

Revista IMESC

Nº 3 - outubro - 2001

Conselho Editorial

Presidente

Sebastião André De Felice

Superintendente do IMESC e Professor Associado da Faculdade de Saúde Pública da USP

Edson Luiz Vismona

Secretário da Justiça e da Defesa da Cidadania de São Paulo

Belisário dos Santos Jr.

Advogado e Ex-Secretário da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania de São Paulo

José Maria Marlet

Professor Titular da Faculdade de Medicina Forense e Criminologia da Faculdade de Direito da USP e de Criminologia da Academia de Polícia de São Paulo

Tabajara Novazzi Pinto

Diretor da Academia de Polícia de São Paulo

Ivette Senise Ferreira

Professora Titular e Diretora da Faculdade de Direito da USP

José Maria Pacheco de Souza

Professor Titular de Estatística da Faculdade de Saúde Pública da USP

Cândido Rangel Dinamarco

Professor Titular da Faculdade de Direito da USP

Paulo José da Costa Jr.

Professor Titular da Faculdade de Direito da USP

Jornalista Responsável

Silvia Jabur - Mtb - 17.244

Desenho da Capa

Luciana Rita Siqueira Papais do Nascimento

A Revista IMESC divulga matérias de exclusivo interesse médico-jurídico-pedagógico. Os artigos são de responsabilidade de seus autores, sendo resguardada a pluralidade de pensamento. Os conceitos emitidos não representam a opinião do Conselho Editorial ou da entidade.

Sumário



[Apresentação](#)

Maria Alice Pollo Araujo



[Drogas psicotrópicas - o que são e como agem](#)

Elisaldo Araujo Carlini, Solange Aparecida Nappo, José Carlos F. Galduróz e Ana Regina Noto



[Uso e abuso de drogas psicotrópicas no Brasil](#)

José Carlos F. Galduróz



[O papel da família no tratamento da dependência](#)

Maria de Lurdes de Souza Zemel



[Adolescência e toxicomania](#)

Mônica Gorgulho



[Uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento](#)

Ana Cecília P. Roselli Marques



[Drogas no contexto do direito penal brasileiro](#)

Geraldo Sanches Carvalho

APRESENTAÇÃO

Na trajetória de sua existência, o IMESC sempre desenvolveu atividades na área de drogas a partir da realização de perícias de dependência toxicológica, cursos, estudos e serviços de informação/orientação à população.

Durante este percurso, quando da criação do Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN-SP) em 1986, o IMESC passou a ser órgão de apoio técnico-científico ao Conselho.

Em 1991, com a implantação do Programa Permanente de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas, coube ao Instituto capacitar agentes multiplicadores.

Desta forma e considerando a necessidade de cursos nesta área, em setembro de 2000 foi iniciado o I Curso de Capacitação de Educadores da Rede Pública: Prevenção ao Uso Indevido de Drogas.

Resultado da parceria entre o IMESC, a Fundação para o Desenvolvimento da Educação (FDE/SEE) e o CONEN-SP, de setembro/2000 a julho/2001 foram capacitados 824 educadores (Professores Coordenadores Pedagógicos, Assistentes Técnicos Pedagógicos e Supervisores de Ensino) de 646 escolas com o objetivo de implementar programas sistemáticos de orientação aos educadores da rede escolar, para o desenvolvimento de ações preventivas ao uso indevido de drogas, complementando as ações do Projeto "Prevenção Também se Ensina" da Secretaria da Educação do Governo do Estado de São Paulo.

Com a finalidade de enriquecer as discussões e subsidiar o trabalho dos educadores, foi produzida uma apostila contendo textos elaborados por todos os docentes do curso, dentre os quais foram selecionados os artigos aqui apresentados. Despidos de preconceito e teor alarmista, enfocam alguns dos aspectos que devem ser considerados em relação ao uso de drogas e oferecem a possibilidade de compreender a questão a partir de outros ângulos que não somente o da substância.

Assim, o Prof. E. A. Carlini, o Dr. José Carlos F. Galduróz e as Dras. Solange A. Nappo e Ana Regina Noto, respectivamente diretor e pesquisadores

do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) explicam quais as drogas psicotrópicas mais consumidas no Brasil e como agem no Sistema Nervoso Central.

O Dr. José Carlos F. Galduróz apresenta, ainda, os principais resultados de alguns estudos sobre o uso de drogas no país, desmistificando nossa realidade.

A psicóloga Maria de Lurdes Zemel aborda as características mais presentes nas famílias de dependentes, fazendo-nos pensar sobre a importância das relações interpessoais.

Em seguida, a psicóloga Mônica Gorgulho leva-nos a uma reflexão voltada para o adolescente e sua inserção na sociedade.

A Dra. Ana Cecília Petta Roselli Marques faz uma retrospectiva do conceito de dependência e das formas de tratamento a partir do uso do álcool.

Por fim, Dr. Geraldo Sanches Carvalho, tendo como referência a Constituição de 1988, relata a importância da utilização das leis na garantia da dignidade dos envolvidos com drogas.

Maria Alice Pollo Araujo
Diretora do Centro de Estudos do IMESC

DROGAS PSICOTRÓPICAS - O QUE SÃO E COMO AGEM

Psychotropics drugs – what they are and how they act

Elisaldo Araujo Carlini

Médico, professor titular do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), diretor do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e membro do International Narcotics Control Board

Solange Aparecida Nappo

Farmacêutica, doutora em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia-UNIFESP, pesquisadora do CEBRID e Conselheira do CONEN-SP representando a Comunidade Acadêmico-Científica

José Carlos Fernandes Galduróz

Médico psiquiatra, doutor em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia-UNIFESP e pesquisador do CEBRID

Ana Regina Noto

Farmacêutica, psicóloga, doutora em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia-UNIFESP e pesquisadora do CEBRID

RESUMO: *O texto busca explicar de maneira geral o que são e de que maneira atuam as drogas psicotrópicas no Sistema Nervoso Central. Apresenta a classificação das drogas de acordo com Chaloult e também descreve as alterações orgânicas e de comportamento decorrentes do uso, imediato e a longo prazo, de algumas das drogas psicotrópicas mais consumidas no Brasil (álcool, anticolinérgicos, benzodiazepínicos, derivados da coca, maconha, inalantes e tabaco).*

ABSTRACT: *The text aims at giving a general idea of what psychotropics drugs are and how they act on the Central Nervous System. It presents the classification of drugs according to Chaloult and also describes the short and long term organic and behavioral changes that take place as a consequence of the use of some of the psychotropic drugs most used in Brazil (alcohol, anticholinergic, benzodiazepine, cocaine products, marijuana, inhalants and tobacco).*

PALAVRAS-CHAVE: *psicotrópicos, classificação, conseqüências do uso.*

KEY WORDS: *psychotropics, classification, consequence of use.*

INTRODUÇÃO

Para podermos compreender como as drogas psicotrópicas interferem nas funções do Sistema Nervoso Central (SNC), é importante termos noções do funcionamento desse sistema.

Quando um indivíduo recebe um estímulo, através de seus órgãos do sentido, a "mensagem" é enviada ao SNC, onde ocorre o processamento da informação, interpretação, elaboração, memorização, associações, entre outros. Esses processamentos ocorrem em milésimos de segundos e se repetem milhares de vezes ao longo de um único dia. Vejamos isso através de alguns exemplos. Uma pessoa aproxima-se de uma vitrine e vê exposto um bolo de chocolate; ela é louca por esse tipo de bolo. Assim, à visão desse prato, a

pessoa fica com água na boca e sente uma pontada no estômago. O que aconteceu? Tudo começou pela visão: a imagem do bolo atinge a retina do olho e de lá parte um impulso nervoso ("impulso elétrico") que caminha até a parte posterior do cérebro, atingindo o córtex visual. Uma vez identificada a imagem da vitrine, o impulso nervoso caminha até outra região do cérebro, que decodifica aquela como uma "coisa gostosa, já experimentada muitas vezes antes". Agora, dessa região, o impulso nervoso vai para duas outras, uma que manda um impulso para as glândulas salivares secretarem a saliva ("água na boca") e outra que envia uma "ordem" (impulso nervoso) para o estômago se contrair ("a pontada").

Outro exemplo: um indivíduo, ao atravessar a rua, percebe um carro vindo em sua direção. Essa imagem é enviada ao SNC, onde ocorre o reconhecimento da situação de perigo e, imediatamente, é emitida uma resposta de fuga. Além disso, esse episódio fica gravado na memória.

O SNC é formado por bilhões de células interligadas, formando uma complexa rede de comunicação. Essas células, responsáveis pelo processamento das informações, são denominadas "neurônios". Como pode ser observado na Figura 1, os "neurônios" não estão continuamente ligados, existindo um espaço (fenda sináptica) que os separa. É nessa fenda que ocorre a "neurotransmissão" (troca de informações entre os neurônios).

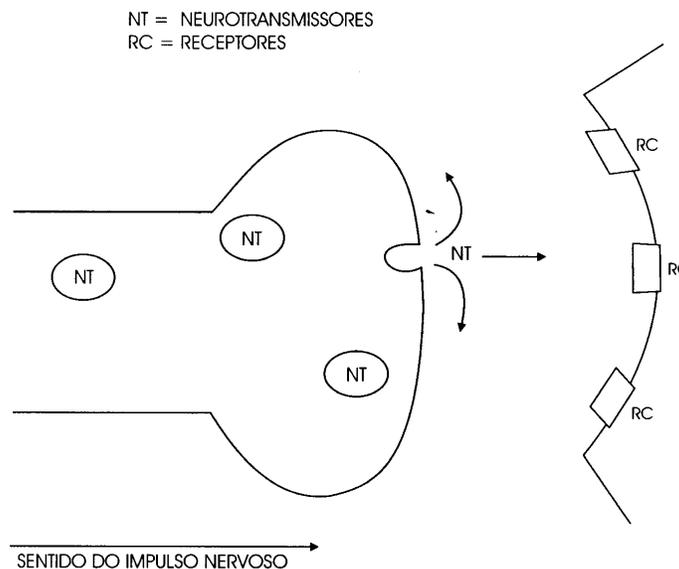


Figura 1. Esquema de uma sinapse

Para transmitir a informação, o neurônio (pré-sináptico) libera substâncias químicas denominadas "neurotransmissores" que agem como verdadeiros mensageiros, transmitindo a mensagem para o neurônio subsequente (pós-sináptico), o qual recebe a informação através de sítios específicos denominados "receptores".

Alguns dos neurotransmissores mais conhecidos são: acetilcolina, dopamina, noradrenalina, serotonina, GABA e glutamato. Cada uma dessas substâncias é responsável por funções específicas, e elas estão distribuídas de

forma heterogênea no SNC, em sistemas que recebem o nome do neurotransmissor envolvido (sistemas colinérgico, dopaminérgico e assim por diante).

As drogas psicotrópicas agem alterando essas comunicações entre os neurônios, podendo produzir diversos efeitos de acordo com o tipo de neurotransmissor envolvido e a forma como a droga atua. Por exemplo, uma droga do tipo benzodiazepínico (calmante) atua facilitando "comunicação" do GABA, neurotransmissor responsável pelo controle da ansiedade, produzindo diminuição da ansiedade. Dessa forma, de acordo com o tipo de ação, as drogas podem provocar euforia, ansiedade, sonolência, alucinações, delírios etc.

ALGUMAS DEFINIÇÕES IMPORTANTES

- Drogas: de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1981): *"qualquer entidade química ou mistura de entidades (mas outras que não aquelas necessárias para a manutenção da saúde como, por exemplo, água e oxigênio) que alteram a função biológica e possivelmente a sua estrutura"*. Uma outra definição encontrada em muitos livros é: "qualquer substância capaz de modificar a função de organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento".
- Drogas Psicoativas: segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1981): *"são aquelas que alteram comportamento, humor e cognição"*. Isso significa, portanto, que essas drogas agem preferencialmente nos neurônios, afetando o Sistema Nervoso Central.
- Drogas Psicotrópicas: pela OMS (1981), são aquelas que: *"agem no Sistema Nervoso Central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de auto-administração"* (uso não sancionado pela medicina). Em outras palavras, essas drogas levam à dependência.
- Drogas de Abuso: definidas em livros de Farmacologia como sendo: *"qualquer substância (tomada através de qualquer forma de administração) que altera o humor, o nível de percepção ou o funcionamento do Sistema Nervoso Central (desde medicamentos até álcool e solventes)"*.

CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS PSICOTRÓPICAS

Das várias classificações existentes, desenvolvidas por vários autores, será adotada, no presente texto, a do pesquisador francês Chaloult, por ser simples e prática. Chaloult dividiu o que ele denominou de Drogas Toxicomanógenas (indutoras de Toxicomanias) em três grandes grupos: o das depressoras, das estimulantes e o das perturbadoras da atividade do Sistema Nervoso Central (SNC).

- Drogas Depressoras: como o próprio nome indica, diminuem a atividade do SNC, ou seja, esse sistema passa a funcionar mais lentamente. Como consequência, aparecem os sintomas e os sinais dessa diminuição: sonolência, lentificação psicomotora etc. Algumas dessas substâncias são úteis como medicamentos em casos nos quais o SNC da pessoa está funcionando "muito acima do normal", como por exemplo, em epilepsias, insônias, excesso de ansiedade etc. Entre os meninos em situação de rua, as drogas depressoras mais consumidas são: álcool, inalantes e benzodiazepínicos (CARLINI, 1994).
- Drogas Estimulantes: são aquelas que estimulam atividade do SNC, fazendo com que o estado de vigília fique aumentado (portanto, diminui o sono), haja

"nervosismo", aumento da atividade motora etc. Em doses mais elevadas chegam a produzir sintomas perturbadores do SNC, tais como delírios e alucinações. A droga estimulante mais usada por meninos em situação de rua é a cocaína e seus derivados, como cloridrato, crack, merla, pasta etc. (CARLINI, 1994).

- Drogas Perturbadoras: nesse grande grupo temos as drogas que produzem uma mudança qualitativa no funcionamento do SNC. Assim, alterações mentais que não fazem parte da normalidade como, por exemplo, delírios, ilusões e alucinações, são produzidos por essas drogas. Por essa razão, são chamadas de psicoticomiméticas, ou seja, drogas que mimetizam psicoses. Entre meninos em situação de rua, as drogas perturbadoras mais usadas são: maconha e alguns medicamentos anticolinérgicos, dentre os quais o triexifenidil (Artane) é o mais consumido (CARLINI, 1994).

A seguir serão apresentados maiores detalhes a respeito das drogas mais consumidas por crianças e adolescentes em situação de rua, em ordem alfabética.

ÁLCOOL (BEBIDAS ALCOÓLICAS)

Apesar do desconhecimento por parte da maioria das pessoas, o álcool também é considerado uma droga psicotrópica, pois ele atua no Sistema Nervoso Central, provocando uma mudança no comportamento de quem o consome, além de ter potencial para desenvolver dependência. O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade. Esse é um dos motivos pelo qual é encarado de forma diferenciada, quando comparado com as demais drogas.

Apesar de sua ampla aceitação social, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema. Além dos inúmeros acidentes de trânsito e da violência associada a episódios de embriaguez, o consumo de álcool a longo prazo, dependendo da dose, da frequência e das circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo.

Efeitos agudos

A ingestão de álcool provoca diversos efeitos, que aparecem em duas fases distintas: uma estimulante e outra depressora.

Nos primeiros momentos após a ingestão de álcool, podem aparecer os efeitos estimulantes como euforia, desinibição e loquacidade (maior facilidade para falar). Com o passar do tempo, começam a aparecer os efeitos depressores como falta de coordenação motora, descontrole e sono. Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo até mesmo provocar o estado de coma.

Os efeitos do álcool variam de intensidade de acordo com as características pessoais. Por exemplo, uma pessoa acostumada a consumir bebidas alcoólicas sentirá os efeitos do álcool com menor intensidade, quando comparada com uma outra pessoa que não está acostumada a beber. Um outro exemplo está relacionado à estrutura física: uma pessoa com uma estrutura física de grande porte terá uma maior resistência aos efeitos do álcool.

O consumo de bebidas alcoólicas também pode desencadear alguns efeitos desagradáveis, como enrubecimento da face, dor de cabeça e mal-estar geral. Esses efeitos são mais intensos para algumas pessoas cujo organismo

tem dificuldade de metabolizar o álcool. Os orientais, em geral, têm uma maior probabilidade de sentir esses efeitos.

Alcoolismo

Conforme já citado neste texto, a pessoa que consome bebidas alcoólicas de forma excessiva, ao longo do tempo, pode desenvolver dependência do álcool, condição esta conhecida como "alcoholismo". Os fatores que podem levar ao alcoholismo são variados, podendo ser de origem biológica, psicológica, sócio-cultural ou ainda ter a contribuição resultante de todos esses fatores. A dependência do álcool é uma condição freqüente, atingindo cerca de 5 a 10% da população adulta brasileira.

A transição do beber moderado ao beber problemático ocorre de forma lenta, tendo uma interface que, em geral, leva vários anos. Alguns dos sinais do beber problemático são: desenvolvimento da tolerância, ou seja, a necessidade de beber cada vez maiores quantidades de álcool para obter os mesmos efeitos; o aumento da importância do álcool na vida da pessoa; a percepção do "grande desejo" de beber e da falta de controle em relação a quando parar; síndrome de abstinência (aparecimento de sintomas desagradáveis após ter ficado algumas horas sem beber) e o aumento da ingestão de álcool para aliviar a síndrome de abstinência.

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

Efeitos no resto do corpo

Os indivíduos dependentes do álcool podem desenvolver várias doenças. As mais freqüentes são as doenças do fígado (esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose). Também são freqüentes problemas no aparelho digestivo (gastrite, síndrome de má absorção e pancreatite) e no sistema cardiovascular (hipertensão e problemas no coração). Também são freqüentes os casos de polineurite alcoólica, caracterizada por dor, formigamento e câimbras nos membros inferiores.

Durante a gravidez

O consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode trazer conseqüências para o recém-nascido, sendo que, quanto maior o consumo, maior a chance de prejudicar o feto. Dessa forma, é recomendável que toda gestante evite o consumo de bebidas alcoólicas, não só ao longo da gestação como também durante todo o período de amamentação, pois o álcool pode passar para o bebê através do leite materno.

Cerca de um terço dos bebês de mães dependentes do álcool, que fizeram uso excessivo durante a gravidez, são afetados pela "Síndrome Fetal pelo Álcool". Os recém-nascidos apresentam sinais de irritação, mamam e dormem pouco, além de apresentarem tremores (sintomas que lembram a síndrome de abstinência). As crianças severamente afetadas e que conseguem

sobreviver aos primeiros momentos de vida podem apresentar problemas físicos e mentais que variam de intensidade de acordo com a gravidade do caso.

ANTICOLINÉRGICOS

O principal anticolinérgico utilizado pelos meninos em situação de rua, especialmente no nordeste brasileiro, é o triexifenidil, um medicamento comercializado com o nome Artane[®] (usado para o mal de Parkinson). Porém, também existem plantas como o lírio (trombeteira, zabumba, saia-branca), que eram muito usadas na década de 80, na forma de chá (NOTO et al., 1997).

Efeitos no SNC

Essas substâncias bloqueiam os efeitos da acetilcolina, um neurotransmissor que atua no sistema colinérgico e, por esse motivo, são denominadas anticolinérgicas. Os anticolinérgicos, tanto de origem vegetal como os sintetizados no laboratório, quando em doses elevadas, atuam principalmente produzindo delírios e alucinações. São comuns as descrições pelas pessoas intoxicadas de se sentirem perseguidas, de verem pessoas, bichos etc. Esses delírios e alucinações dependem bastante da personalidade da pessoa e de sua condição. Assim, os usuários dessas drogas descrevem visões de santos, animais, estrelas, fantasma, entre outras imagens. Os efeitos são bastante intensos, podendo demorar até 2-3 dias. Apesar disso, o uso de medicamentos anticolinérgicos (com controle médico) é muito útil no tratamento de algumas doenças como, por exemplo, a do mal de Parkinson.

Efeitos no resto do corpo

As drogas anticolinérgicas são capazes de produzir muitos efeitos periféricos. Assim, as pupilas ficam muito dilatadas, a boca seca e o coração pode disparar. Os intestinos ficam paralisados - tanto que elas são usadas medicamente como antidiarréicos - e a bexiga fica "preguiçosa", ou seja, há retenção de urina.

Efeitos tóxicos

Os anticolinérgicos podem produzir, em doses elevadas, grande aumento da temperatura, que chega às vezes até 40-41 °C. Nesses casos, felizmente não muito comuns, a pessoa apresenta-se com a pele muito seca e quente, com vermelhidão, principalmente, no rosto e pescoço. A temperatura elevada pode provocar convulsões ("ataques") e essas substâncias são, por isso, bastante perigosas. Existem pessoas também que descrevem ter "engolido a língua" e quase se sufocarem por causa disso. Ainda, em casos de dosagens elevadas, o número de batimentos do coração sobe exageradamente, podendo chegar até acima de 150 batimentos por minuto.

Aspectos gerais

Essas drogas não desenvolvem tolerância no organismo, e não há descrição de síndrome de abstinência após a parada de uso contínuo.

BENZODIAZEPÍNICOS

São medicamentos que têm a propriedade de atuar quase que exclusivamente sobre a ansiedade e tensão, sendo, por esse motivo, denominados ansiolíticos.

Os benzodiazepínicos estão entre os medicamentos mais utilizados no mundo, inclusive no Brasil. Para se ter idéia, atualmente há mais de 100 remédios no nosso País à base desses benzodiazepínicos. Estes têm nomes químicos que terminam geralmente pelo sufixo pam (diazepam, flunitrazepam, lorazepam etc.). Por outro lado, essas substâncias são comercializadas pelos laboratórios farmacêuticos com diferentes nomes de "fantasia", existindo assim dezenas de remédios com nomes diferentes: Valium[®], Dienpax[®], Lorax[®], Somalium[®] etc. O benzodiazepínico mais usado pelos meninos em situação de rua, especialmente do Nordeste, é o flunitrazepam (Rohypnol[®]) (NAPPO & CARLINI, 1993; NOTO et al., 1997).

Efeitos no SNC

Os benzodiazepínicos atuam no sistema de neurotransmissão gabaérgico, facilitando a ação do GABA. Como esse neurotransmissor é inibitório, essas drogas acentuam os processos inibitórios do SNC, provocando um efeito depressor. Dessa forma, a pessoa fica mais tranqüila, sonolenta e relaxada.

Os ansiolíticos produzem uma depressão da atividade do nosso SNC que se caracteriza por: 1. diminuição de ansiedade; 2. indução de sono; 3. relaxamento muscular; 4. redução do estado de alerta.

É importante notar que esses efeitos dos ansiolíticos benzodiazepínicos são grandemente aumentados pelo álcool, e a mistura de álcool com essas drogas pode levar uma pessoa ao estado de coma. Além desses efeitos principais, os ansiolíticos dificultam os processos de aprendizagem e memória, o que é, evidentemente, bastante prejudicial para as pessoas que habitualmente utilizam essas drogas.

Efeitos tóxicos

Difícilmente uma pessoa chega a entrar em coma e a morrer pelo uso de um benzodiazepínico. Entretanto, a situação muda muito de figura se a pessoa também ingeriu bebida alcoólica. Nesses casos, a intoxicação torna-se séria, pois há grande diminuição da atividade do SNC, podendo levar ao estado de coma.

Outro aspecto importante quanto aos efeitos tóxicos refere-se ao uso por mulheres grávidas. Suspeita-se que essas drogas tenham um poder teratogênico razoável, isto é, podem produzir lesões ou defeitos físicos na criança por nascer.

Aspectos gerais

Os benzodiazepínicos, quando usados por alguns meses seguidos, podem levar as pessoas a um estado de dependência. Como consequência, sem a droga, o dependente passa a sentir muita irritabilidade, insônia excessiva, sudoreação, dor pelo corpo todo, podendo, nos casos extremos, apresentar convulsões. Se a dose tomada já é grande desde o início, a dependência ocorre mais rapidamente. Há também desenvolvimento de tolerância, embora esta não seja muito acentuada, isto é, a pessoa acostumada à droga não precisa aumentar a dose para obter o efeito inicial.

Os benzodiazepínicos são controlados pelo Ministério da Saúde, isto é, a farmácia só pode vendê-los mediante receita especial do médico, que fica retida para posterior controle, o que nem sempre acontece.

COCAÍNA, CRACK E MERLA

A cocaína é uma substância natural, extraída das folhas de uma planta que ocorre exclusivamente na América do Sul: a *Erythroxylon coca*, conhecida como coca ou epadú, este último nome dado pelos índios brasileiros. A cocaína pode chegar até o consumidor sob a forma de um sal - o do cloridrato de cocaína, "pó", "farinha", "neve" ou "branquinha" que é solúvel em água e, portanto, serve para ser aspirado ("cafungado") ou dissolvido em água para uso endovenoso ("pelos canos") - ou sob a forma de uma base - o crack, que é pouco solúvel em água, mas que se volatiliza quando aquecida e, portanto, é fumada em "cachimbos".

Ainda sob a forma base, a merla ("mela", "mel" ou "melado"), preparada de forma diferente do crack, também é fumada. Enquanto o crack ganhou popularidade em São Paulo, Brasília foi a cidade vítima da merla.

Por apresentar um aspecto de "pedra" ou de "pasta", tanto o crack quanto a merla não podem ser aspirados nem injetados. Por outro lado, para passarem do estado sólido ao de vapor quando aquecidos, o crack e a merla necessitam de uma temperatura relativamente baixa (95°C) ao passo que o "pó" necessita de 195°C. Por esse motivo, o crack e a merla podem ser fumados e o "pó" não.

Há ainda a pasta de coca, que é um produto grosseiro, obtido das primeiras fases de separação da cocaína das folhas da planta quando estas são tratadas com álcali, solvente orgânico como querosene ou gasolina e ácido sulfúrico. Essa pasta contém muitas impurezas tóxicas e é fumada em cigarros chamados "basukos" (NAPPO, 1996).

Efeitos no SNC

A cocaína acentua a ação principalmente da dopamina e da noradrenalina. Como esses neurotransmissores são excitatórios, o resultado da ação da cocaína é a estimulação do SNC, produzindo euforia, ansiedade, estado de alerta etc.

Tanto o crack como a merla também são cocaína, portanto, todos os efeitos provocados pela cocaína também ocorrem com o crack e a merla. Porém, a via de uso dessas duas formas (via pulmonar, já que ambas são fumadas) faz toda a diferença do crack e da merla com o "pó".

Assim que o crack e a merla são fumados, alcançam o pulmão, que é um órgão intensivamente vascularizado e com grande superfície, levando a uma absorção instantânea. Através do pulmão, cai quase imediatamente na circulação cerebral, chegando rapidamente ao SNC. Com isso, pela via pulmonar, o crack e a merla "encurtam" o caminho para chegar no SNC, aparecendo os efeitos da cocaína muito mais rápido do que por outras vias. Em 10 a 15 segundos, os primeiros efeitos já ocorrem, enquanto os efeitos após cheirar o "pó" acontecem após 10 a 15 minutos e, após a injeção, em 3 a 5 minutos. Essa característica faz do crack uma droga "poderosa" do ponto de vista do usuário, já que o prazer acontece quase que instantaneamente após uma "pipada".

Porém a duração dos efeitos do crack é muito rápida. Em média dura em torno de 5 minutos, enquanto após injetar ou cheirar, em torno de 20 e 45 minutos respectivamente. Essa pouca duração dos efeitos faz com que o usuário volte a utilizar a droga com mais frequência que as outras vias (praticamente de

5 em 5 minutos), levando-o à dependência muito mais rapidamente que os usuários da cocaína por outras vias (nasal, endovenosa).

Logo após a "pipada", o usuário sente uma sensação de grande prazer, intensa euforia e poder. É tão agradável que, logo após o desaparecimento desse efeito (e isso ocorre muito rapidamente, em 5 minutos), ele volta a usar a droga, fazendo isso inúmeras vezes até acabar todo o estoque que possui ou o dinheiro para consegui-lo. A essa compulsão para utilizar a droga repetidamente dá-se o nome popular de "fissura" que é uma vontade incontrolável de sentir os efeitos de "prazer" que a droga provoca. A "fissura" no caso do crack e da merla é avassaladora, já que os efeitos da droga são muito rápidos e intensos.

Além desse "prazer" indescritível, que muitos comparam a um orgasmo, o crack e a merla também provocam um estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço, falta de apetite. Este último efeito é muito característico do usuário de crack e merla. Em menos de mês, ele perde muito peso (8 a 10kg) e, num tempo um pouco maior de uso, ele perde todas as noções básicas de higiene. Além disso, o craquero e o usuário de merla perdem de forma muito marcante o interesse sexual. Após o uso intenso e repetitivo, o usuário experimenta sensações muito desagradáveis como cansaço e intensa depressão (NAPPO, 1996; NAPPO et al., 1996).

Efeitos tóxicos

A tendência do usuário é aumentar a dose de uso na tentativa de sentir efeitos mais intensos. Porém, essas quantidades maiores acabam por levar o usuário a comportamento violento, irritabilidade, tremores e atitudes bizarras devido ao aparecimento de paranóia (chamada entre eles de "nóia"). Esse efeito provoca um grande medo nos craqueros, que passam a vigiar o local onde estão usando a droga e a ter uma grande desconfiança uns dos outros, o que acaba levando-os a situações extremas de agressividade. Eventualmente podem ter alucinações e delírios. A esse conjunto de sintomas dá-se o nome de "psicose cocaínica".

Efeitos sobre outras partes do corpo

Os efeitos são os mesmos provocados pela cocaína utilizada por outras vias. Assim, o crack e a merla podem produzir um aumento das pupilas (midríase), afetando a visão que fica prejudicada, a chamada "visão borrada". Ainda pode provocar dor no peito, contrações musculares, convulsões e até coma. Mas é sobre o sistema cardiovascular que os efeitos são mais intensos. A pressão arterial pode elevar-se, e o coração pode bater muito mais rapidamente (taquicardia). Em casos extremos chega a produzir uma parada do coração por fibrilação ventricular. A morte também pode ocorrer devido à diminuição da atividade de centros cerebrais que controlam a respiração.

O uso crônico da cocaína pode levar uma degeneração irreversível dos músculos esqueléticos, chamada rabdomiólise.

Aspectos gerais

As pessoas que abusam da cocaína relatam a necessidade de aumentar a dose para sentir os mesmos efeitos, ou seja, a cocaína induz a tolerância, sendo que ela pode ser observada em todas as vias de administração.

Por outro lado, não há descrição convincente de uma síndrome de abstinência quando a pessoa para de tomar cocaína abruptamente: ela não sente dores pelo corpo, cólicas, náuseas etc. O que às vezes ocorre é que essa pessoa fica tomada de grande "fissura", deseja tomar de novo para sentir os

efeitos agradáveis e não para diminuir ou abolir o sofrimento que ocorreria se realmente houvesse uma síndrome de abstinência (NAPPO, 1996).

MACONHA E THC

A maconha é o nome dado aqui no Brasil a uma planta chamada cientificamente de *Cannabis sativa*. Ela já era conhecida há pelo menos 5.000 anos, sendo utilizada quer para fins medicinais quer para "produzir risos".

O THC (tetraidrocanabinol) é uma substância química fabricada pela própria maconha, sendo o principal responsável pelos efeitos da planta. Assim, dependendo da quantidade de THC presente (o que pode variar de acordo com o solo, clima, estação do ano, época de colheita, tempo decorrido entre a colheita e o uso), a maconha pode ter potência diferente, isto é, produzir mais ou menos efeitos (CARLINI, 1981).

Efeitos no SNC

O mecanismo de ação da maconha ainda não está bem esclarecido. Recentemente foram descobertas substâncias endógenas (que o nosso próprio organismo produz) no SNC que atuam de forma semelhante à maconha. Elas foram denominadas anandamidas. É a partir dessa descoberta que o mecanismo de ação da maconha está começando a ser elucidado.

Os efeitos no SNC dependerão da qualidade da maconha fumada e da sensibilidade de quem fuma. Para uma parte das pessoas, os efeitos são uma sensação de bem-estar acompanhada de calma e relaxamento, sentir-se menos fatigado, vontade de rir (hilariedade). Para outras pessoas, os efeitos são mais para o lado desagradável: sentem angústia, ficam aturdidas, temerosas de perder o controle da cabeça, trêmulas, suando. É o que comumente chamam de "má viagem" ou "bode".

Há ainda evidente perturbação na capacidade da pessoa em calcular tempo e espaço, e um prejuízo na memória e atenção. Assim, sob a ação da maconha, a pessoa erra grosseiramente na discriminação do tempo, tendo a sensação de que se passaram horas, quando na realidade foram alguns minutos; um túnel com 10 metros de comprimento pode parecer ter 50 ou 100 metros.

Quanto aos efeitos na memória, eles se manifestam principalmente na chamada memória a curto prazo, ou seja, aquela que nos é importante por alguns instantes. Um exemplo verídico auxilia a entender esse efeito: uma telefonista de PABX em um hotel (que ouvia um dado número pelo fone e no instante seguinte fazia a ligação) quando sob ação da maconha não era mais capaz de lembrar-se do número que acabara de ouvir.

Aumentando-se a dose e/ou dependendo da sensibilidade, os efeitos psíquicos agudos podem chegar até a alterações mais evidentes, com a predominância de delírios e alucinações. **Delírio** é uma manifestação mental pela qual a pessoa faz um juízo errado do que vê ou ouve; por exemplo, sob ação da maconha uma pessoa ouve a sirene de uma ambulância e julga que é a polícia que vem prendê-la; ou vê duas pessoas conversando e pensa que ambas estão falando mal ou mesmo tramando um atentado contra ela. Em ambos os casos, esta mania de perseguição (delírios persecutórios) pode levar ao pânico e, conseqüentemente, a atitudes perigosas ("fugir pela janela", agredir as pessoas conversando, em "defesa" antecipada contra a agressão que julga estar

sendo tramada). Já a **alucinação** é uma percepção sem objeto, isto é, a pessoa pode ouvir a sirene da polícia ou ver duas pessoas conversando quando não existe quer a sirene quer as pessoas. As alucinações podem também ter fundo agradável ou terrificante.

Há ainda a considerar os efeitos psíquicos **crônicos** (conseqüências que aparecem após o uso continuado por semanas, ou meses, ou mesmo anos) produzidos pela maconha. Sabe-se que o uso continuado da maconha interfere na capacidade de aprendizagem e memorização e pode induzir um estado de amotivação, isto é, não sentir vontade de fazer mais nada, pois tudo fica sem graça e sem importância. Esse efeito crônico da maconha é chamado de **síndrome amotivacional**. Além disso, a maconha pode levar algumas pessoas a um estado de dependência, isto é, elas passam a organizar suas vidas de maneira a facilitar o uso de maconha, sendo que tudo o mais perde o seu real valor.

Finalmente, há provas científicas de que se a pessoa tem uma doença psíquica qualquer, mas que ainda não está evidente (a pessoa consegue "se controlar"), ou a doença já apareceu, mas está controlada com medicamentos adequados, a maconha piora o quadro. Ou faz surgir a doença, isto é, a pessoa não consegue mais "se controlar", ou neutraliza o efeito do medicamento e a pessoa passa a apresentar de novo os sintomas da doença. Esse fato tem sido descrito com freqüência na doença mental chamada esquizofrenia (CARLINI, 1981).

Efeitos no resto do organismo

Os efeitos físicos **agudos** (isto é, quando decorrem apenas algumas horas após fumar) são muito poucos: os olhos ficam meio avermelhados (o que em linguagem médica chama-se hiperemia das conjuntivas), a boca fica seca (e lá vai outra palavrinha médica antipática: xerostomia - é o nome difícil que o médico dá para boca seca) e o coração dispara, de 60-80 batimentos por minuto pode chegar a 120-140 ou até mesmo mais (é o que o médico chama de taquicardia).

Os efeitos físicos **crônicos** da maconha já são de maior monta. De fato, com o continuar do uso, vários órgãos do nosso corpo são afetados. Os pulmões são um exemplo disso. Não é difícil imaginar como irão ficar esses órgãos quando passam a receber cronicamente uma fumaça que é muito irritante, dado ser proveniente de um vegetal que nem chega a ser tratado como é o tabaco comum. Essa irritação constante leva a problemas respiratórios (bronquites), aliás como ocorre também com o cigarro comum. Mas o pior é que a fumaça de maconha contém alto teor de hidrocarbonetos (maior mesmo que na do cigarro comum) e entre eles existe uma substância chamada benzopireno, conhecido agente cancerígeno; ainda não está provado cientificamente que a pessoa que usa maconha cronicamente está sujeita a contrair câncer dos pulmões com maior facilidade, mas os indícios em animais de laboratório de que assim pode ser são cada vez mais fortes.

Outro efeito físico adverso (indesejável) do uso crônico da maconha refere-se a uma baixa produção do hormônio masculino, a testosterona. Conseqüentemente o homem apresenta um número bem reduzido de espermatozoides no líquido espermático, ou seja, o homem terá mais dificuldade de gerar filhos. Esse é um efeito que desaparece quando a pessoa deixa de fumar a planta (CARLINI, 1981).

SOLVENTES OU INALANTES

Um número enorme de produtos comerciais contém solventes como esmaltes, colas, tintas, thinners, propelentes, gasolina, removedores, vernizes etc. Esses produtos contêm substâncias pertencentes a um grupo químico chamado de hidrocarbonetos, tais como o **tolueno, xilol, n-hexana, acetato de etila, tricloroetileno** etc., que são responsáveis pelo efeito psicotrópico.

Um produto muito conhecido no Brasil é o "cheirinho" ou "loló" ou ainda o "cheirinho da loló". Este é um preparado clandestino (isto é, fabricado não por um estabelecimento legal, mas sim por pessoal do submundo) à base de clorofórmio mais éter e utilizado só para fins de abuso. Mas já se sabe que quando esses "fabricantes" não encontram uma daquelas duas substâncias, eles misturam qualquer outra coisa em substituição. Assim, em relação ao "cheirinho da loló", não se sabe bem a sua composição, o que complica quando se tem casos de intoxicação aguda por essa mistura. Ainda, é importante chamar a atenção para o "lança-perfume", um produto a base de **cloro de etila** ou **cloretila**, sendo proibido a sua fabricação no Brasil (CARLINI et al., 1988; GALDURÓZ, 1996; NOTO et al., 1994).

Efeitos no SNC

O mecanismo de ação dos solventes é muito complexo e, por esse motivo, ainda não totalmente esclarecido. Alguns autores consideram a ação dessas substâncias como inespecífica, atuando nas membranas de todos os neurônios. Por outro lado, outros autores consideram que os solventes atuam em alguns sistemas de neurotransmissão específicos. Nesse caso, a fase estimulante seria reflexo da ação nos sistemas de neurotransmissão dopaminérgico e noradrenérgico, enquanto a fase depressora seria resultado da ação nos sistemas gabaérgico e glutamatérgico.

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

De acordo com o aparecimento dos efeitos após inalação de solventes, eles foram divididos em quatro fases:

- Primeira fase: é a chamada fase de excitação e é a desejada, pois a pessoa fica eufórica, aparentemente excitada, ocorrendo tonturas e perturbações auditivas e visuais.
- Segunda fase: a depressão do SNC começa a predominar, com a pessoa ficando em confusão, desorientada, voz meio pastosa, visão embaçada, perda do autocontrole, dor de cabeça, palidez; a pessoa começa a ver ou ouvir, coisas.
- Terceira fase: a depressão se aprofunda com redução acentuada do alerta, incoordenação ocular (a pessoa não consegue mais fixar os olhos nos objetos), incoordenação motora com marcha vacilante, a fala "enrolada", reflexos deprimidos; já pode ocorrer evidentes processos alucinatórios.
- Quarta fase: depressão tardia, que pode chegar à inconsciência, queda da pressão, sonhos estranhos, podendo ainda a pessoa apresentar surtos de convulsões ("ataques"). Essa fase ocorre com freqüência entre aqueles cheiradores que usam saco plástico e após um certo tempo já não conseguem afastá-lo do nariz, e assim a intoxicação torna-se muito perigosa, podendo mesmo levar ao coma e morte.

Finalmente, sabe-se que a aspiração repetida, crônica, dos solventes pode levar a destruição de neurônios (as células cerebrais), causando lesões

irreversíveis do SNC. Além disso, pessoas que usam solventes cronicamente apresentam-se apáticas, têm dificuldade de concentração e déficit de memória.

Efeitos no resto do corpo

Os solventes praticamente não atuam em outros órgãos. Entretanto, existe um fenômeno produzido pelos solventes que pode ser muito perigoso. Eles tornam o coração humano mais sensível à adrenalina, que faz o número de batimentos cardíacos aumentar. Essa adrenalina é naturalmente liberada toda vez que o corpo humano tem que exercer um esforço extra, por exemplo, correr, praticar certos esportes etc. Assim, se uma pessoa inala um solvente e logo depois faz esforço físico, pode ter complicações cardíacas. A literatura médica já conhece vários casos de morte por síncope cardíaca, principalmente de adolescentes (FLANAGAN & IVES, 1994).

Efeitos tóxicos

Os solventes, quando inalados cronicamente, podem levar a lesões da medula óssea, dos rins, do fígado e dos nervos periféricos que controlam os nossos músculos. Em alguns casos, principalmente quando existe no solvente uma impureza, o benzeno, mesmo em pequenas quantidades, pode haver diminuição de produção de glóbulos brancos e vermelhos pelo organismo (MATSUMOTO et al., 1992).

Um dos solventes bastante usado nas nossas colas é a n-hexana. Essa substância é muito tóxica para os nervos periféricos, produzindo degeneração progressiva dos mesmos, a ponto de causar transtornos no marchar (as pessoas acabam andando com dificuldade).

Aspectos gerais

A dependência naqueles que abusam cronicamente de solventes é comum, sendo os componentes psíquicos da dependência os mais evidentes, tais como: desejo de usar, perda de outros interesses que não seja o de usar solvente.

A síndrome de abstinência, embora de pouca intensidade, está presente na interrupção abrupta do uso dessas drogas, aparecendo ansiedade, agitação, tremores, câimbras nas pernas e insônia.

Pode ocorrer a tolerância, embora não tão dramática quanto em outras drogas. Dependendo da pessoa e do solvente, a tolerância se instala ao fim de 1 a 2 meses (GALDURÓZ, 1996).

TABACO

O tabaco é uma planta cujo nome científico é *Nicotiana tabacum*, da qual é extraída uma substância chamada nicotina. O tabaco pode ser fumado na forma de cigarros, charutos ou cachimbos.

Efeitos no SNC

Os principais efeitos da nicotina no Sistema Nervoso Central são: elevação leve no humor (estimulação) e diminuição do apetite. A nicotina é considerada um estimulante leve, apesar de um grande número de fumantes relatar que se sentem relaxados quando fumam. Essa sensação de relaxamento é provocada pela diminuição do tônus muscular.

Essa substância, quando usada ao longo do tempo, pode provocar o desenvolvimento de tolerância, ou seja, a pessoa tende a consumir um número cada vez maior de cigarros para sentir os mesmos efeitos que originalmente eram produzidos por doses menores.

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

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

Efeitos no resto do organismo

A nicotina produz um pequeno aumento no batimento cardíaco, na pressão arterial, na frequência respiratória e na atividade motora.

Quando uma pessoa fuma um cigarro, a nicotina é imediatamente distribuída pelos tecidos. No sistema digestivo provoca queda da contração do estômago, dificultando a digestão. Há um momento de vasoconstrição e na força das contrações cardíacas.

Efeitos tóxicos

A fumaça do cigarro contém várias substâncias tóxicas ao organismo. Dentre as principais, citamos a nicotina, o monóxido de carbono e o alcatrão.

O uso intenso e constante de cigarros aumenta a probabilidade de ocorrência de algumas doenças como, por exemplo, pneumonia, câncer de pulmão, problemas coronarianos, bronquite crônica, além de câncer em regiões do corpo que entram em contato direto com a fumaça como garganta, língua, laringe e esôfago. O risco de ocorrência de enfarte do miocárdio, angina e derrame cerebral é maior nos fumantes quando comparado aos não fumantes.

Existem evidências de que a nicotina pode provocar úlceras gastrointestinais. Entre outros efeitos tóxicos provocados pela nicotina, podemos destacar, ainda, náuseas, dores abdominais, diarreia, vômitos, cefaléia, tontura, bradicardia e fraqueza.

Tabaco e gravidez

Quando na gravidez a mãe fuma, "o feto também fuma", passando a receber as substâncias tóxicas do cigarro através da placenta. A nicotina provoca aumento do batimento cardíaco no feto, redução do peso do recém-nascido, menor estatura, além de alterações neurológicas importantes. O risco de abortamento espontâneo, entre outras complicações durante a gravidez, é maior nas gestante que fumam.

Durante a amamentação as substâncias tóxicas do cigarro são transmitidas para o bebê através do leite materno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARLINI, E.A. - "Maconha (*Cannabis sativa*): mito ou realidade, fatos e fantasias". *Medicina e Cultura* 36:67-88, 1981.

- CARLINI, E.A. - "Drogas Psicotrópicas". Em: Noto, A.R.; Nappo, S.; Galduróz, J.C.F.; Mattei, R. e Carlini, E.A. *III Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Meninos e Meninas em Situação de Rua de Cinco Capitais Brasileiras - 1993*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia - Escola Paulista de Medicina, 1994. pp. 93-97.
- CARLINI, E.A.; CARLINI-COTRIM, B.; MONTEIRO, M.G. - "Abuso de solventes voláteis: aspectos epidemiológicos, médicos-psicológicos e experimentais". *Revista da Associação Médica Brasileira*, 34(2):61-68, 1988.
- CHALOULT, L. - "Une nouvelle classification des drogues toxicomanogènes". *Toxicomanies* 4(4):371-375, 1971.
- FLANAGAN, R.J. & IVES, R.J. - "Volatile substance abuse" *Bolletín on Narcotics*, XLVI(2):50-78, 1994.
- GALDURÓZ, J.C.F. - *O uso de inalantes (solventes) entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras - 1993*. São Paulo. Tese de doutorado. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, 1996.
- MATSUMOTO, T.; KOGA, M.; SATO, T. - "The changes of gasoline compounds in blood in case of gasoline intoxication" *Clinical Toxicology* 30:653-662, 1992.
- NAPPO, S. & CARLINI, E.A. - "Preliminary findings: consumption of benzodiazepines in Brazil during the years 1988 and 1989". *Drug and Alcohol Dependence* 33:11-17, 1993.
- NAPPO, S.A. - "*Baquêros*" e "*Craquêros*" *Um estudo etnográfico sobre o consumo de cocaína na cidade de São Paulo*. Tese de doutorado. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, 1996.
- NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.F.; MATTEI, A.R. - "Crack use in São Paulo". *Substance Use and Misuse* 31(5):565-579, 1996.
- NOTO, A.R.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.F.; MATEI, R.; CARLINI, E.A. - *III Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Meninos e Meninas em Situação de Rua de Cinco Capitais Brasileiras -1993*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia - Escola Paulista de Medicina, 1994.
- NOTO, A.R.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.F.; MATTEI, R.; CARLINI, E.A. - "Use of drugs among street children in Brazil". *Journal of Psychoactive Drugs* 29(2):185-192, 1997.

USO E ABUSO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL

Use and abuse psychotropic drugs in Brazil

José Carlos Fernandes Galduróz

Médico psiquiatra, doutor em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e pesquisador do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)

"Parece improvável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os 'Paraísos Artificiais', isto é, ... a busca de autotranscendência através das drogas ou ... umas férias químicas de si mesmo ... A maioria dos homens e mulheres levam vidas tão dolorosas - ou tão 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

RESUMO: *O autor descreve os estudos realizados pelo CEBRID sobre o consumo de drogas psicotrópicas no país, comentando os principais resultados, com especial ênfase nas pesquisas entre estudantes e o 1º levantamento domiciliar feito no Estado de São Paulo.*

ABSTRACT: *The author describes the studies performed by CEBRID on the drugs consumption in the country, commenting the main results, with emphasis in the surveys among students and the 1st household survey in São Paulo's State.*

PALAVRAS-CHAVE: *indicadores epidemiológicos, drogas psicotrópicas, abuso, estudantes.*

KEY WORDS: *epidemiological indicators, psychotropic drugs, abuse, students.*

Para se avaliar a situação do consumo de drogas do país, são utilizadas diferentes abordagens: pesquisas populacionais (entre estudantes e meninos em situação de rua), indicadores do consumo (internações provocadas por drogas, apreensões pela polícia, etc.) e estudos etnográficos (pesquisa qualitativa). Cada um dos parâmetros analisados é essencial para a avaliação do todo, podendo, inclusive, haver resultados contrastantes. Assim, a droga mais consumida nem sempre é a responsável pelo maior número de internações ou mortes (Carlini-Cotrim, 1991).

Estudos nacionais realizados entre estudantes brasileiros nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997 indicaram as drogas lícitas como as mais consumidas. Em primeiro lugar aparece o álcool, seguido pelo tabaco; os inalantes em 3º lugar, seguidos pela maconha, ansiolíticos e anfetaminas (Galduróz et al., 1997). Tais estudos têm indicado a semelhança do perfil brasileiro quando comparado com outros países, exceto os Estados Unidos onde o consumo é muito maior (Carlini-Cotrim, 1991). Por outro lado, entre meninos(as) em situação de rua, o perfil de consumo se mostra diferenciado. O consumo de drogas nesta população é extremamente elevado e muito superior aos valores observados entre estudantes. Os inalantes e a maconha são as drogas mais consumidas entre os meninos em situação de rua, seguidas pela cocaína nas capitais do Sudeste do país e pelos medicamentos psicotrópicos nas capitais nordestinas (Noto et al., 1998).

Quanto aos indicadores do consumo, as internações por cocaína vêm aumentando a partir de 1987, ocupando, nos últimos anos, o primeiro lugar entre as drogas, exceto álcool, posto este ocupado pela maconha até o ano de 1991 (Carlini et al., 1993; Noto & Carlini, 1995). Ao serem analisadas as apreensões pela Polícia Federal no período 1980/1995, verificou-se que, enquanto as apreensões de maconha diminuíram a partir de 1987, as de cocaína aumentaram consideravelmente. Embora as quantidades de drogas apreendidas tenham sido grandes, os números de inquéritos e indiciamentos foram pequenos quando comparados com outros países (Galduróz et al., 1994). As diferenças de padrão de consumo entre homens e mulheres também merecem destaque. Enquanto entre os homens predomina o uso de drogas ilícitas (maconha e cocaína), entre as mulheres o consumo de medicamentos psicotrópicos é superior (ansiolíticos, anfetaminas, etc.). Quando analisado o consumo de álcool e tabaco, observa-se que são as drogas de maior consumo entre estudantes e meninos em situação de rua, sendo o álcool responsável por mais de 95% das internações hospitalares provocadas por drogas. Assim, apesar de não receberem a devida atenção, estas são as drogas mais consumidas e as que trazem os maiores prejuízos à população.

Mais recentemente o CEBRID realizou uma pesquisa domiciliar sobre o consumo de drogas nas 24 maiores cidades do Estado de São Paulo (foram incluídas todas as cidades com mais de 200 mil habitantes). As principais conclusões do estudo foram:

1. O *uso na vida* de qualquer droga psicotrópica, exceto álcool e tabaco, foi de 11,6%, porcentagem próxima ao Chile, superior à Colômbia e muito inferior aos EUA (34,8%). Os resultados globais das 24 cidades pesquisadas mostram que o Estado de São Paulo tem perfil que se aproxima mais aos países em desenvolvimento, distanciando-se bastante dos países de 1º mundo como os da Europa ou o EUA, no que diz respeito ao uso de drogas psicotrópicas.
2. O álcool e o tabaco foram as drogas com maiores prevalências de *uso na vida*, com 53,2% e 39,0%, respectivamente. Quanto às estimativas de dependentes de álcool as porcentagens estiveram ao redor dos 6%, valores próximos aos observados em estudos de outros países. De qualquer forma, vale lembrar que essas drogas são legalizadas e que as campanhas de prevenção raramente abordam essa questão.
3. A maconha foi dentre as drogas ilícitas a que teve maior *uso na vida* (6,6%), porém com porcentagens muito inferiores ao observado por exemplo no Chile (16,6%), EUA (32,0%), Dinamarca (31,3%), Espanha (22,2%) e Reino Unido (22,0%). O uso no sexo masculino é maior do que no feminino, fato que deve ser levado em conta nos programas de prevenção.
4. A prevalência do *uso na vida* de cocaína no Estado de São Paulo (2,1%), está bem próxima ao de alguns países da América do Sul como Chile (2,5%) e Colômbia (1,6%), além de Holanda (2,4%) e Dinamarca (2,0%); é bem inferior à prevalência dos EUA (10,6%). Isto sugere que a implantação de programas preventivos copiados de outros países, sem se conhecer a realidade brasileira, tende ao fracasso.
5. Não houve nenhum relato do uso de heroína, ao contrário do que a mídia tem veiculado nos últimos tempos.
6. Detectou-se o uso de esteróides anabolizantes (0,6%), que embora em porcentagens muito pequenas pode ser um indicador importante, pois o culto ao corpo musculoso, não se importando como conseguiu-lo, tem crescido ultimamente.
7. A percepção da população quanto à facilidade em se conseguir certas drogas é surpreendentemente alta, como por exemplo 38,3% dos entrevistados acreditando ser fácil conseguir a heroína; 62,4% a cocaína e o LSD com 36,2%. Essas expressivas porcentagens devem fazer parte do imaginário

- popular criado pela mídia, pois os dados epidemiológicos não mostram dados elevados de consumo dessas drogas.
8. A percepção em relação ao tráfico de drogas apresentou porcentagens elevadas, já que cerca de 20% diz ter visto alguém vendendo ou procurando comprar drogas. Porém quando a questão diz respeito diretamente ao entrevistado como por exemplo ao ser perguntado se já tinha sido procurado por um traficante oferecendo-lhe drogas, apenas 3,6% do total respondeu afirmativamente. Essa contradição pode estar refletindo um receio de se comprometer diretamente com a questão do tráfico. Por outro lado as porcentagens quanto a observação de tráfico pode refletir uma visão ampliada e distorcida do fenômeno ou mesmo estar traduzindo a realidade, o que seria muito preocupante.
 9. Conclusões semelhantes à anterior podem ser tiradas quanto à percepção de ter visto alguém embriagado ou sob efeito de drogas, pois cerca de 50% da população respondeu afirmativamente a esta questão, ou seja, ou estamos diante de visões distorcidas ou a realidade está preocupante.
 10. Quase a totalidade da população considerou um risco grave o uso diário de qualquer das quatro drogas pesquisadas quanto a este aspecto (álcool, maconha, cocaína e "crack").
 11. Embora o IMC (Índice de Massa Corporal) tenha apenas sido obtido por relato dos entrevistados, somente uma pequena porcentagem apresenta IMC que justifique o uso de drogas anorexígenas. Portanto, o grande consumo dessas substâncias no Brasil, como vários trabalhos mostram, precisa ser revisto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARLINI, E.A.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.F. - *A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos*. Revista ABP-APAL 15(4):121-127, 1993.
- CARLINI-COTRIM, B. - *O consumo de substâncias psicotrópicas por estudantes secundários: O Brasil frente à situação internacional*. Revista ABP-APAL 13(3): 112-116, 1991.
- GALDURÓZ, J.C.F.; FIGLIE, N.B.; CARLINI, E.A. - *Repressão às drogas no Brasil: a ponta do "iceberg"?* - Jornal Brasileiro de Psiquiatria 43(7): 367-71, 1994.
- GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. - *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras- 1997*. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina: 1-130, 1997.
- GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A. - *I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, 1999*. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina: 1-143, 2000.
- NOTO, A.R.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.F.; MATTEI, R.; CARLINI, E.A. - *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais brasileiras - 1997*. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - Depto. de Psicobiologia – Universidade Federal de São Paulo: 1-120, 1998.
- NOTO, A.R. & CARLINI, E.A. - *Internações hospitalares provocadas por drogas: uma análise de sete anos consecutivos*. Revista ABP-APAL, 17(3): 107-114, 1995.

O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA¹

The family function at the drug addict treatment

Maria de Lurdes de Souza Zemel

Psicóloga, ex-diretora do Centro de Estudos do IMESC, ex-presidente do CONEN-SP

RESUMO: *O trabalho apresenta as configurações de relações interpessoais mais encontradas nas famílias de dependentes e indica a terapia familiar como um meio de interlocução entre seus membros entendendo o uso de drogas como uma tentativa de manutenção do equilíbrio familiar.*

ABSTRACT: *This paper presents the configuration of interpersonal relationships most common in drug addict families. It recommends family therapy as a way of interaction among its members, supposing that drug is being used to maintain the family balance.*

PALAVRAS-CHAVE: *drug addict families*

KEY WORDS: *famílias de dependentes*

I – LOCALIZANDO A FAMÍLIA

Vamos pensar num formigueiro.

Certamente veremos uma organização que se repete através dos anos. Existem as formigas “obreiras” que são feitas para o trabalho e permanecem nesta função até o final de seus dias. Outras são “guerreiras” e defendem o formigueiro de seus agressores. Claro que estou falando como leiga. Talvez os estudiosos das formigas poderiam nos mostrar muitos aspectos importantes sobre elas. Mas, apesar disso, nos mostrariam que através dos tempos as formigas mantêm sua função e sua “organização” dentro dos formigueiros.

Pensando nos cães, podemos notar que a civilização influi sobre eles. Hoje o cão muitas vezes perde sua função de caçador para ser um companheiro do homem solitário da grande cidade. Os cães passam a ter “patologias” dos humanos e até comportamentos neuróticos como seus donos. Os cães não têm mais a oportunidade de andar em matilhas e aprendem com o homem como se comportar. Vão perdendo um pouco de suas características e vão se humanizando. Tomam contraceptivos e vivem confinados muitas vezes em pequenos espaços de cimento.

E os humanos como têm se organizado ao longo do tempo?

Os humanos sempre se organizaram grupalmente e foram criando leis próprias na tentativa de preservação de sua própria espécie. Aliás, a luta é sempre esta, a da preservação.

Para a manutenção da vida é preciso que haja algum equilíbrio entre os homens, os animais e a natureza.

¹ **Projeto** – Noções básicas sobre a assistência às dependências

Quando se pensa em preservar as tartarugas marinhas, a floresta amazônica, a água, a adequação da construção das cidades, está se pensando na preservação da vida.

Os grupos humanos sofreram várias mudanças nas suas organizações e vão sempre sofrendo estas alterações conforme vão se adiantando tecnologicamente – é o preço da civilização.

Vamos focar o grupo familiar.

Se vamos estudar o grupo familiar, historicamente vemos que ele viveu muitas mudanças, além das “leis” impostas pela civilização e entre elas podemos citar a proibição do incesto que é uma lei social de preservação da espécie e não só uma lei moral como se pensa.

As formigas japonesas ou brasileiras são formigas da mesma forma e mantêm sua organização no formigueiro.

Os seres humanos são humanos em qualquer lugar do planeta, mas além de terem características físicas diversas têm organizações familiares e funções sociais próprias. De acordo com a cultura em que está inserido este grupo ele constituirá sua cultura relacional, ou seja, o que é permitido ou não nas relações interpessoais dentro da família.

Mas a “família nuclear” tem, universalmente, pré-requisitos para a sobrevivência da sociedade que se resumiriam em funções elementares como da sexualidade, da reprodução, da manutenção da economia e da educação.

O que leva o ser humano a procurar novas formas de relação e novas descobertas é sua sede de conhecimento e sua insatisfação – isto também é o que o diferencia das outras espécies.

A droga sempre foi um elemento procurado pelo homem para o apaziguamento de sua insatisfação.

Enquanto a droga podia ser usada ritualisticamente ela realmente atendia a esse apaziguamento.

O que seria diferente hoje?

O que teria a organização familiar a ver com isto?

Hoje o homem não “usa” drogas, mas “consome” drogas.
Hoje a droga é uma questão econômica além de psicossocial.

Mas, diante de tanto uso e consumo passou-se a observar que algumas pessoas se comprometiam seriamente com o problema e outras não. Passou-se então a pensar nas relações “em torno” que poderiam ser favorecedoras deste uso além dos grupos de fornecedores.

As famílias começaram a ser estudadas quando na Itália houve um movimento social importante e os hospitais psiquiátricos foram fechados. Os “loucos” voltaram para suas casas e as famílias tiveram que se responsabilizar por isto.

No Brasil, na década de 70, os “drogados” eram mandados ao hospital psiquiátrico e tratados como marginais ou psicopatas irrecuperáveis. Assim como as famílias, os profissionais de saúde também não viam com bons olhos esses indivíduos questionadores, ousados e abusados.

Muitas vezes, o indivíduo hospitalizado conseguia manter relações razoáveis. Mas bastava sair do hospital e vinha a recaída que era sempre da responsabilidade das “más companhias”.

As famílias entregavam seus membros doentes para ficarem segregados nas instituições e assim reproduziam uma posição social importante que era definir que o “mal” estava fora delas e com essa garantia se mantinham “boas”.

Alguns estudiosos começaram a pensar nas instituições como reproduções das estruturas familiares. Nas instituições também se definia como “bom” o paciente que aceitava passivamente o “remédio” que lhe era recomendado e “mal” o que transgredia. Quem transgredia eram os usuários de drogas e aí passaram a ser considerados irrecuperáveis.

Quase que independentemente da quantidade de droga que se usava ou da qualidade de vida que se tinha, só o fato de usar drogas já definia um destino para o indivíduo – o de ser marginal e, portanto, o responsável de todas as “infelicidades” familiares.

Estudando as famílias e as relações mantidas dentro delas percebeu-se que esse “marginal” tinha uma função importante - a de preservar o “equilíbrio” familiar - manter a homeostase.

**Qual a necessidade de se manter um indivíduo à margem?
Quem está à margem de um grupo pertence a este grupo?**

A necessidade é a de manter a diferenciação entre o bem e o mal – se ele é o mal eu sou o bem.

Quem está à margem pertence ao grupo. Precisa permanecer neste lugar como uma garantia de manutenção do suposto equilíbrio do grupo.

Com o aumento do consumo de drogas passou-se a pensar que relações seriam tão poderosas estas da “má companhia” que levariam os indivíduos para o mal e porque se valorizava tanto estas relações e não as outras – as familiares “boas”, por exemplo.

A terapia familiar foi se desenvolvendo e tratando de muitas patologias. Percebia-se que conforme se instalava uma patologia num membro de uma família, por exemplo uma esquizofrenia, se observavam “relações favorecedoras” desta patologia.

Ao mesmo tempo passou-se a entender melhor o usuário de drogas e suas características pessoais. Entender sua responsabilidade no processo do uso, do abuso e da dependência. O usuário passou a fazer parte da dança das relações familiares e não podia mais ficar confortável no papel de vítima ou de abusar do efeito químico da droga para justificar seus atos. Por exemplo: roubei porque estava drogado – querendo dizer que a droga lhe dava o poder do roubo e ele não era responsável por isto.

Muitas vezes, diante da necessidade de tratamento, o jovem usuário não sentia essa necessidade e fazia uma vinculação muito frágil com seu terapeuta

individual. Cumpria “a pena” imposta pela sociedade ou pela família de se tratar para parar de usar drogas quando muitas vezes ele não queria parar. Então, o insucesso estava definido, pois o desejo de tratamento não era dele.

No meu entender, a terapia familiar de famílias de toxicômanos ou de usuários de drogas atende a estas duas demandas abaixo descritas:

1. favorece o trabalho de relações patológicas dentro do grupo familiar que seriam “favorecedoras” do uso;
2. inicia um trabalho de discussão da necessidade do toxicômano ou do usuário apoiado pela própria família.

Vejam agora quando se indica terapia familiar, quais as principais características destas famílias e como podemos tratá-las na clínica privada e pública.

II – INDICAÇÕES PARA ATENDIMENTO

A – FOCANDO O USO

A1 - Diante de um uso eventual

Quando um dos membros de uma família faz um uso eventual de drogas (lícitas ou ilícitas) e este uso de alguma forma transpira dentro da família porque se chegou alcoolizado em casa, houve uma batida de carro, houve uma apreensão policial. A família deve ser examinada e algumas vezes somente orientada. Outras vezes, apesar do uso ser eventual, pode-se perceber características familiares que justifiquem uma terapia, características que descreveremos a seguir e definiriam esta família ou este usuário com possibilidades de desenvolvimento de uma dependência.

A2 - Diante de um uso abusivo

Esta família também procura tratamento diante de uma intercorrência com seu usuário. Raramente esta iniciativa vem dos usuários.

Neste caso as intercorrências são mais graves como overdoses, por exemplo. As revelações também são mais sérias: o uso acontece há muitos anos, ou existem envolvimento com tráfico ou ainda vários problemas vêm se passando na vida da pessoa que são sempre interpretados de outras maneiras como por exemplo repetências escolares sucessivas entendidas como inadequações da escola.

Para esta família é indicada a terapia.

B – FOCANDO A FAMÍLIA E O TERAPEUTA

A indicação de uma terapia familiar deve estar dentro das possibilidades da família e do terapeuta.

Para a família é preciso que exista a necessidade de discutir suas questões além do problema da própria droga. A terapia não deve ser um julgamento e/ou um enquadramento do usuário – isto é feito pela justiça.

Para o terapeuta é preciso que exista formação teórica, técnica e pessoal.

Tratar famílias não significa somente colocá-las diante de si e ter uma conversa de bom senso. Os tratamentos familiares são tão sérios quanto os individuais e é preciso que o terapeuta se dê conta disto. Não é só um tratamento mais barato e mais rápido.

Outra questão importante para se fazer uma indicação é que exista uma “necessidade” desta família em ser atendida. Ter necessidade não é não manifestar resistência. Sempre vai haver resistência e é com ela que se trabalha. A necessidade da qual eu falo deve ser da família e não do terapeuta.

Muitas vezes o terapeuta faz uma indicação pelo seu desejo exagerado de cura ou para se livrar do problema. Todos sabemos que qualquer “remédio” bem indicado é muito mais eficaz que outro mal indicado.

Para que uma família seja tratada é preciso que ela se sinta co-responsável pelo problema que é vivido por um dos seus membros. Pode parecer que esta idéia seja difícil, mas quando pensamos em coisas boas ela se torna fácil de compreender. Por exemplo, se um filho é um bom esportista os pais se sentem co-responsáveis ou se o marido é um grande executivo a mulher se sente co-responsável mantendo favoravelmente as situações da casa.

É trabalho do terapeuta mostrar a co-responsabilidade da família diante do problema de uso de drogas, tendo o cuidado de não ter uma atitude acusatória com a família ou com outro membro da família.

III – CONFIGURAÇÕES DE RELAÇÕES MAIS ENCONTRADAS NESTAS FAMÍLIAS

Quando tentamos caracterizar ou falar de características de famílias com problemas de uso ou abuso de drogas, não estamos fazendo um teste onde já tenhamos comprovado que um número destas características significa patologia.

Estamos falando da observação de muitos clínicos que trabalham com famílias pelo mundo.

Sabemos também que muitas famílias, apesar de terem estas características aqui citadas, não desenvolvem o uso indevido de drogas.

Nas famílias de usuários ou abusadores observamos as seguintes características:

A - Indiscriminação de Papéis

É como se estas famílias se apresentassem como “um embolado” onde eles próprios não se reconhecem como pessoas distintas umas das outras.

Às vezes, esta indiferenciação é tão grande que chega a uma confusão entre o feminino e o masculino.

Com esta indiferenciação, a família não consegue respeitar uma hierarquização entre os pais e os filhos. Os pais (ou um deles) ficam completamente desautorizados e os filhos (ou um deles) assumem o papel de déspota. Na maioria das vezes este papel fica com o usuário que define seus horários desde muito cedo, desautoriza os pais, despreza os valores tradicionais da sua família.

Sem que as pessoas se discriminem elas não podem se relacionar.

Se eu estou “misturado” com você, quando penso uma coisa defino que você também pensa daquela forma e não preciso falar com você. Passo a agir como se tudo estivesse certo entre nós.

B - Dependência

A dependência nesta família aparece com o uso de drogas – um indivíduo apresenta-se “dependente” de drogas.

Ao examinarmos essa questão do ponto de vista das relações familiares vemos um indivíduo que, apesar de assumir atitudes aparentemente agressivas em relação a sua família, não consegue se desenvolver para cuidar da própria vida e viver como diz que é o melhor e como deseja. Vemos também uma família que não favorece o desenvolvimento deste filho para que ele cuide de si mesmo.

Em geral vemos pais “viciados” no “vício” do próprio filho. Todas as infelicidades passam a ser explicadas e justificadas pelo problema da droga.

Não estou querendo dizer que o uso de drogas numa família não é um problema – só estou chamando a atenção para a “co-dependência”.

Podemos compreender melhor isso se pensarmos em um outro problema qualquer como uma separação de um casal. Uma separação é sempre uma situação dolorosa. Mas se “tudo” na vida passar a ser explicado pela separação, certamente existe alguma coisa sobre a qual precisamos pensar para nos separarmos verdadeiramente senão, ficamos “casados com a separação”.

Não podemos esquecer que o ser humano ao nascer não consegue por si só buscar seu alimento. Se ele não for cuidado, não sobreviverá.

O ser humano precisa estabelecer uma relação de dependência no início de sua vida para ter dentro de si força para ser independente.

Para andar e falar levamos um ano e para começar a ler e escrever pelo menos mais seis.

Dependemos de ajuda para treinar nossos esfíncteres e dependemos de outras pessoas para nos sentirmos amados e considerados.

Mas, dentro da família, uma hora podemos ser diferentes de nossos pais e escolhermos nosso caminho. Aí entra a função dos pais de poderem permitir que os filhos se diferenciem e de poderem perceber que os filhos não são iguais, têm características e necessidades diferentes então precisam de “atendimentos” diferentes.

O uso da droga, especialmente da droga ilícita, “diferencia” o filho da própria família. A família não reconhece o filho, entendendo que o que ele traz para casa não é da família, é de algum outro grupo social. Mesmo quando dentro da família alguém usa álcool abusivamente, o uso da droga ilícita é lidado como algo mais perigoso.

C - Diferentes Membros Apresentam Diferentes Níveis de Adição

Ao examinarmos uma família que vem tratar da adição, uso abusivo ou abuso de drogas, verificamos outras “adições” em outros membros da família.

Não é incomum que uma família venha muito preocupada com o uso de uma droga ilícita de um filho e tenha um outro membro que usa álcool abusivamente “só nos finais de semana”.

É certo que, do ponto de vista da lei, usar uma droga ilícita é muito diferente do que usar uma droga lícita. Mas do ponto de vista da pessoa ou das relações familiares a questão é a mesma.

Ainda encontramos dentro destas famílias pessoas abusadoras de remédios, de jogos, de trabalho, de comida, etc.

Não estamos colocando todos os abusos como “farinha do mesmo saco”. A importância de observarmos e lidarmos com isso numa família é reconhecermos que existe nestas famílias uma “cultura aditiva”, ou seja, a adição à droga é só um dos elementos.

A cultura aditiva é estabelecida dentro das famílias que suportam pouco lidar com suas diferenciações ou com suas frustrações.

Apesar de algumas formas de adição serem socialmente aceitas e às vezes até estimuladas como, por exemplo, a adição ao trabalho, elas têm importância no entendimento da co-responsabilidade da família diante da adição à droga.

D - Impulsividade e Imediatismo

Um indivíduo que usa drogas faz uma tentativa, com este uso, de obter um prazer que seja mais imediato. Muitas vezes este prazer é vinculado ao alívio de uma dor psíquica. Por exemplo: estou vivendo uma angústia no meu trabalho e não estou conseguindo dormir. Então, tomo um remédio para tentar me aliviar desta angústia e deste incômodo da insônia. Isto é, tento “cortar o problema pela raiz”.

Nas famílias de usuários ou abusadores de drogas observamos também esta característica. Ao virem para um atendimento, em geral, no segundo, já definem a insuficiência do método terapêutico porque o filho “continua igual”. Desejam sempre que o terapeuta apresente um método para “cortar o mal pela raiz”.

Não sei se vocês conhecem uma praga que dá nas plantações de flores e hortaliças que chamamos de “tiririca”. A tiririca é uma folhagem com raiz muito profunda e se não considerarmos isso e não arrancarmos a folhagem adequadamente ela volta a nascer.

O uso de drogas, como já dissemos, e essas relações impulsivas e de imediatismo dentro da família têm raízes profundas e por isso tem que ser cuidadas adequadamente.

Nenhuma família, que sempre resolveu seus problemas com imediatismos e impulsividades (como, por exemplo, se o filho vai mal na escola muda-se de escola) vai conseguir “de imediato” mudar seu funcionamento. Ao contrário, essas famílias têm uma idéia de que “resolvem” sempre tudo, mas muitas vezes se esquecem das profundidades das raízes pensando que o problema está na conduta.

E - Fantasia Mágico Onipotentes

Esta é uma característica bastante ligada a que descrevemos anteriormente.

A família que tem um membro usuário ou abusador de drogas entende que este problema veio do “nada”, como se fosse uma “sina”, um “azar”, uma “cruz”. Em geral são famílias que não percebem suas relações com origens e conseqüências. Assim como os problemas, em geral, vêm do “nada”, têm que ser solucionados com uma palavra ou uma ação. Quando se sentem “tomados” pela questão, tomam uma atitude que às vezes é a de ir ao terapeuta ou a de dizer para o filho que drogas não fazem bem e não conseguem entender porque o quadro não se reverte.

Estas famílias sempre se apresentam diante do indivíduo em foco como fortes, decididas e corretas, colocando assim esse indivíduo numa posição de muito desamparo e isolamento. No meu entender, reforçando a idéia de que na droga ele encontrará mais respostas e satisfações do que nas relações humanas.

Raramente uma família com um membro usuário de drogas consegue se apresentar com problemas. Em geral a apresentação é assim “claro, temos problemas como todo mundo, mas sempre resolvemos tudo sozinhos”. Parece-me que, para uma família se dar conta de que algo que se passou nas suas relações escapou da sua possibilidade de perceber, é como se sentir incapaz e impotente. Então, aceitar a ajuda de um terapeuta fica muito difícil e se solicita dele a mesma postura: a de onipotência na “resolução” da questão.

F - Dificuldade na Comunicação Clara e Direta

Dentro destas famílias prevalecem as mentiras que são sempre entendidas como formas de cuidados “para poupar” ou então as omissões “para não piorar as coisas”.

Raramente estas famílias conseguem diretamente dizer sobre seus “amores” ou seus “ódios”.

Existe dentro delas o que eu chamaria de “idealização do diálogo”.

O diálogo é algo muito propagado como forma de resolução de problemas, só se esquece que muitas vezes as pessoas pensam que estão dialogando e não se dão conta de que estão falando sozinhas ou não estão falando de forma que o “outro” possa ouvir.

Assim como é difícil dizer “parabéns meu filho você melhorou na nota de português” é também difícil dizer “meu filho você precisa estudar português porque sua nota não está boa”. Estas famílias entendem que “isso” não precisa ser dito, já está implícito.

Este “isso” que não precisa ser dito vai sendo interpretado por cada elemento da família de sua forma particular. Então, corre-se o risco de a mãe estar pensando que é claro que ela ama o filho e o filho estar entendendo que não é amado. Ou, ainda, os pais entenderem que a “conduta” e a “correção” deles na vida já diz tudo.

Talvez, nos anos 30, a atitude dos pais pudesse ser melhor entendida que a de hoje. Hoje as comunicações que todos recebemos vêm de muitas fontes e é preciso que na fonte familiar tudo fique o mais claro possível.

G - Limites

Esta palavra “limite”, assim como “o diálogo”, é muito usada e muito pouco entendida.

A palavra é clara – o significado é limitar, mas também conter.

Limitar o que?

De que adianta eu definir o horário para o meu filho chegar se eu não posso verificar se ele cumpriu?

Os usuários e abusadores de drogas tentam estender seus limites de percepção, de sensações corporais, de alucinações, delírios, etc. através da sensação que a droga favorece.

Os familiares destes “abusadores sem limites” não percebem essa necessidade e vivem esta mesma questão tornando suas próprias vidas sem regras.

Em geral ninguém sabe muito de ninguém nem do ponto de vista objetivo (horários, compromissos, ganhos, gastos) e muito menos do subjetivo (satisfações, prazeres, angústias).

Entendo que o abusador representa para sua família, como num palco, através do seu delírio, a desorganização que ela vive.

Quando se toma conhecimento do uso pensa-se que basta “baixar uma portaria” com regras que todos passarão a cumprir.

Do meu ponto de vista não existem limites padronizados, cada família constituirá os seus próprios. Penso também que quem define os limites são os pais com aquilo que eles suportam e podem manter. Um pai pode encontrar um filho se injetando e lhe dar uma surra, outro pode sentar e conversar e outro pode fechar a porta e sair. Cada qual tem a sua razão e atende a sua possibilidade. O que todos “devem” tentar refletir é sobre a responsabilidade diante do fato que se colocou agora nas suas vidas – meu filho está se injetando e eu sei disto então o problema é meu também.

Colocar limites não é também estabelecer uma lei tão rígida que nunca possa ser mudada.

As leis sociais são para todos nós e existem como uma forma de manutenção da nossa convivência social. Todos nós sabemos quão alto é o preço que pagamos quando as leis não são cumpridas, são manipuladas ou não são adequadas de acordo com a realidade.

As leis familiares devem existir como formas de manutenção da família, ou seja, de desenvolvimento de seus membros. Se um elemento não pode se desenvolver algo não vai bem com a família.

No significado do limite se inclui conter porque é preciso que a lei também seja criada dentro da possibilidade do cumprimento da pessoa senão, ela só servirá para mostrar a impossibilidade do outro.

Conter significa suportar as impossibilidades do outro e ajudá-lo a vir a suportar dentro de si próprio e dentro da família suas desorganizações.

H - A Presença de Mitos e a Ausência de Ritos

Mitos familiares são crenças muitas vezes vindas de outras gerações e que apesar de não serem partilhadas são cumpridas. Por exemplo – “já quando esse menino nasceu eu sabia que nós teríamos problemas”.

Ritos familiares são cerimônias que as famílias têm para passar por suas infelicidades e por seus sucessos. Alguns ritos são religiosos ou culturais (Natal, por exemplo) e outros são próprios de cada família.

Nestas famílias primeiro percebemos a ausência de ritos. Passar no vestibular ou comunicar a morte do avô é quase a mesma coisa. Passar no vestibular não é mais que obrigação e o avô é um problema dos pais por isso eu não preciso ir ao enterro.

Quando falo de ritos falo dessas situações especiais como o vestibular e o enterro, mas também falo do dia a dia que pode ser a hora certa para o pai chegar em casa, a novela que pode ser vista junto, o livro que pode ser comentado, a notícia de um problema social que pode ser discutida, o jantar de sábado, o que for da possibilidade da cada família.

O uso da droga favorece ao jovem participar de um rito de transgressão e certezas porque certamente a palavra de um traficante é cumprida.

Os mitos já são situações bastante complicadas para serem trabalhadas e desvendadas porque significam crenças muito fortes e quando são desfeitos são desorganizadores. Mas são características especiais destas famílias.

I - A Constituição de uma Família Paralela

Os usuários ou abusadores “constituem” paralelamente uma família com seu grupo de uso. Nesta família, em geral eles recriam papéis familiares.

Tentam ficar independentes de suas famílias de origem e ficam dependentes de suas “famílias” paralelas.

Com esse movimento podemos observar duas questões interessantes:

1. como, apesar de seu protesto, o abusador precisa se cercar de pessoas com as quais ele se identifica e pelas quais ele se sente contido.
2. como ele consegue com essa “família” ter regras e normas que ele cumpre.

Com isso observado podemos repensar a constituição familiar do abusador como uma constituição que precisa ser reconstruída para que haja um espaço para ele manifestar suas dificuldades sem que seja através do uso indevido de drogas.

IV - TRATAMENTO

Quando aceitamos que o problema de uso e consumo de drogas é uma questão bio-psico-social já estamos aceitando que a família se inclui neste processo.

As famílias muitas vezes se colocam fora do problema entendendo que o social está representado pela instituição escolar, pela polícia ou pelo grupo de traficantes. Mas é preciso que elas saibam que são elas as principais representantes deste “social”.

Uma família facilmente se sente responsável por cuidar de um filho que sofre um acidente de trânsito, mas sempre tem muita dificuldade em cuidar das questões que envolvem problemas psíquicos.

A maioria de nós tem uma família independente da constituição que ela tenha e quando não temos família, pertencemos a uma instituição com quem fazemos laços familiares. No segundo caso, o da instituição, muitas vezes ela tem que ser tratada para não ser estimuladora de uso. Mas, voltemos a família.

A família é co-responsável pelo uso de drogas de seu membro porque ela é co-dependente deste problema (vimos melhor isto quando discutimos as características das famílias).

Diante do uso ou abuso de drogas as famílias sempre se colocam como estando em uma situação inesperada – como um acidente. Talvez esta situação seja assim vivida porque diante deste problema a própria família fica focada na droga e não no indivíduo que está usando.

Quando uma família vem procurar ajuda para um membro comprometido com a droga ouvimos sempre, deles próprios, uma história de muitos problemas anteriores. Problemas que envolvem, na maioria das vezes, muitas outras questões além da droga.

Na constituição atual das famílias, talvez pela rapidez das comunicações, os pais sempre se colocam desautorizados ou desatualizados em relação aos filhos. Com isso abdicam de seu conhecimento, do conhecimento que tiveram na vida e que usam para outras questões. Abdicando desse conhecimento interno, do “faro” de mãe ou pai, os pais ficam solicitando um conhecimento “teórico” sobre o problema – sempre afirmam: “Não sabemos nada sobre drogas, nunca usamos..., isto nunca aconteceu na nossa família”.

O conhecimento teórico sobre drogas, sobre questões psíquicas, sobre como tratar a questão é de responsabilidade dos terapeutas e não dos pais.

Se saber teoricamente sobre as questões fosse suficiente bastaria que pudessemos indicar livros para todos os pais e assim todos já fariam prevenção.

Conhecer sobre o uso e abuso de drogas dentro de uma família é poder refletir sobre a função que este uso tem nas relações familiares. Com isto não quero dizer que não existem, muitas vezes, questões físicas e psíquicas particulares do usuário que devam ser tratadas.

Algumas vezes a terapia familiar é suficiente - só o atendimento familiar reduz o uso e restabelece as situações do indivíduo comprometido.

Outras vezes, através do atendimento familiar, verificamos que alguém da família (não o usuário) é muito comprometido psicologicamente e ele é quem vai para um atendimento individual.

Outras vezes, ainda, o atendimento familiar faz parte de uma série de abordagens dentro de uma instituição.

Hoje no Brasil, temos em todos os Estados, Centros de Referência que oferecem atendimentos gratuitamente.

Na clínica privada também existe esta possibilidade.

Talvez, o grande conhecimento que se deva ter, ao se aceitar um atendimento familiar, é que toda a família deverá ser tratada e não mais só o usuário.

V - CONCLUSÃO

De um lado vemos uma família fazendo uma denúncia de um sofrimento. Essa família “denuncia” algo que este usuário ou abusador não percebe, não compartilha.

Ela sofre “porque” seu filho usa drogas, mas ela já não se entende ou não consegue mais disfarçar sua falta de entendimento anterior. Agora é preciso cuidar “do usuário”.

Essa família só entende que os problemas existem porque existe a droga.

Do outro lado vemos um indivíduo usando ou abusando de drogas e com isto “denunciando” que sua família não vai bem, tem relações muito comprometidas.

Para ele, em geral, seu uso não tem nada a ver com sua família – é uma escolha que ele fez e que pode desfazer quando desejar. Ele se sente “diferente” da família, mas sempre desejou isto.

