\\_modalidade\\_de\\_pesquisa.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1543786787&Signature=e9tal6fQqnEeL%2Fq71wf0qVTc2XI%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dsetembro\\_outubro\\_O\\_Estudo\\_de\\_Caso\\_com\\_o\\_M.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34829418/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1543786787&Signature=e9tal6fQqnEeL%2Fq71wf0qVTc2XI%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dsetembro_outubro_O_Estudo_de_Caso_com_o_M.pdf)>. Acesso em: 13 out. 2018.

ZANOTTO, Daniele Farina et al. **Usuários de crack: uma análise a partir de reportagens de jornal e revistas de circulação nacional.** São Paulo:[s.n], 2016.

WINNICOTT, Donald W. **Teoria do relacionamento paterno-infantil: o ambiente e os processos de maturação.** São Paulo:[s.n], 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.** [S.I]: WHO, 2019.

\_\_\_\_\_. **Report on the global tobacco epidemic.** Geneva: World Health Organization, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método.** 3. ed. São Paulo: Bookman,2005.

**ANEXO**

## ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “**O Uso De Substâncias Psicoativas Como Estratégia De Enfrentamento Do Sofrimento Psíquico: Estudo De Casos Entre Universitários De Macapá**”. O objetivo deste estudo é Evidenciar o processo de enfrentamento do sofrimento psíquico a partir do uso de substâncias psicoativas entre estudantes universitários em psicoterapia. Para realizar o estudo será necessário que o(a) Sr.(a) se disponibilize a participar de entrevistas, previamente agendadas a sua conveniência. Para a instituição e para sociedade, esta pesquisa servirá como parâmetro para avaliar os modos de enfrentamento do sofrimento psíquico entre jovens universitários. Os riscos da sua participação nesta pesquisa são considerados mínimo e transitório, considerando a possibilidade de se gerar desconforto emocional em decorrência da entrevista.

, em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual o(a) Sr.(a) receberá uma cópia.

Os benefícios da pesquisa são: compreensão dos modos de gerenciamento de enfrentamento do sofrimento psíquico pelos estudantes universitários nos coloca o desafio de pensar não apenas de modo preventivo, mas também novas possibilidades e novos desfechos para o grande aumento de utilização de substâncias psicoativas e os altos índices de suicídios entre jovens e adolescentes..

O(a) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através dos telefones: 96-991153350. O senhor (a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá Rodovia JK, s/n – Bairro Marco Zero do Equador - Macapá/AP, para obter informações sobre esta pesquisa e/ou sobre a sua participação, através dos telefones 4009-2804, 4009- 2805. Desde já agradecemos!

Eu \_\_\_\_\_ (nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa intitulada “Uso de substâncias psicoativas entre estudantes universitários nas universidades públicas em Macapá”. Assim como autorizo a publicação dos resultados em revistas e/ou eventos científicos sempre garantindo sigilo e anonimato absoluto do meu nome, assegurando minha privacidade.

Macapá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador ou pesquisadores

IVIE MARCELA ZORTHEA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ  
Cel: (96) 99115-3350  
e-mail: ivie@unifap.br

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente