



SECRETARIA DA JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo

Revista do IMESC

Ano V — Nº. 2 — 1982

DROGAS QUE PROVOCAM DEPENDÊNCIA

José Elias Murad

FARMACODEPENDÊNCIA EM MINAS GERAIS

José Elias Murad

TRATAMENTO PARA DEPENDENTE DE DROGAS EM REGIME COMUNITÁRIO

Sabino Ferreira de Farias Neto

TANATISMO NO BRASIL

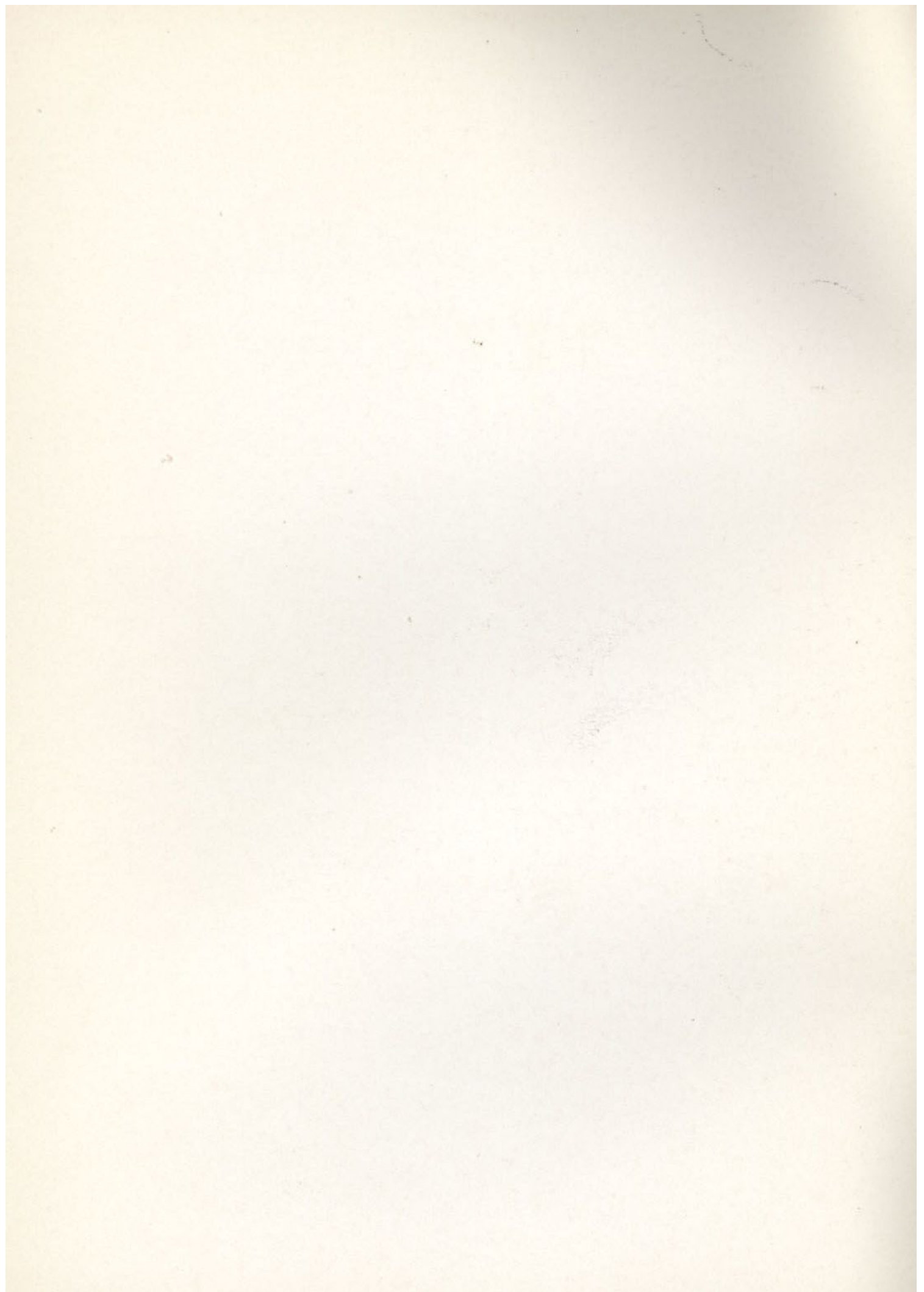
Luiz Miller de Paiva

IDADE DA PRIMEIRA CONJUNÇÃO CARNAL

Wilmes Roberto Gonçalves Teixeira

"FEDERAL PRISON SYSTEM" E REINCIDÊNCIA CRIMINAL

Nelson T. Candelaria



ÍNDICE

DROGAS QUE PROVOCAM DEPENDÊNCIA	5
FARMACODEPENDÊNCIA EM MINAS GERAIS	18
TRATAMENTO PARA DEPENDENTE DE DROGAS EM REGIME CO- MUNITÁRIO	39
TANATISMO NO BRASIL	43
IDADE DA PRIMEIRA CONJUNÇÃO CARNAL	58
"FEDERAL PRISON SYSTEM" E REINCIDÊNCIA CRIMINAL	61

25
1406

Revista do IMESC

- EDITOR:** IMESC, Rua da Consolação, 2117 – CEP 01301 – Telefone: 258-5244 – São Paulo – Brasil
- REVISÃO:** Marisa Fonseca Monteiro Latorre
- VERSÃO:** Enéas Theodoro Jr., Jacqueline L. Branco
- SECRETARIA:** Deborah Emily Santos Hough, Niva de Sant'Ana
- DIREÇÃO E SUPERVISÃO GERAL:** Nelson T. Candelaria
- DIVISÃO TÉCNICA:** *Diretor:* Luiz Gonzaga Sena Rebouças; *Psicólogas:* Ivani Valarelli Menezes, Márcia Rodrigues Setúbal, Maria Christina Nogueira Rainho Ferreira e Marisa Fonseca Monteiro Latorre; *Assistentes Sociais:* Cleusa da Costa Marques Rodello e Myriam Medaglia; *Estatística:* Eliana Blumer Trindade Bordini; *Antropóloga:* Marilena Santos Souza; *Sociólogo:* Carlos Vicari Jr.; *Bibliotecário:* Marcos Antonio Medeiros.
- SERVIÇO GRÁFICO:** ZMC2 Promoções, Propaganda e Publicações Ltda. Rua Fradique Coutinho, 825 – Telefone: 210-0502 – São Paulo – S.P.

NOTA EDITORIAL

O Trabalho Externo, "work releáse" nas prisões federais americanas, tem sido objeto de aprofundados estudos de nossa parte.

A finalidade da publicação da pesquisa, realizada nos Estados Unidos sobre o aludido tema, consiste em destacar a utilidade do programa à luz da criminologia ou terapêutica penal.

Propõe-se alterar o Código Penal no sentido de estender a concessão deste benefício aos condenados que cumprem pena no regime fechado.

São numerosas as razões que militam a favor desta tese. Por exemplo, testar o recluso e anotar o seu desempenho como índice adicional de reavaliação da periculosidade.

Salientamos agora apenas a razão principal: diminuição de reincidência criminal.

Se não, vejamos: mesmo com promessa de emprego na empresa privada ou pública, o egresso e o liberado condicional terão que submeter-se a um período de prova, do qual poderá resultar-lhes a dispensa, ensejando, assim, a prática de novos delitos.

Entretanto, dificilmente isto ocorrerá se o sentenciado — com pareceres favoráveis para a liberação a qualquer título — tiver a possibilidade de trabalho externo nos meses que precedem a soltura.

Trabalhando na empresa pública ou privada durante o dia para retornar à penitenciária à noite, tal como sucede nas Casas do Albergado, o liberado e o pré-egresso veriam formar-se, gradativamente, vínculo empregatício razoavelmente estável. Confiança do empregador e laços de amizade constituem o suporte do mencionado vínculo, em consonância com o rendimento funcional.

Poder-se-ia objetar que, no regime fechado, o condenado é preparado para o trabalho nas oficinas de laborterapia existentes.

É forçoso reconhecer, contudo, que os recursos laborterápicos disponíveis não profissionalizam o criminoso em função do mercado de trabalho; tal é o caso, entre outros, da costura de bolas, cuja utilidade se restringe a evitar a ociosidade.

Pode-se, com segurança, afirmar que o sistema penal, em sua totalidade, visa a um fim único: o egresso, re-inserido na sociedade produtiva, não reincidente.

Todavia, é fácil concluir que, desempregado e não profissionalizado adequadamente, ver-se-á compelido a delinquir novamente para satisfação de suas necessidades básicas.

Tais os relevantes motivos que nos levam a insistir na concessão do trabalho externo, no regime fechado, principalmente na empresa privada, ao liberado condicional e ao pré-egresso.

Nelson T. Candelaria
Superintendente do IMESC

EDITORIAL NOTE

Work release at United States federal prisons has been the subject of our extensive study.

The purpose of having this research work published, as carried out in the United States on the aforementioned topic, consists of stressing the usefulness of the program in the light of criminology or penal therapeutics.

A proposal is made to have our Criminal Code amended so as to extend the granting of such a benefit to those convicts serving their sentences under the closed system.

There are innumerable reasons favoring that thesis. For example, the testing of inmates and the recording of their performance as an additional rate for evaluating their degree of criminal potentiality.

Otherwise, what we have is: even with a promise of a job at either a private or public company, both ex-convicts and those on parole will have to undergo a probation period, from which their dismissal might result, therefore giving rise to an opportunity for further crime.

However, that would be very unlikely to happen if a convict — with a favorable record for his release at any design — were to have an opportunity to enjoy work release during the months preceding his final release.

By working for a public or private company during the day and returning to the penal institution at night, such as is the case in the "Casas do Albergado", both inmates about to be freed and those on parole will see a reasonably stable work relationship being gradually formed. Trust on the employer's part and friendship bonds are the mainstay of such a relationship, consistently with functional performance.

One might object by claiming that under the closed system a convict is prepared for holding a job at the work-therapy shops available.

It must be admitted, however, that the available work-therapy resources are not professionalizing to the criminal in relation to the job market; such is the case, *inter alia*, of the activity of sewing up game balls, the usefulness of which is limited to a prevention of idleness.

One may certainly state that the overall penal system aims at a single purpose: to have ex-convicts readjusted into productive society without relapsing into a life of crime.

Nevertheless, it is easy to conclude that a released convict who is unemployed and not suitably professionalized will find himself compelled to fall back into crime in order to satisfy his basic needs.

Such are the relevant reasons which have led us to insist in the granting of work release under the closed system, particularly through jobs in private companies, both to convicts on parole and those about to be released from prison.

NOTE EDITORIALE

Nous nous sommes occupés en profondeur à l'étude du travail extérieur, le "work release" aux prisons fédérales américaines.

Le but de la publication de l'enquête, réalisée aux Etats Unis sur le dit sujet est de souligner l'utilité du programme par la criminologie ou la thérapeutique pénale.

L'on propose d'altérer le Code Penal pour repandre la concession de ce bénéfice aux condamnés qui accomplissent leur peine au régime fermé.

Des nombreuses raisons favorisent cette thèse. Par exemple tester le reclus et marquer son accomplissement comme indice additionnel pour la réévaluation de periculosité.

Nous soulignons que la principale raison est la diminution de la récidive criminale.

Sinon, voyons: même avec la promesse d'emploi à l'entreprise privée ou publique, l'issu et le libéré conditionnellement devront se soumettre à une période d'essai, dont il pourra en résulter une dispense, favorisant ainsi la pratique de nouveaux délits.

Cependant, ceci arrivera difficilement si le sentiencé — avec des avis favorables à sa liberation sous n'importe quel titre — a la possibilité de travailler à l'extérieur pendant les mois qui précèdent sa sortie.

Travaillant à l'entreprise publique ou privée pendant la journée pour revenir à la pénitencerie le soir, comme aux "Casas do Albergado", le libéré et le pré-issu formeraient, gradativement un lien d'emploi raisonablement stable, dont la base serait la confiance de l'employeur et les liens d'amitié ainsi que le rendement fonctionnel.

On pourrait objecter que sous le régime fermé le condamné est préparé pour le travail aux ateliers de labortherapie existents.

Nous devons reconnaître, cependant, que les moyens labortherapiques disponibles ne professionnalisent pas le criminel pour le marché du travail. Tel est le cas, parmi d'autres, de la couture de ballons, dont l'utilité ne se limite qu'à éviter l'ociosité.

Nous pouvons, assurément affirmer que le système penal en sa totalité, n'a qu'un seul but, l'issu reinseré à la société productive, pas réincident.

Toutefois, il est facile de conclure que l'issu chomeur et pas professionnalisé de façon adéquate sera obligé à réincidenter pour satisfaire ses necessités primaires.

Tels sont les importants motifs qui nous mènent à insister à la concession du travail extérieur, surtout à l'entreprise privée, au libéré conditionnellement et au pré-issu.

DROGAS QUE PROVOCAM DEPENDÊNCIA*

Conceituação, Terminologia, Nomenclatura,
Classificação e Tipologia

José Elias Murad**

"A young boy, hearing so much about drugs, asked his father, a pharmacologist:

– Father, what is a drug?

– A drug, my son, is a substance that injected in a dog produces a research paper".

Sir Martin Roth

I – INTRODUÇÃO

É lógico que o conceito de droga não é tão simples como o da história acima narrada por Sir Martin Roth na sessão de encerramento do "IX Congrès International du Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum" realizado em Paris (7 a 12 de julho de 1974). Mas, ele serve para mostrar, através do sutil humor dos ingleses, como este conceito pode ser variado e multiforme. Classicamente droga tem sido definida como sendo todo produto capaz de dar origem a um fármaco, ou medicamento⁽⁷⁾. Poderia, portanto, ser chamado também de farmacógeno, isto é, gerador do fármaco.

Nos dias atuais, no entanto, o termo tem sido extraordinariamente ampliado. Hoje, de acordo com o conceito da OMS, droga é toda substância ou produto que, administrado ao organismo vivo, produz modificações em uma ou mais de suas funções⁽³³⁾. São óbvias as vantagens dessa definição, pois ela inclui os mais variados tipos de produtos ou substâncias como, por exemplo, a maconha (botões florais), o haxixe (resina da planta), o ópio (suco leitoso dessecado), a folha de coca (produto vegetal), a cocaína (substância pura e natural), o nembital (substância pura sintética), etc.

Já o fármaco é toda substância, natural ou sintética, capaz de dar origem ao medicamento⁽²²⁾. É o produto fundamental em seu estado puro ou quase. Por exemplo, a morfina, extraída do ópio; a heroína, seu derivado semi-sintético; a meperidina, um narcótico de síntese pura. Medicamento é o produto industrializado, ou seja, o fármaco já em sua forma farmacêutica e pronto para ser dispensado ao público.

O primeiro engano comum que, inclusive, vem sendo difundido entre o público leigo, é

considerar droga como sinônimo de "tóxico", ou seja, droga em seu sentido restrito de produto capaz de provocar dependência. Aliás, o termo "tóxico" em si também não é correto. Tóxico, no sentido químico e médico-legal, é tudo aquilo pertencente a, devido a, ou da natureza de um veneno⁽¹⁸⁾. Os cianetos, por exemplo, (NaCN e o KCN) são venenos ou tóxicos violentos.

Do exposto se retira a ilação de que em um trabalho onde se quer apresentar os aspectos corretos do problema (como acontece no caso em tela) deve-se adotar a terminologia cientificamente exata e universalmente aceita. Em assim sendo, o melhor é mesmo dizer-se — como aliás o faz o comitê de especialistas da OMS — drogas que provocam dependência. Isto incluiria, sem menor sombra de dúvida, toda a gama de substâncias e/ou produtos, de origem natural ou sintética, em formas farmacêuticas ou não, que podem afetar o indivíduo, levando-o à dependência.

Dentro deste critério, a nossa própria lei anti-tóxico (Lei nº 5.726 de 29-10-71) já comete um engano no seu próprio título onde diz: "... drogas entorpecentes e que provocam dependência física e/ou psíquica". O termo entorpecente é aí redundância perfeitamente dispensável, pois os entorpecentes (ou narcóticos) estão entre as drogas que mais facilmente levam à dependência.

II – CONCEITO DE DEPENDÊNCIA

Dependência às drogas ou farmacodependência é um estado de necessidade física e/ou psicológica, de uma ou mais drogas e que resulta do seu uso contínuo ou periódico⁽¹²⁾. Classicamente o fenômeno tem sido denominado de TOXICOMANIA, termo não muito adequado

* Trabalho apresentado à CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) sobre "TÓXICOS", depois de depoimento prestado na Câmara Federal em Brasília, D.F. — Brasil.

** Professor de Farmacologia da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Membro do Conselho Federal de Entorpecentes.

pelos motivos já expostos.

Existem 2 (dois) tipos fundamentais de dependência às drogas. Um deles é a dependência psíquica ou psicológica e que corresponde ao que se convencionou chamar, no passado, de hábito. Entretanto, este último termo não é, segundo a maioria dos especialistas, muito adequado e, hoje em dia, prefere-se falar em dependência psíquica ou psicológica.

Este tipo de dependência, tem as seguintes características fundamentais:

- a) A droga afeta o indivíduo, mas pouco prejudica a coletividade ou a sociedade onde ele vive.
- b) Não há aparecimento de tolerância, isto é, o organismo não fica tolerante à droga, o que não obriga o usuário a aumentar a dose.
- c) Há desejo psicológico de usar a droga, mas não há compulsão por ela, ou seja, necessidade orgânica de seu uso.
- d) A retirada brusca da droga não produz, no usuário, um fenômeno conhecido com o nome de síndrome de abstinência ou de privação, que se caracteriza por manifestações graves físicas e mentais, e que inclusive, podem levar o indivíduo à loucura ou à morte. O exemplo clássico de dependência psicológica ou psíquica é o do uso do tabaco ou fumo comum.

A dependência física ou orgânica, que corresponde ao que se chamava antigamente de vício, tem as seguintes características:

- a) Afeta o indivíduo e, através dele, prejudica a coletividade ou a sociedade.
- b) A droga produz tolerância no organismo, o que obriga o usuário a, progressivamente, aumentar a dose. Há indivíduos que ficam tão tolerantes que chegam a suportar doses que seriam suficientes para matar alguns indivíduos normais.
- c) Existe uma verdadeira compulsão pela droga, isto é, uma necessidade física ou orgânica de seu uso, o que faz com que o indivíduo procure obtê-la por todos os meios. Surgem daí os crimes: roubos, agressões, assassinios, prostituição, etc. (prejuízos à sociedade).
- d) Se o indivíduo for abruptamente privado do uso da droga, surge a crise de abstinência ou de privação, geralmente acompanhada de calafrios, tremores, sudorese, náuseas, vômitos, diarreia, confusão mental, alucinações, delírios, convulsões, etc.

Exemplos clássicos de dependência física são representados pelo abuso dos narcóticos comuns, como a morfina e a heroína.

Um ponto importante a ser salientado é que, praticamente, não existe dependência física pura, isto é, a dependência física é precedida ou antecipada pela dependência psicológica. Talvez o único exemplo de dependência física pura que possa ser dado é aquele que corresponde aos nascituros provenientes de mães toxicômanas, e que, durante a gravidez, foram sendo paulatinamente afetados ("viciados") pela droga trazida ao pequenino ser em formação pelo sangue materno, através da placenta⁽²⁹⁾. Vários desses casos têm sido constatados ultimamente nos Estados Unidos, principalmente o de mulheres que, durante a gravidez não interromperam o uso de heroína ou morfina, drogas que, como se sabe, facilmente atravessam a placenta⁽¹⁴⁾.

O termo "Vício" deve ser também evitado porque pode levar a confusões e, segundo recomendação da OMS, deve ser substituído por dependência física. Entre alguns autores de língua portuguesa tem-se visto o termo adicto e adição (do inglês "adict" e "addiction") para designar os dependentes físicos e seu tipo de dependência^(34,16). Julgamos esses termos anglicismos perfeitamente dispensáveis e, até mesmo, inconvenientes.

Outro ponto importante a ser considerado é que se, em alguns casos, é relativamente fácil afirmar que uma determinada droga produz dependência física e/ou psíquica, em outros, o problema torna-se extremamente complexo. Por exemplo, é fato aceito pela maioria dos autores^(6,3) que a maconha produz dependência psíquica e não dependência física, porque o uso dessa droga, não leva a produção do quadro típico que descrevemos para este último tipo de dependência (não há, por exemplo, compulsão pela droga e nem síndrome de abstinência pela sua retirada brusca). É fato também pacífico de que a morfina e a heroína produzem, tipicamente, uma dependência física acentuada, pois o seu uso corresponde, "in totum", ao quadro descrito.

Mas, existem algumas drogas que se situam, por assim dizer, no "border line", ou seja, no ponto de passagem entre um tipo e o outro. É o caso das anfetaminas ("bolinhas") que produzem tolerância, levam alguns indivíduos a uma verdadeira compulsão pela droga, mas não produzem uma síndrome de abstinência ou de privação típica pela interrupção brusca do seu uso. Apresentam, portanto, algumas características da dependência física, mas não todas.

Fato semelhante acontece com os tranquilizantes comuns, principalmente os do grupo dos benzodiazepínicos (diazepam e outros), para os quais alguns autores⁽¹⁰⁾ têm narrado o aparecimento de uma síndrome de abstinência ou de privação mais ou menos típica quando da interrupção brusca de seu uso. Por isso, chegam a falar em dependência física nestes casos.

III – CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS QUE PROVOCAM DEPENDÊNCIA

Didaticamente costumamos dividir as drogas que provocam dependência em 2 (dois) grandes grupos:

1. NARCÓTICOS OU ENTORPECENTES OU ESTUPEFACIENTES

Neste grupo estão colocadas as drogas que possuem duas características farmacológicas fundamentais: são analgésicas, isto é, combatem a dor, e produzem hipnose, isto é, levam ao sono. Aliás, os narcóticos estão colocados entre os analgésicos mais poderosos conhecidos. Combatem as dores viscerais profundas, como aquelas do câncer avançado e dos grandes traumatismos. Os narcóticos são representados principalmente pelos seguintes grupos:

1.1 – O ópio e seus alcalóides

1.2 – Narcóticos semi-sintéticos

1.3 – Narcóticos de síntese pura

1.1 – **O Ópio:** É o suco leitoso (latex) que exsuda de cortes feitos no fruto da papoula (*Papaver somniferum* Linné), planta muito comum em países do Oriente e da África (Turquia, Irã, Iraque, Egito, etc). O leite endurecido e dessecado ao ar constitui o ópio bruto.

O ópio possui mais de duas dezenas de alcalóides, sendo os principais a morfina, a codeína e a papaverina. Esta última não é um narcótico ou entorpecente, mas possui excelentes propriedades anti-espasmódicas da fibra lisa muscular.

Como a morfina é o alcalóide que existe em maior proporção no ópio (cerca de 10 por cento), as propriedades do produto derivam, em grande parte, de suas ações farmacológicas. O ópio é geralmente fumado e seu uso, no passado, esteve muito difundido no Oriente, principalmente na China. Hoje encontra-se suplantado por drogas mais modernas e de uso mais fácil e efeitos mais rápidos, como a heroína e a própria morfina, que são administradas por via parenteral, geralmente endovenosa.

Em seus efeitos sobre o S.N.C. (Sistema Nervoso Central), os narcóticos produzem, inicialmente, sensação de euforia, bem-estar, disposição pronta, etc. Produzem também, além da analgesia, um certo estado de "desligamento" ou alheamento em relação aos estímulos ambientais. Uma frase, escrita por um opiômano, é característica a este respeito: "Sob os efeitos da droga, tenho a impressão de que nada mais precisa ser feito, porque tudo está feito como devia ser". Não há dúvida, de que estes estados são extremamente agradáveis para certas personalidades e são aqueles que, possivelmente, levam ao abuso e, depois, à dependência.

Os narcóticos produzem dependência psíquica e também dependência física, apresentando todas as características do quadro já descrito para este tipo de dependência. Aliás, segundo o conceito geral dos especialistas, são as drogas que mais facilmente levam à dependência e são também as mais rebeldes ao tratamento e recuperação. São, por isso, denominadas "hard drugs" (drogas pesadas) pelos autores de língua inglesa.

1.2 – Narcóticos semi-sintéticos – Heroína:

É derivada da morfina por acetilação. Com esta droga aconteceu um dos fatos mais curiosos da história dos medicamentos. A sua síntese, foi realizada há várias décadas atrás, com a finalidade de se obter um produto que fosse tão eficaz quanto a morfina, sob o ponto de vista analgésico, e menos toxicomanógeno, isto é, menos capaz de levar à dependência. Pensou-se então, no bloqueio das oxidrilas alcoólica e fenólica da estrutura da morfina que são responsáveis por algumas das ações da droga sobre o S.N.C. Por exemplo, a oxidrila alcoólica da morfina quando bloqueada por um radical metila (CH_3) corresponde a 3-metil-morfina ou codeína, substância de pouco efeito estimulante central e toxicomanógeno e de ação específica contra a tosse.

Foram então bloqueadas as duas oxidrilas da morfina por radicais acetila (derivados do ácido acético) obtendo-se o produto semi-sintético que é a 3,6-di-acetil morfina ou heroína. Mas o "tiro saiu pela culatra", porque o produto é quimicamente um éster, e os ésteres são facilmente hidrolisados no organismo por meio de enzimas, as esterases, liberando a substância básica. É o que acontece com a heroína. Introduzida na corrente circulatória, ela é, imediatamente, hidrolisada pelas esterases, dando morfina nascente, pura, muito mais ativa, porque produzida dentro do próprio organismo. Assim a heroína se mostrou muito mais perigosa

do que a própria morfina, levando o indivíduo mais facilmente à dependência. Por esta razão, o produto não é industrializado sendo mesmo a sua fabricação proibida pelos órgãos competentes da OMS. Existe no mercado de contrabando, fabricada ilegalmente em laboratórios clandestinos.

1.3 — Narcóticos de síntese pura: São integralmente produzidos no laboratório, não sendo derivados do ópio ou de seus alcalóides. Têm, no entanto, propriedades farmacológicas semelhantes e também podem levar à dependência. São, principalmente, os seguintes:

- a) Meperidina ou Petidina (Demerol, Dolantina): É um narcótico de síntese dos mais conhecidos e usados. Tal como a morfina e a heroína, pode levar à dependência, inclusive física. Dizem alguns especialistas que é esta a droga que os astronautas levam consigo para a eventualidade de auto-extermínio, evento que, felizmente, ainda não ocorreu.
- b) Metadona (Dolosona): Tem sido usado como sucedâneo da morfina, por ser menos tóxico. Além disso, como não produz tolerância acentuada e pode ser usado pela via oral, tem sido empregado, como terapêutica de substituição de morfina e heroína⁽³⁰⁾. Alguns autores criticam o processo alegando que ele não passa de uma simples troca de uma droga por outra, ficando o indivíduo dependente da segunda da mesma maneira do que da anterior.