O jogo de tentar colocar o problema no outro ou fora deles todos se apresenta diante de nós (terapeutas) como uma forma de pedir ajuda e ao mesmo tempo de propor um conluio para que façamos o mesmo.

As duas posições são tentativas de preservação do grupo familiar, sem diferenciações entre seus membros.

Talvez, a terapia familiar possa ser o interlocutor destas duas posições que têm que ser consideradas com muita seriedade – desta forma ela desempenharia um papel de ajuda no tratamento das dependências, tratando suas inter-relações e considerando que estamos diante de um grupo humano e não de um grupo de formigas que “sempre” tem a mesma organização social.

Por isso, os problemas não se encerram por aí. Outros virão diante da ausência deste, mas eles poderão servir para o desenvolvimento e diferenciação de cada uma das pessoas, dentro da família, como cada uma delas puder.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIÉS, P. - *História social da criança e da família*. Editora Guanabara, 1981.
ANDOLFI, M. e ANGELO, C. - *Tempo e mito em psicoterapia familiar*. Artes Médicas, 1989.
ANDOLFI, M. e outros. - *Por trás da máscara familiar - um novo enfoque em terapia da família*. Artes Médicas, 1984.
BATESON, G. y otros. - *Interacción familiar*. Ediciones Buenos Aires, 1980.
EIGUER, A. - *Um divã para a família - Do modelo grupal a terapia familiar psicanalítica*. Artes Médicas, 1985.
FÉRES-CARNEIRO, T. - *Família: diagnóstico e terapia*. Zahar Editores, 1983.

- FÉRES-CARNEIRO, T. (org.). - *Casal e família - Entre a tradição e a transformação*. NAV Editora, 1999.
- MEYER, L. - *Família: dinâmica e terapia (Uma abordagem psicanalítica)*. Editora Escuta Ltda., 1994.
- OSÓRIO, L.C. - *Família hoje*. Artes Médicas, 1996.
- RAMOS, M. (org.). - *Casal e família como paciente*. Editora Escuta Ltda., 1994.
- RAMOS, M. (org.). - *Terapia de casal e família - O lugar do terapeuta*. Editora Brasiliense, 1992.
- WINNICOTT, D.W. - *A família e o desenvolvimento individual*. Martins Fontes, 1993.

ADOLESCÊNCIA E TOXICOMANIA

Adolescence and drug abuse

Mônica Gorgulho

Psicóloga com especialização em adolescência, mestranda em Psicologia Social, coordenadora do programa de redução de danos do Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, presidente da Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC) e conselheira do CONEN-SP representando a Comunidade Acadêmico-Científica

RESUMO: *Este artigo questiona a relação estreita que tem sido feita entre adolescência e abuso de drogas, propondo que se possa considerar o aspecto criativo de tal comportamento, quando ele existe. Reflete também sobre as condições oferecidas pelo grupo social, onde o jovem está inserido, para uma expressão mais harmônica das reais necessidades e anseios do adolescente.*

ABSTRACT: *This paper reflects on the tight relation that has been made between adolescence and drug abuse, suggesting considering the creative role of such behavior when it is present. It proposes to think about the responsibility of the social group where the teenager is in sort of to help him/her to find a more harmonious expression for his/her real necessities and wishes.*

PALAVRAS-CHAVE: *adolescência, toxicomania*

KEY WORDS: *adolescence, drug abuse*

Apesar da relação do abuso de drogas e adolescência vir nos preocupando muito, parece que não temos conseguido uma abordagem adequada para o que chamamos de “problema”, uma vez que esse fenômeno tem crescido de forma significativa.

O modelo médico de abordagem às toxicomanias, onde saúde e doença, certo e errado são os temas principais, tem sido privilegiado no olhar que orienta nossas reflexões, imprimindo uma abordagem biológica, técnica e racional, muito mais que afetiva, aos nossos padrões de ação. Isso me parece um paradoxo, na medida em que todos sabemos da grande influência dos aspectos emocionais na conformação de uma dependência.

Cito a dependência por entender que somente ela e o abuso de substâncias psicoativas deveriam ser foco de nossa preocupação, deixando o uso controlado de qualquer droga, quando possível, fora de nossa discussão.

De forma equivocada, no meu entender, esses dois temas – adolescência e toxicomania – têm sido relacionados quase que obrigatoriamente, forçando uma problematização, tanto por parte dos adultos leigos, quanto por um bom número de técnicos envolvidos com essa discussão. Parece que a única realidade possível é a transformação da enorme maioria da população jovem em “dependentes de drogas”, com todo o caráter negativo que essa definição traz consigo. Para os observadores mais cuidadosos, parece que a dependência só pode ser substituída por um uso problemático de drogas, o que costumamos chamar de abuso.

Nós já sabemos que dependência pede tratamento, e que ela não responde pelo padrão de consumo exibido pela maioria dos jovens. O uso recreativo pede, por seu turno, paz. Paz para ser vivido sem interferências, nem mal-entendidos, uma vez que ele não representa qualquer dano para o indivíduo ou seu grupo social. E o abuso? O que fazer dele? O abuso tem que ser sempre destrutivo ou pode ser, às vezes, criativo, na medida em que comunica alguma coisa ao jovem (ab)usuário e/ou ao grupo social onde ele se insere?

Muito temos falado sobre dependência e abuso de drogas e fragilidade egóica. Psicodinamicamente, a dependência ou o abuso são entendidos como a relação estabelecida entre o sujeito e um objeto que lhe garanta e lhe confirme sua existência, tal qual aconteceu entre o bebê e a figura materna, nos seus primeiros meses de vida. O ego do bebê, não tendo ainda se desenvolvido, tomava emprestado o ego materno, através do qual se deram as primeiras experiências com o mundo externo. A relação da mãe com o bebê era, portanto, de dependência. Sem a mãe, ele seria incapaz de se relacionar com o mundo e sua sobrevivência estaria comprometida. Uma figura cuidadora desatenta não ofereceria os cuidados necessários à criança, colocando-a sob risco de vida. Assim, temos que um ego inadequado pode ser fruto de características individuais de personalidade, ou de uma organização familiar deficitária.

Nesse momento, gostaria de tomar emprestado o conceito de ego e introduzir uma outra concepção que vá além do ego individual, influenciado, como já vimos, por características pessoais e familiares. Estou falando do que chamo de ego do cidadão, em contraposição ao ego do indivíduo. O indivíduo se forma no meio familiar e o cidadão, no meio do grupo social.

Olievenstein¹ nos fala do papel do indivíduo, da própria substância (a droga) e do meio-ambiente na conformação e definição de uma dependência. O indivíduo, com suas características pessoais, é assunto para a área médica. A droga não oferece nenhuma possibilidade de interferência, uma vez que ela apresenta características químicas próprias, que são imutáveis. O meio ambiente pode ser entendido de duas formas: o imediato – o grupo familiar -, e o mediato – o grupo social mais amplo, onde aquele indivíduo se insere.

O grupo social é o meio responsável e facilitador da entrada do adolescente no mundo adulto. É o grupo social que vai determinar para o adolescente as condutas e os comportamentos esperados de um adulto. É o grupo social, com suas regras já estabelecidas, que vai ditar o novo código de ação para o adolescente. Já (supostamente) crescido e conhecedor dos segredos que a nova identidade guarda para aqueles que atravessaram a fronteira entre a infância e a vida adulta, o grupo social será aquele que poderá reconhecer as habilidades e potencialidades do adolescente e lhe conferir um lugar nesse novo mundo. Ser adulto é ainda um mistério para o adolescente, que espera ser ajudado na sua iniciação. Mas toda iniciação pede uma orientação e uma expectativa claras. Eu só posso aceitar me formar um psicólogo se eu souber o que é esperado de um profissional desse tipo. Alguém só vai demonstrar qualquer interesse em se transformar em um adulto se ele souber o que é esperado, em termos de direitos e deveres, de uma pessoa dessa categoria.

¹ Olievenstein, C. *A Clínica do Toxicômano – a falta da falta*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1989.

Mas, que tipo de propostas temos oferecido aos adolescentes, hoje em dia? Quais são as expectativas que eles podem alimentar no campo profissional e pessoal? Temos sido capazes de lhes ensinar o caminho das pedras nessa difícil travessia que é a aquisição de uma nova identidade, com a responsabilidade de novos papéis sociais? Eu penso que não. Pelo simples fato de que nós mesmos temos enfrentado nossas próprias crises pessoais e profissionais, em um mundo em transformação.

O desenvolvimento tecnológico ocorrido, especialmente, no último século, deu prosseguimento às novidades introduzidas por época da Revolução Industrial, em meados do século passado. A partir dali, o mundo vem se reorganizando, em um novo paradigma, que poderia ser resumido como “de produção”. O mundo capitalista, consumista, conseqüente dessa última modificação, pede uma produção acentuada de bens – materiais ou não. Todos nós passamos a ser reconhecidos pelos bens que somos capazes de produzir. A desvalorização da identidade pessoal em detrimento da profissional, absolutamente desvinculada da experiência de sobreposição de identidades, ao ser reconhecido pelo ofício que se exercia (presentes no modelo de produção pré-revolução), faz com que somente algumas esferas de nossas personalidades sejam reconhecidas. Essas áreas são justamente as que garantem uma produção, levando-nos ao sucesso profissional e, conseqüentemente, pessoal, na medida em que somos valorizados pelo que somos capazes de produzir.

Parece-me que pedimos (quando não exigimos) aos adolescentes uma performance de produção, descaracterizando-os enquanto um ser complexo, formado por várias e diferentes esferas. Estamos quase que somente interessados naquilo que eles têm de positivo, não dando chance para que seus aspectos negativos, também constitutivos de suas personalidades, encontrem espaço de expressão. Mas, o que me parece ainda pior, é a falta de preparo que temos demonstrado para acompanhar e compreender um tipo muito próprio de comunicação que os adolescentes têm tentado fazer conosco, quando não com eles próprios: a apresentação de novos valores e novos modelos que, ainda que não oficiais, esperados, já conhecidos do mundo adulto, são suficientemente significativos para os adolescentes das novas gerações. São valores e modelos que nem sempre seguem a lógica da produção, até porque, ao não serem reconhecidos enquanto próprios do mundo adulto - já viciado, descaracterizado -, não são reconhecidos como “produção” e não apresentam valor econômico e de mercado.

A insistência em uma organização social “capitalista”, “de produção”, leva ao enfraquecimento das instituições já estabelecidas, e que serviam de parâmetro para o caminho que levava do mundo infantil para o mundo adulto, como por exemplo: a Família, o Estado, a Igreja, a Escola, etc.. Nenhuma dessas instituições tem mais o significado que apresentavam até a algumas décadas atrás, fazendo com que o adolescente não possa mais contar com nenhuma delas na orientação dos novos caminhos a seguir. Quando o adolescente reflete sobre um relacionamento amoroso que possa levá-lo a um casamento, a que tipo de relação ele estará se referindo? Como a Família moderna vem se organizando? Quais são os compromissos a serem assumidos com aquele ou aquela que serão escolhidos como parceiros? Qual o tipo e quanto de investimento deverão ser feitos em uma relação como essa? A quem o adolescente deve se voltar quando busca informações sobre a constituição de uma família? Ao pai ou ao padrasto (se é que podemos chamar de padrasto e madrasta os novos companheiros dos pais biológicos)? Como se relacionar com irmãos e meio-irmãos? São esses últimos, no novo modelo familiar, tão irmãos quanto os verdadeiros? E a Escola? Qual é o papel que lhe cabe em uma época

em que as crianças são matriculadas, mal completaram um ano de idade? Como lidar com as diferentes expectativas, de pais e do Governo quanto ao desempenho da escola junto aos seus alunos? Como lidar com a crise de valores que levaram os professores a anos de desvalorização profissional? Como esperar do aluno adolescente compreensão com os professores tão mal preparados que são incapazes de exercer sua autoridade sobre a turma escolar? Como oferecer ao adolescente um modelo substituto das figuras parentais, quando os próprios professores não se sentem autorizados a exercer sua autoridade (quando a têm) em sala de aula? E poderíamos gastar muito tempo listando as questões que facilmente nos afloram relacionadas a cada uma dessas áreas.

Todas essas carências levam o adolescente, porta voz de todo tipo de mudança, a buscar uma outra forma de organização, um outro paradigma que possa lhe atender em suas buscas, suas necessidades e seus anseios atuais. Acontece que suas necessidades têm que ser vividas, experimentadas em um momento de questionamento geral, o que vale dizer, em todas as áreas da vida humana, no mundo todo. O fim da Guerra Fria, o término da divisão do Mundo em blocos Capitalista e Comunista (pior que tudo, levando todos para o modelo capitalista), a Globalização, e tudo o mais que temos assistido nos últimos anos também têm abalado as convicções e os caminhos conhecidos dos adultos.

Não quero dar a impressão de uma visão catastrófica, de fim de mundo. Pelo contrário, quero chamar a atenção para o fato de que, de tempos em tempos, o Mundo necessita e sofre uma reorganização profunda, para se acomodar às novas solicitações sociais. Essa, a que me refiro nesse instante, é mais uma das várias reorganizações pelas quais o Mundo já passou. Antes que catastrófica, essas mudanças podem ser vistas como críticas, no sentido de oferecer a possibilidade de uma solução criativa, ainda que totalmente nova (e será tanto mais eficiente, quanto mais criativa for a solução encontrada), para os dilemas ora apresentados.

Os adolescentes, na minha opinião, têm apresentado uma busca de novas soluções para seus novos conflitos. Buscam seus próprios caminhos, na medida em que o mundo adulto tem falhado em lhes oferecer vias seguras de solução de seus dilemas. Esses novos caminhos não se referem somente à busca de limites, através da experimentação do limite físico do corpo. Mas, principalmente, criando novas modalidades de testagem e de auto-conhecimento que o aprovarão para a introdução no mundo adulto. Uma vez que não lhes tem sido dado caminhos já trilhados pelas gerações anteriores, uma vez que os adolescentes têm se visto compelidos a inventar suas próprias soluções, muitas vezes eles o têm feito de uma forma igualmente nova, e não raro, de uma forma confusa. Confusa, diferente, mas não necessariamente errada! O “Bom” não é aquilo que é reconhecido oficialmente, aprovado pela maioria. “Bom” é aquilo que tem um sentido criativo para o sujeito, ou seja, que o ajuda a criar soluções para os seus conflitos.

A expectativa social é de um comportamento “formal” por parte do adolescente. Melhor dizendo, que siga uma “forma”, mas já antiquada, já desgastada pelo tempo de uso e que não atende as necessidades atuais dos adolescentes. Essa conversa de surdo/mudo - surdo porque não temos nos mostrado capazes de ouvir o que o adolescente tem tentado nos dizer; e mudo porque as formas de comunicação dos adolescentes têm sido de tal forma inovadoras que, muitas vezes, sua linguagem não nos é acessível - tem nos demonstrado que esse momento de transição profunda, pela qual todos estamos passando, pede uma coragem da parte de todos para soluções inovadoras,

ainda que de início, não possamos reconhecê-la como uma possível solução, dado seu caráter extremamente inovador.

O comportamento atual dos adolescentes, ainda que muito diferente do que o esperado, pode ser encaminhado - se tivermos curiosidade suficiente para conhecê-lo e condição de acompanhá-lo - para uma forma mais harmônica de expressão, de tal maneira que atenda suas reais necessidades e anseios.

O USO DO ÁLCOOL E A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E TRATAMENTO

Alcohol use and the evolution of alcohol and other drugs dependence concept and treatment

Ana Cecilia Petta Roselli Marques

Médica psiquiatra da Unidade de Dependência de Drogas do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), doutora em Ciências pelo Departamento de Psicobiologia-UNIFESP e Conselheira do CONEN-SP representando a Comunidade Acadêmico-Científica

RESUMO: *Tradicionalmente, dependentes de álcool e/ou outras substâncias psicotrópicas são tratados por psiquiatras e psicólogos em serviços públicos ou privados. Os casos menos graves são atendidos ambulatorialmente no formato individual ou grupal e, quando graves, são encaminhados para o serviço hospitalar. Quando não existe pareamento do paciente com o tratamento, nenhuma vantagem em relação à efetividade foi encontrada. Concluindo, o tratamento depende de múltiplos aspectos, como as características do indivíduo, da substância utilizada e do tratamento aplicado.*

ABSTRACT: *Traditionally, people who are drug and/or alcohol dependents are treated either by psychiatrists at private offices/clinics or at public mental health hospitals. Less severe cases are usually referred to outpatient treatment, available either at private offices or through public services, in an individual or group modalities in private settings and in group publicly supported programs. Severe cases are usually referred to inpatient treatment at private or public health units and are most commonly treated in groups. There has been no evidence of a significant advantage of any one modality over any other. In conclusion, to treat alcohol and, or drug dependent patient depends on the individual patient characteristics, the drug use and the applied treatment.*

PALAVRAS-CHAVE: *uso, abuso e dependência de álcool e outras substâncias psicoativas; tratamento.*

KEY WORDS: *alcohol and other drug use, abuse and dependence; treatment.*

A droga psicoativa mais utilizada pela Humanidade, e que vem sendo merecedora de relatos e estudos desde o velho testamento, é o álcool. Em vários trechos bíblicos, fica clara a influência de aspectos psicológicos, genéticos, morais e ambientais nas situações de beber abusivo. Foram também descritas, desde aquela época, características da própria substância, que induzia a aumento do consumo, hoje definido como tolerância (Mathew, 1992).

Com o aumento da disponibilidade, após o advento da destilação, o consumo de álcool passou a ser mais freqüente e abusivo, em contraste à situação anterior em que o uso era predominantemente associado a rituais religiosos ou festivos. A partir de então, “beber excessivamente” passou a ser considerado um comportamento pecador e fraco, conceito este que foi incorporado às regras morais de diversas culturas. O modelo moral foi a primeira

tentativa da sociedade de controlar o uso desta substância, considerando-a potencialmente geradora de problemas.

Na literatura médica, por volta do século 385 AC, Hipócrates descreveu o uso do álcool como um fator predisponente a várias doenças e relatou a respeito do delirium tremens em seu livro sobre as epidemias (Fortes, 1975). No século XIV, Chaucer já se referia ao álcool como uma substância que leva o indivíduo à perda do controle sobre seus atos (Miller, 1995).

Tanto na Europa como nos Estados Unidos o consumo de álcool aumentou consideravelmente após a Revolução Industrial. Em função das conseqüências deste uso abusivo e dos problemas decorrentes a ele, a opinião pública pressionou os cientistas da época a desenvolverem pesquisas. Benjamin Rush, um dos fundadores da psiquiatria americana, considerou o uso disfuncional do álcool como uma doença ou “transtorno da vontade”, publicando em 1789 um livro sobre o efeito dos “espirituosos” sobre a mente e sobre o corpo humano (Fortes, 1975; Edwards et al., 1994).

Na Inglaterra, Thomaz Trotter, no final do século XVIII publicou trabalhos onde considerava a embriaguez uma doença. Em 1849 na Suécia, após a publicação do trabalho de Magnus Huss, “*Alcoholismus Chronicus*” o termo “alcoholismo” foi usado como sinônimo de “ebriedade” pela primeira vez na Europa e o conceito de doença difundido pelo mundo (Fortes, 1975; Edwards et al., 1994).

Mais tarde surge nos EUA um movimento social denominado “Temperança”, com o objetivo de controlar o uso de álcool que continuava a causar muitos problemas. Esse movimento estava estruturado nos conceitos morais da época. Paralelamente a isto, alguns médicos discutiam o conceito de doença versus o conceito moral, embora todos concordassem com a complexidade do problema (Babor et al., 1986). Este movimento culminou com a proibição da fabricação e do uso de álcool, por meio da “Lei Seca” (1919-1932). Após este período, um movimento social contrário levou à revogação desta lei pelo presidente Franklin D. Roosevelt. Diante da disponibilidade do álcool, seu uso, abuso e problemas relacionados, (continuidade dos problemas ocasionados pelo consumo abusivo de álcool), as pesquisas a respeito da natureza do alcoholismo foram novamente estimuladas (Fortes, 1975).

Na primeira metade do século XIX, o modelo de doença se consolidou, pretendendo tratar as graves complicações decorrentes do uso crônico de álcool e tentando abolir o estigma moral e a vergonha que dificultavam a procura de tratamento (Room, 1983). Ao final daquele século, alguns pesquisadores também começaram a discutir o uso abusivo de outras substâncias como os opiáceos, o tabaco e o café, conceituando este comportamento como um hábito genérico e relacionando-o com uma vulnerabilidade biológica individual, fosse ela herdada ou adquirida (Jaffe, 1993).

Em 1940, Jellinek divulgou suas reflexões sobre o alcoholismo como uma doença, propondo uma divisão dos seus “portadores” de acordo com uma tipologia empiricamente determinada. Seu livro, “*The Disease Concept of Alcoholism*”, publicado em 1960, foi um marco na evolução deste conceito e classificava os pacientes em função do consumo de álcool em Alfa, Beta, Gama, Delta e Epsilon (Edwards, 1992).

O alcoholismo foi incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-I) da Associação Psiquiátrica Americana (APA) em

1952. A segunda edição deste manual (DSM-II) seguiu a Classificação Internacional das Doenças (CID-8) da Organização Mundial de Saúde (OMS), que dividia os problemas relacionados ao uso de álcool em três categorias: dependência, episódios de beber excessivo (abuso) e beber excessivo habitual. Os dois instrumentos diagnósticos consideravam o uso abusivo do álcool secundário a problemas psicológicos ou de personalidade (Schuckit et al., 1991; Schuckit, 1993). Os manuais diagnósticos subseqüentes ampliaram os critérios determinantes desta disfunção, introduzindo os sintomas da abstinência. Desta forma, mudou-se o foco das questões relativas apenas ao psiquismo, incluindo-se os efeitos físicos decorrentes do uso crônico de álcool e de outras substâncias psicoativas e psicotrópicas.

Em 1970, Edwards e Gross propuseram o conceito de “Síndrome de Dependência do Álcool”, ampliando a visão anterior, que considerava o alcoolismo como um fenômeno do tipo “tudo ou nada”, isto é, o indivíduo era reconhecido como alcoólatra ou não alcoólatra. A dependência de álcool passou a ser definida como um conjunto de sintomas e sinais decorrentes do uso disfuncional da substância. De acordo com esta conceituação, sua etiologia e perpetuação seriam decorrentes de aspectos físicos, psicológicos e sociais, de intensidade variável em cada indivíduo. (Edwards et al., 1976).

A Organização Mundial de Saúde adotou em 1977 a definição da dependência de álcool como uma síndrome com um contínuo de gravidade, e publicou um relatório no qual é muito clara a distinção desta desordem, em duas categorias: o abuso e a dependência. O reconhecimento desta diferença também estava presente DSM-III R (1980), tanto em relação ao álcool como para outras substâncias psicoativas. O conceito de síndrome de dependência se consolidou, sendo consenso nos instrumentos diagnósticos subseqüentes como o DSM-IV e a CID-10. Ambos reduziram os sintomas necessários para o diagnóstico de dependência e ampliaram o período com esta sintomatologia, necessário para determinar a instalação da síndrome.

Nas versões mais recentes destes sistemas diagnósticos, a dependência de outras drogas, estimulantes ou perturbadoras do Sistema Nervoso Central, passou a ter uma descrição mais detalhada. O aumento do consumo destas substâncias, a partir da década de 60, provocou aumento das pesquisas sobre seus mecanismos de ação e propostas para o tratamento da dependência (Anthony et al., 1991).

Assim, o entendimento deste fenômeno, o uso abusivo do álcool, sofre impreterivelmente interferências culturais, sociais, religiosas, políticas e, atualmente, científicas, de cada população e apesar desta multifatorialidade da síndrome de dependência, ainda hoje, em muitos países, como por exemplo na Nigéria, os problemas decorrentes do uso do álcool são considerados influência de “espíritos do mal” no indivíduo (Jaffe, 1993).

TRATAMENTO

A grande variedade das propostas de tratamento para dependência de álcool e outras substâncias decorre da evolução conceitual, advinda dos resultados das pesquisas sobre sua etiologia, e como estes são assimilados nas diversas culturas (Lindstron, 1992). Isto pode ser notado pela presença do tema, não só na literatura médica, mas também na Psicologia e Sociologia. Assim, como a etiologia da dependência é multidimensional, o diagnóstico e os

tratamentos variam em função da importância atribuída a cada uma destas dimensões.

Embora os problemas relacionados ao uso do álcool datem da Antigüidade, os tratamentos especializados só apareceram muito mais tarde, a partir do século XIX. Foram eles em geral dirigidos a casos crônicos e graves, com ênfase no modelo médico. As intervenções mais antigas eram religiosas, ritualísticas ou com encaminhamento para os antigos e punitivos asilos de pacientes “inebriados” (Hunt, 1993).

Por volta de 1935, nos Estados Unidos, surgiram os Alcoólicos Anônimos, propondo o tratamento para o alcoolismo por intermédio da participação do indivíduo em grupos de ajuda mútua. Essa abordagem acompanhou o período de transição do conceito moral, predominante na maioria dos países, para o conceito de doença reintroduzido nesta época. Esta intervenção era inicialmente ligada ao Cristianismo e ao longo do tempo foi se adaptando para outras culturas. Mais tarde, os AA passaram a coadjuvantes de diversos serviços de saúde na Europa e nos EUA (Makela, 1991).

Na década de 40, a forma de tratar os dependentes de álcool recebeu também a influência do Movimento de Temperança, além dos Alcoólicos Anônimos (AA) e do modelo médico. Em todos eles, a abstinência era considerada a única meta possível (Miller et al., 1991). Nas décadas seguintes, houve uma proliferação dos grupos de AA, que passaram a participar “oficialmente” de tratamentos ligados à medicina como, por exemplo, o Minnesota (Weisner et al., 1992). Apesar da evolução do conceito de dependência de álcool do modelo moral para o modelo de doença, ainda nesta mesma época, nos países socialistas, o alcoolismo ainda era visto como um comportamento desviante, um crime, sendo o indivíduo “tratado” sob as penas da Justiça (Klingemann et al., 1993).

Nos anos seguintes, por influência da Psiquiatria e da Neurologia, o modelo médico se tornou preponderante, destacando também o papel da família e da sociedade no seu desenvolvimento. Decorrente dele, a internação foi amplamente utilizada (Miller et al., 1991).

A Psicanálise Convencional não foi considerada inicialmente um bom remédio para tratar a dependência (Valliant, 1981). Esta teoria sobre o psiquismo emprestou, então, um de seus pressupostos fundamentais, a ansiedade e castração intensa, experimentada nos primórdios da vida destes indivíduos na sua relação com a figura materna, como a gênese do problema, fundamentando as intervenções psicodinâmicas (Zimberg, 1985; Forrest, 1985). Mas um dos problemas prioritários ficava sem solução: a manutenção do comportamento de busca pela droga, ligado às pistas do ambiente (Miller & Heather, 1986).

Na década de 70, a preocupação econômica, ligada aos gastos com a saúde no mundo, deu origem à idéia de avaliar os tratamentos que vinham sendo aplicados. A proposta do tratamento hospitalar deixou de ser a opção preferencial, e os tratamentos ambulatoriais mais baratos e mais breves passaram a ser oferecidos, principalmente, para pacientes mais jovens e em estágio inicial de problemas (Edwards et al., 1967, 1977).

Além do modelo médico de tratamento, surgiram outras propostas de intervenção advindas da teoria comportamental-cognitiva e baseadas na visão da dependência como um hábito adquirido, um comportamento aprendido, automático e passível de ser modificado (Sanchez-Craig & Wilkinson, 1989).

Este modelo originou-se da Psicologia que desde 1960 vinha desenvolvendo o estudo das respostas aos estímulos em seres humanos por meio de um modelo essencialmente comportamentalista e que se voltava para o estudo das emoções e de sua influência no comportamento (Arnold, 1960). Lazarus (1980) ampliou este modelo explicando o estresse e sua relação com um comportamento habitual. A emoção estava relacionada com muitas reações e, portanto, a cognição e o comportamento não poderiam ser vistos separadamente. Logo, o entendimento da cognição pôde ser uma ferramenta essencial para a modificação do comportamento.

Também na década de 60, nas Ciências Sociais, Bandura desenvolveu a teoria do Aprendizado Social, discutindo mais uma vez o determinismo recíproco entre cognição e comportamento (Bandura, 1977). Este conceito foi retomado pela teoria psicológica de Beck de 1979, na qual o enfrentamento de situações estressantes por meio da mudança do comportamento disfuncional era utilizada no tratamento de pacientes deprimidos. O uso da bebida alcoólica, ou de outras drogas psicotrópicas, foi então explicado como um comportamento aprendido, automatizado, e possível de ser modificado.

A terapia comportamental-cognitiva foi avaliada por meio de vários estudos e se mostrou tão efetiva quanto as demais para o tratamento de dependentes (Miller et al., 1986). Alguns pesquisadores propuseram sua utilização no início da intervenção, pois a aplicação de tarefas auxiliava os pacientes ainda muito intoxicados (Zweben, 1986). A técnica de “beber moderado” e a “prevenção da recaída” foram desenvolvidas a partir do mesmo referencial teórico e técnico com resultados efetivos no tratamento de dependentes de álcool (Marlatt et al., 1985).

Por volta de 1980, novas propostas de tratamento foram discutidas em função de novas mudanças sociais e econômicas, procurando aproximar a realidade da época, adequando novas formas de intervenção (Klingemann et al., 1993). Houve expansão da terapia química aversiva, da terapia familiar sistêmica, das comunidades terapêuticas, das internações domiciliares, do acompanhamento terapêutico, entre outras abordagens (Babor et al., 1986b). As psicoterapias multimodais que combinam mais de um referencial teórico, vêm também sendo utilizadas na atualidade (Golden et al., 1993).

Há pelo menos dez anos, algumas substâncias vem sendo utilizadas para o alívio dos sintomas da abstinência e do forte desejo de consumir a droga. A intervenção farmacológica originou-se dos modelos neurobiológicos, enfatizando a necessidade de se considerar este aspecto da dependência química como relevante (Litten et al., 1991). Os agentes farmacológicos agem em várias vias de neurotransmissão do Sistema Nervoso Central, e associados com as psicoterapias, melhoram o resultado dos tratamentos (Anton, 1990).

O pareamento do paciente com o tratamento mais adequado, por meio de critérios previamente determinados e relacionados com as características dos pacientes e dos tratamentos, também tem sido uma nova corrente científica estudada (Mattson, 1994).

No Brasil, os tratamentos para dependência química acompanham esta mesma tendência mundial, e o que temos hoje em alguns serviços especializados, que desenvolvem pesquisa sobre a efetividade das intervenções, é a utilização de psicoterapias mais breves (Formigoni, 1992; Formigoni & Neumann, 1993; Marques, 1997). A associação da farmacoterapia

com a psicoterapia vem também sendo avaliada em centros nacionais de pesquisa e assistência.

Assim, o tratamento do dependente, depende !!! Fundamentalmente, do conceito de dependência química adotado, de sua assimilação pela cultura e pela política; do tipo de substância utilizada; da motivação e da predisposição biológica do indivíduo, além da participação de sua família e dos grupos sociais que permeia. Sendo um fenômeno tão complexo, depende também de uma boa avaliação inicial de cada caso pelo serviço que, por meio de um diagnóstico cuidadoso, possa estabelecer um pareamento adequado com os vários tipos de tratamentos existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. Washington, American Psychiatric Press, 1987.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, American Psychiatric Press, 1994.
- ANTON, R.F. - Medications for treating alcoholism. *Alcohol Health & Research World*, 18:265-271, 1990.
- ANTHONY, J.C.; HELZER, J.E. Syndromes of Drug Abuse and Dependence. In: Robins, L.N.; Regier, D.A., eds. - *Psychiatric Disorders in America*. New York, Free Press, 1991, 116-154.
- ARNOLD, M.B. Human emotion and action. In: Mischel, J. (ed.) - *Human action*. New York, Academic Press, 1969, 167-197.
- BABOR, T.F. & LAUERMAN, R.J. - Classification and forms of inebriety: Historical antecedents of alcoholic typologies. In: Galant, M. (ed). - *Recent Development in Alcoholism*. v.4. New York, Plenum Press, 1986,113-144.
- BANDURA, A. - Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev.*, 84: 199-215,1977.
- BECK, A.J. - *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1979.
- EDWARDS, G. & GUTHRIE, S.A. - Controlled trial of inpatient and outpatient treatment of alcohol dependence. *Lancet*, 1:555-559, 1967.
- EDWARDS, G. & GROSS, M.M. - Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Br. Med. J.*, 1:1058-1061, 1976.
- EDWARDS, G.; ORFORD, J.; EGERT, S.; GUTHRIE, S.; HAWER, A.; HESMAN, C.; MITCHESON, M. & TAYLOR, C. Alcoholism: A controlled trial of "treatment" and 'advice'. *J. Stud. alcohol*, 38:1004-1031, 1977.
- EDWARDS, G. - Técnicas especiais. *O tratamento do Alcoolismo*. São Paulo Martins Fontes,1987, 215-230.
- EDWARDS, G. - Problems and Dependence: The History of two dimensions. In: Lader, M.; Edwards, G. and Drummond, D.C. eds. - *The Nature of Alcohol and drug related problems*. New York; Oxford University Press, 1992, 1-14.
- EDWARDS, G. & TAYLOR, C.A. - A test of the matching hypothesis: alcohol dependence, intensity of treatment, and 12-month outcome. *Addiction*, 89: 553-561, 1994.
- FORMIGONI, M.L.O.S. & NEUMANN, B. - Treatment of drug and alcohol dependents through brief intervention: the first brasilian experience. In: Monteiro, M.G. and Incardi, J.A (eds.) - *Brasil - United States Binational Research*,1993, .85-105.
- FORMIGONI, M.L.O.S. - *A Intervenção Breve na Dependência de Drogas*, São Paulo, Editora Contexto, 1992.
- FORREST, G.G. - Psychodynamically oriented treatment of alcoholism and substance abuse. In: BratterT. E. and Forrest, G.G. (eds) *Alcoholism and*