Existem outros narcóticos de síntese menos conhecidos e usados e que, na maioria dos casos levam também à dependência, como, por exemplo, o dextromoramide (Palfium). Uma palavra especial deve ser reservada à pentazocina (Sossegon) que, inicialmente, foi lançada no comércio farmacêutico como sendo um produto de síntese, potente analgésico, mas sem propriedades toxicomanógenas. No início foi até mesmo vendida sem prescrição médica. Entretanto, dentro de algum tempo, o produto revelou-se capaz de provocar dependência o que levou as autoridades a colocá-lo sob controle⁽¹⁾, se bem que com menos vigor do que os narcóticos.

OBSERVAÇÃO

O abuso dos narcóticos ainda não constitui problema sério no Brasil por dois motivos principais:

- a) O rígido controle a que estão submeti-

dos, tanto no campo internacional como no meio nacional. São drogas que exigem prescrição especial, mesmo por parte do médico (bloco especial numerado, fornecido por autoridade sanitária, visto prévio, etc).

- b) Elevado preço dessas drogas no mercado ilegal. Calculam os especialistas que 10 Kg de ópio bruto podem fornecer 1 Kg de morfina que, transformada em heroína, nos laboratórios clandestinos, e diluída a 5 por cento com produtos inertes ou outras drogas, chega a render, quando entregue aos traficantes de uma grande cidade, perto de um milhão de dólares!

A dependência de narcóticos é, portanto, fenômeno comum e grave nos países ricos e super-desenvolvidos. Mas, é de temer-se que, no futuro, o seu uso venha a se espalhar também entre nós, devido principalmente às enormes facilidades de comunicação dos nossos dias. Calculam os especialistas que, somente em Nova Iorque, existem mais de 100.000 indivíduos dependentes de heroína.

2. PSICOTRÓPICOS OU PSICOMETAMÓRFICOS

Literalmente psicotrópicos significa "o que tem tropismo ou atração pela mente". O termo é, portanto, muito amplo, e pode compreender também vários produtos que, tradicionalmente, já se encontram em outros grupos farmacológicos, inclusive os próprios narcóticos. Assim, a escopolamina ou hioscina, um parassimpatolítico ou bloqueador colinérgico, também age sobre o S.N.C. e, logicamente, poderia ser incluído no vasto grupo que a terminologia faz supor. Idem com a própria atropina.

Entretanto, o consenso geral supõe para o grupo dos psicotrópicos certas drogas que apresentam determinadas ações peculiares sobre o S.N.C. Segundo a maioria dos autores^(9,4,19) nesse grupo devem ser incluídas as drogas que têm a capacidade de modificar o comportamento e a atividade psíquica do indivíduo, sendo esta a sua principal característica. Por isso, temos sugerido em vários trabalhos^(18,19,20,21) um termo novo, em nossa opinião, mais adequado. Esse termo é PSICOMETAMÓRFICOS, isto é, drogas capazes de provocar uma metamorfose ou mudança psíquica. Entretanto, pela difusão que tem sido dada ao nome psicotrópico, acreditamos que ele dificilmente será superado.

Um ponto importante, e que deve ser salientado, é que nem todos os psicotrópicos provocam dependência, existindo várias drogas no grupo desprovidas da referida ação. Tradicionalmente os psicotrópicos são classificados de acordo com DELAY e DENIKER^(9,8) em 3 (três) grandes grupos. Vamos referir-los separadamente e, dentro de cada um deles, apresentar os sub-grupos que possuem drogas que provocam dependência.

2.1 – Psicolépticos: Léptico vem do grego "lambano" que significa pegar ou tomar abaixando⁽¹⁹⁾. Assim, os psicolépticos são as drogas que abaixam ou reduzem a atividade mental.

Sob o ponto de vista de dependência, os principais sub-grupos são:

2.1.1 – Hipnóticos: São drogas que produzem hipnose, isto é, induzem ao sono. São as vulgarmente chamadas "pílulas para dormir". Pertencem a duas categorias:

A) Barbitúricos: São medicamentos derivados do ácido barbitúrico ou malonil uréia. São as mais usadas "pílulas para dormir". Têm vários usos médicos úteis e importantes, além do combate à insônia. Em dose fraca são sedativos e servem para combater a ansiedade e mesmo a hipertensão. Alguns são usados para controlar as convulsões, como a epilepsia, por exemplo.

É comum que o abuso dos barbitúricos comece por prescrição médica, para combater uma insônia, por exemplo.

Se o uso continua, vai aparecendo tolerância, o que obriga o usuário a ir aumentando a dose. Já não dorme com um só comprimido. Precisa de dois ou três. No fim de certo tempo aparece a dependência psíquica, isto é, o indivíduo não consegue dormir mais sem a sua dose de barbitúrico. Continuando o uso pode-se chegar até à dependência física.