- Substance Abuse: Strategies for Clinical Intervention*, 307-36. New York: Free Press. 1985.
- FORTES, J.R.A. - Conceito e Definição de Alcoolismo. In: A. & Gatto, B.C.F. *Alcoolismo*, São Paulo, Sarvier, 1975, .11- 27.
- GOLDEN, S.; HALLIDAY, K.; KHANTIZIAN, E.J. & MCAULIFFE, W.E. - Dynamic Group Therapy for Substance Abuse Patients: A Reconceptualization. In: Alonso, A. and Swiller, H Washington, *Group Therapy in Clinical Practice*. American Psychiatric Press Inc,1993., 271-287.
- HUNT, W.A. - Neuroscience research: How has it contributed to our understanding of alcohol abuse and alcoholism? A review. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 17: 1055-1065,1993..
- JAFFE, J.H. - The Concept of Dependence. Historical Reflections. *Alcohol Health & Research World*, 17: 188-189, 1993.
- JELLINECK, E.M. - *The Symbolism of Drinking a Culture Historical Approach - J. Stud. alcohol*, 38: 849-866, 1977.
- KLINGEMANN, H.; JUKKA-PEKKA TAKALA, M.A. & HUNT, G. - The Development of Alcohol Treatment Systems - an international perspective. *Alcohol Health & Research World*, 17:221-227, 1993.
- LAZARUS, R.S. - Cognitive behavior therapy as psychodynamics revisited. In: M.J.Mahoney ed. - *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York, Plenum Press 1980.,121-126
- LINDSTROM, L. - Managing Alcoholism. Matching Clients to Treatments. *New directions in research*. Oxford, Oxford University Press, 1992, 34-43.
- LITTEN, R.Z.; & ALLEN, J.P. - Pharmacotherapies for Alcoholism Promising agents and clinical issues. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 15: 620-633, 1991.
- MARLATT, G.A.; & GORDON, J. - *Relapse Prevention Maintenance strategies in treatment of addictive behaviors*. New York; Guilford Press, 1985, 3-70.
- MAKELA, K. - International Comparisons of Alcoholics Anonymous. *Alcohol Health & Research World*, 15:228-229, 1991.
- MARQUES, A.C.P.R. - "Comparação da efetividade da terapia comportamental-cognitiva breve individual e em grupo no tratamento de dependentes de álcool e outras drogas", 1997.
- MATTSON, M.E. - Patient-Treatment Matching. Rationale and Results *Alcohol Health & Research World*, 18:287-295, 1994.
- MATHEW, V.M. Alcoholism in Biblical Profhecy *Alcohol Alcohol.*, 27:1 89-90, 1992.
- MILLER, N.S. - History and Review of Contemporary Addiction Treatment. Miller, N.S In; *Treatment of the addictions. Applications of outcome research for clinical management*. Haworth Press, Inc., 1995.
- MILLER, N.S.; & CHAPPEL, J. - History of Disease Concept. *Psychiatr. Ann.*, 21:1-8, 1991.
- MILLER, W.R & ROLLNICK ,S. - Brief Intervention: More Pieces of the Puzzle In: Miller, W.R ; Rollnick ,S. *Motivational Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, Guilford Press, 1991, 30-35.
- MILLER, W.R. - Increasing motivaion for change. In R.K. Hester & W.R. Miller (eds.) *Hadbook of alcoholism treatment approaches: Effective Alternatives*. Elmsford, New York, Pergamon Press, 1989, 67-80.
- MILLER, W.R.; & HESTER, R.K. - The effectiveness of alcoholism treatments. What research reveals, In: W.R Miller and N. Heather (eds.) - *Treating Addictive Behaviors: Process of Change*. New York, Plenum Press, 1986, 175-203.
- MILLER, W.R. & HEATHER, N. - *Treating Addictive Behaviours: Processes of Change*. New York Plenum. 1986.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993, 69-82.

- ROOM, R. - Sociology and the disease concept of alcoholism. In: Smart, R.G., Glaser, F.B.; Israel, Y.; Kalant, H.; Popham, R.E.: and Schmidt, W., eds. *Research advances in alcohol and drug problems. v.7* New York, Plenum Press, 1983, 47-91.
- SANCHEZ-CRAIG, M.; & WILKINSON, D.A. - Brief Treatments for alcohol and drug problems: practical and methodological issues. In: T. Loberg, W.R. Miller, P.E., Nathan & A. Marlatt eds.- *Addictive Behavior Prevention and Early Intervention*. Amsterdam, Suvets e Zellinger, 1989, 33-252.
- SCHUCKIT, M.A.; NATHAN, P.E.; HELTZER, J.E.; WOODY, G.E.; & CROWLEY, T.J. - Evolution of the DSM diagnostic criteria for alcoholism. *Alcohol Health & Reserch World, 15:278-283*, 1991.
- SCHUCKIT, M.A. - Limits to generalizability in treatment research In: Edwards, G.; Strang, J.; Jaffe, J.H., eds. - *Drugs, alcohol and tobacco: making the science and policy connections*. Oxford, Oxford University Press, 1993, 253-261.
- VAILLANT, G.E. - Dangers of psychotherapy in the treatment of alcoholism. In: Bean, M.H., and Zymberg, N.E. (eds.) *Dynamic to the understanding and treatment of alcoholism*, 36-54. New York:Free Press.
- WEISNER, C. - A comparison of alcohol and drug treatment clients: are they from the same population ? *Am. J. Drug Alcohol Abuse, 18:429-444*, 1992.
- ZWEBEN, J.E. - Recovery oriented psychotherapy. *J. Subst. Abuse Treat., 3: 225-262*, 1986.
- ZIMBERG, S. - Principles of alcoholism psychotherapy. In: Zimberg, S., Wallace, J. and Blume, S.B. (eds.) *Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy*, 2nd eds, 3-22. New York Plenum.

DROGAS NO CONTEXTO DO DIREITO PENAL BRASILEIRO

Drugs and brazilian legal system

Geraldo Sanches Carvalho

Advogado com especialização em direito penal e criminologia, procurador do Estado de São Paulo, conselheiro do CONEN-SP representando a Procuradoria Geral do Estado e coordenador da organização não-governamental "Augere"

RESUMO: *A questão das drogas ilícitas no Direito Penal brasileiro deve ser compreendida tendo-se em conta as noções básicas sobre o que a lei significa para o indivíduo enquanto participante do grupo social. A solução para a prevenção do uso de drogas e seu comércio não está necessariamente no direito penal e, sim, na educação, na saúde pública e no respeito aos direitos e garantias individuais.*

ABSTRACT: *Illegal drugs matter in Brazilian Penal Law has to be viewed considering basic knowledge about what law means to a civilized human being. Prevention against drugs use or commercialization hasn't to be necessarily legalized. Penal Law is no solution to this problem. Education, public health politics and human rights respect take such more good results than criminalization and penalties.*

PALAVRAS-CHAVE: *lei nº 6.368/76, lei de tóxicos, crimes hediondos, drogas ilícitas, entorpecentes, comércio ilegal de drogas.*

KEY WORDS: *brazilian drugs law, dreadful crimes, illegal drugs, illegal drugs commercialization.*

O porte de drogas ilícitas e sua traficância são questões de direito penal no Brasil, pois são condutas que, somadas a outras intrinsecamente relacionadas às duas primeiras referidas, trazem conseqüências bastante graves aos sujeitos de tais delitos. Antes, porém, do conhecimento técnico que envolve esse assunto, é preciso termos em conta alguns conceitos primários a respeito da *lei*.

Quando pensamos em lei, pensamos em regras. Regras que devem ser obedecidas, e temos, num primeiro momento, a idéia de obrigação por força de um comando superior à nossa vontade. Mas a lei não é apenas um instrumento ditador de deveres. Na maior parte das vezes é, sim, o instrumento garantidor de nossos direitos. Os direitos que, respeitados através de uma ordem supra individual, nos permite bem viver em sociedade. A lei é o resultado da ordem social e só é plenamente válida se decorrente de um processo democrático onde seus atingidos puderam escolher, através do voto livre, os que a fizeram.

Geralmente o ordenamento legal de um país é regido por princípios de direito consubstanciados numa **lei especial** chamada de Constituição. É a chamada lei fundamental de um Estado em que estão dispostos as normas de organização do Estado, a forma de governo, o sistema jurídico, os direitos fundamentais e garantias individuais, entre outras regras de suma importância.

No Brasil, a Constituição, promulgada em 1988, teve sua origem através de um processo democrático, através de um órgão constituinte composto de representantes do povo, eleitos para o fim específico de elaborar a sua Constituição. Ali estão disciplinadas as regras de organização do Estado, dos Poderes, da Defesa do Estado e das Instituições democráticas, da Tributação e Orçamento, da ordem social, dos princípios fundamentais e dos direitos e garantias fundamentais. É nesse último tópico que cuidamos de adentrar na legislação sobre entorpecentes.

Toda lei promulgada no nosso País deve estar de acordo com as normas constitucionais. Se algum de seus artigos - ou toda lei - for contrário a algum mandamento ou princípio constitucional, o mesmo poderá ser declarado inconstitucional, através de uma ação específica, disposta na atual Constituição (o artigo ou a lei é, então, retirado do ordenamento jurídico) ou, quando for objeto de algum processo judicial (o juiz declara aquela regra inconstitucional e, portanto, sem aplicabilidade naquele caso dos autos).

Assim, devemos sempre nos orientar pelas regras constitucionais que dispõem a respeito dos nossos direitos e garantias individuais.

O Brasil é um dos países fundadores da ONU e um dos que mais têm ratificado seus tratados no que se refere às garantias e direitos do ser humano. Muito disso está disposto na própria Constituição da República. O art. 5º bem retrata como estamos avançados no que toca à proteção do indivíduo. E começa com a regra de que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. E nessas regras fundamentais nada se pode mudar. Foram elevadas, pelo próprio texto constitucional, como cláusulas pétreas.

Daí que, ao analisar uma lei que trate da questão de entorpecentes e crie, com isso, regras, deveres ou garantia de direitos, temos sempre que avaliar se essas normas estão de acordo com aqueles princípios constitucionais. A Lei Maior (assim também é chamada a Constituição) diz, ainda, que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar esses direitos individuais à criança e ao adolescente, especialmente no que toca a programas de prevenção e atendimento especializado ao dependente de entorpecentes e drogas afins (art. 227, cabeça e inciso VII).

Assim, podemos agora adentrar mais especificamente na questão das drogas e o Direito Penal brasileiro. A lei infra-constitucional mais importante a respeito do assunto é, sem dúvida, a Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Essa lei dispõe, entre vários outros temas, sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Trata, também, da questão do tratamento e da recuperação dos dependentes de substâncias entorpecentes quanto à responsabilidade do Estado e seus órgãos públicos de saúde e educação.

O art. 1º da Lei 6368/76 traz a todos a responsabilidade de colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente. E em se tratando de pessoas jurídicas, se deixarem de prestar essa colaboração, quando solicitadas, podem perder qualquer tipo de auxílio estatal que porventura venham recebendo.

Os dirigentes de estabelecimentos de ensino devem adotar medidas necessárias à prevenção do tráfico e uso indevido de entorpecentes nos recintos escolares. Essas medidas não devem ser tomadas de maneira individual, mas devem, sim, seguir a regras comuns e sob orientação técnica de autoridades especializadas (art. 4º da referida lei).

No art. 5º está a obrigação do Estado incluir, no curso de formação de professores, ensinamentos referentes a substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, a fim de que possam ser transmitidos com observância dos princípios científicos.

Os crimes e as penalidades advindas do tráfico e porte indevido de entorpecentes estão dispostos nos artigos 12 a 18 da Lei 6368/76. Aqui estamos diante da figura do infrator e da vítima. A vítima é a coletividade. O Direito Penal lida, geralmente, com danos concretos, mas, em se tratando de crimes relacionados às drogas, o que se leva em conta é o perigo que tais ações acarretam para a saúde pública.

A conduta mais intensamente punida é o tráfico de entorpecentes, cuja pena pode atingir mais de 20 anos de reclusão (15 é o máximo para tráfico, mas pode ser aumentado em até 2/3 dependendo da gravidade e extensão do crime, conforme o art. 18 da lei em objeto).

A pena mais leve é de 6 meses de detenção (detenção é uma forma de privação de liberdade menos grave que a reclusão, porque é para ser cumprida em estabelecimento penal de menor rigor) que pode, ainda, ser diminuída ou até mesmo isentada dependendo da capacidade do infrator em entender o caráter ilícito do fato (sua sanidade mental está afetada por algum problema de ordem psiquiátrica ou decorrente do vício). Essa reprimenda pode ainda ser suspensa por um prazo a ser fixado pelo juiz (o chamado "sursis", onde o sujeito tem de cumprir certas obrigações judiciais). E pode, ainda, ser convertida em prestação de serviços à comunidade (como a entrega de uma cesta básica para alguma instituição de caridade, por exemplo).

É crime portar, adquirir ou guardar, para uso próprio, a substância entorpecente. Mas esse crime se agrava se a substância tiver o destino alheio. Neste caso, o porte de entorpecente vira tráfico e a pena que era de 6 meses de **detenção** e podia ser até suspensa vira, no mínimo, 3 anos de **reclusão** e em presídio de segurança máxima. O grande problema é que o artigo 12 da Lei 6.368/76, o qual dispõe sobre o tráfico de drogas, traz uma série de condutas que o caracterizam o que, em tese, facilita a tipificação de uma conduta ilícita relativa à droga como tráfico, dando-lhe ampla margem de interpretação. Esse tipo de regra é altamente condenável no direito penal moderno que tem como princípio deixar muito claro o que é ou não uma conduta ilícita, retirando do intérprete qualquer poder discricionário na tipificação do crime. Trata-se, aqui, de garantir ao indivíduo a segurança de evitar-lhe uma falsa acusação e uma pena injusta.

Uma lei bem posterior à Lei 6.368/76 enrijeceu as normas relativas ao **crime de tráfico** de entorpecentes. É a Lei nº 8.072 de 25 de julho de 1990, a qual elevou a conduta de tráfico à categoria de **crime hediondo** e, com isso, endureceu sobremaneira as regras punitivas ao infrator da norma disposta no art. 12 daquela lei. Aumentou as penas para alguns casos, proibiu a progressão de regime prisional e aumentou o tempo de cumprimento de pena necessário para postular o livramento condicional, além de retirar a chance de qualquer benefício de abrandamento da pena para os que se mostrarem reincidentes na prática do crime de tráfico de entorpecentes. É a chamada “reincidência específica”, abolida do direito penal brasileiro desde 1984 e condenada pelas modernas teorias de direito penal, mas infelizmente ressuscitada pela referida **Lei de Crimes Hediondos**.

Muitos juristas têm entendido que várias regras ali dispostas são inconstitucionais (alguns acreditam que toda a Lei de Crimes Hediondos esteja em desacordo com a Constituição da República) e, assim, deveriam essas normas ser declaradas pelos juízes aos apreciarem os casos de acusação por tráfico. Mas as teses de inconstitucionalidade vêm sendo paulatinamente derrubadas nas Cortes Superiores, orientadas, possivelmente, pelos clamores públicos de maior rigorismo no trato da questão em sede de direito penal.

A resposta penal, no entanto, para a questão de porte e comércio de drogas ilícitas no Brasil não é, definitivamente, adequada aos nossos tempos. As leis são velhas e as que tentaram atualizá-las mostraram-se distantes da seguridade das relações jurídicas que uma sociedade necessita. Ora porque editadas ao sabor de acontecimentos esporádicos, elevados, pela mídia, à questão de ordem nacional, ora frutos de uma corrente contrária ao respeito e garantias de direitos humanos. Há, no entanto, projetos de lei em andamento tratando do assunto, mas a sociedade precisa, antes, entender que a intervenção do Estado nessa seara, criminalizando condutas, elevando reprimendas, não tem trazido o resultado esperado, qual seja, evitar os imensuráveis prejuízos que as substâncias entorpecentes ilícitas têm causado nas pessoas envolvidas com todo esse processo.

A solução para tantas mazelas sociais decorrentes do uso e tráfico de drogas ilegais não está no direito penal. Especialmente quando este se presta apenas ao sentimento comezinho da vingança pura e simples. A solução está na

educação, na **saúde pública**, no respeito à dignidade e integridade dos indivíduos envolvidos. Se o que vai preso, porque justamente condenado em virtude da prática de um crime relacionado a entorpecentes, não recebe do Estado um tratamento terapêutico e social que o torne menos vulnerável à prática desse delito, certamente voltará para a sociedade brutalizado e tendente à mesma vida delinqüencial. E a sociedade, desprotegida e enganada, continuará se escondendo sob a falsa resposta penal a um problema que, lamentavelmente, até agora não conseguiu solucionar de forma civilizada.