É importante observar que a tolerância aos barbitúricos não se estabelece com a mesma intensidade em relação aos seus efeitos tóxicos, isto é, a dose necessária para obter os efeitos desejados é muito próxima da dose tóxica mortal, o que pode levar o usuário a fenômenos graves de intoxicação.

Outro ponto importante a considerar é o estado de confusão mental que eles provocam, levando o indivíduo a tomar doses superiores às desejadas. Além disso, os seus efeitos tóxicos são aumentados pelas bebidas alcoólicas. Ambos os casos têm sido responsáveis por acidentes mortais com este tipo de droga.

A síndrome de abstinência produzida pelo medicamento costuma ser mais grave e perigosa

do que aquela provocada pelos narcóticos, podendo levar o indivíduo à morte.

Ao que parece os barbitúricos de ação curta e ultra-curta são mais capazes de levar à dependência do que os de ação longa.

Principais barbitúricos:

- a) Ação longa: Luminal ou Gardenal, Veronal.
- b) Ação média: Butobarbital e Dial.
- c) Ação curta: Seconal e Nembutal.
- d) Ação ultra-curta: Tio-nembutal.

É comum entre alguns autores chamar os barbitúricos de barbituratos, denominação algo imprópria, porque a desinência ato, do final, é característica dos sais, e somente alguns deles são, realmente, sais (sais de sódio, por exemplo, como o tio-nembutal sódico).

B) Hipnóticos não-barbitúricos: São todos aqueles hipnóticos que não são derivados do ácido barbitúrico ou di-etilmalonil-uréia. Os principais são os seguintes:

- a) Glutetimida (Doriden)
- b) Metaqualona (Mandrix, Mequalon)
- c) Nitrazepan (Mogadon, Nitrempax)

Segundo alguns autores os hipnóticos não-barbitúricos seriam menos passíveis de levar o indivíduo à dependência^(2,17). Entretanto, nos últimos tempos, têm sido descritos casos de dependência por esses hipnóticos, principalmente a metaqualona⁽³¹⁾, donde a necessidade de uma fiscalização mais rigorosa sobre eles e também um maior cuidado na sua prescrição por parte dos médicos.

2.1.2 – Tranqüilizantes ou ansiolíticos: São drogas de ação sedativa sobre a tensão emocional e a ansiedade, daí derivando o seu nome. Não devem ser confundidos com os neurolépticos ou tranqüilizantes maiores dos autores anglosaxões (clorpromazina ou Amplictil, haloperidol, etc). Estes últimos, segundo diversos especialistas^(9,19) comumente não levam à dependência enquanto que os tranqüilizantes comuns podem provocá-la.

São drogas com uma ação seletiva ao combate ao nervosismo, tensão emocional e ansiedade. Alguns autores costumam chamá-las também de atarácicos. Quando usados de maneira adequada, com supervisão e orientação médica, os tranqüilizantes são bastante úteis em suas indicações específicas. No mundo agitado em que vivemos, pode-se dizer que são fármacos quase que indispensáveis para dar aos indivíduos uma tranqüilidade, mesmo que seja temporária.

Entretanto, devem ser usados cuidadosamente, porque podem levar à dependência psíquica. Algumas pessoas se tornam tão

dependentes aos tranqüilizantes que não podem mais dispensar o seu uso diário. O seu emprego em altas doses, durante muito tempo, pode levar, quando da sua retirada brusca, a reações que muito se aproximam da síndrome de abstinência ou de privação pelos barbitúricos.

Principais tranqüilizantes usados no nosso meio:

- a) Clordiazepóxido: Librium e Psicossedim
- b) Diazepam: Diempax e Valium
- c) Oxazepam: Adumbran
- d) Lorazepam: Lorax

Ultimamente alguns autores têm afirmado que os tranqüilizantes podem até mesmo provocar dependência física^(10,13). Por isso, a recomendação que se faz sobre o seu uso adequado é a seguinte: devem ser usados na menor dose efetiva possível e pelo menor espaço de tempo necessário ao tratamento.

Apesar disso, seu uso, mesmo por prescrição médica, tende a se espalhar cada vez mais por causa, principalmente, do seu prestígio como agentes aliviadores das tensões e impactos ("stress") da vida moderna.

2.2 — Psicoanalépticos: O termo léptico com o prefixo ana, passa a ter o sentido contrário ao anteriormente descrito. Significa tomar ou pegar elevando. Portanto, os psicoanalépticos são as drogas que elevam ou aumentam a atividade mental. Os sub-grupos principais são os seguintes:

2.2.1 — Anfetaminas: São estimulantes do sistema nervoso central (SNC) vulgarmente conhecidas por "bolinhas". Costumam ser denominadas ainda de aminas psicoanalépticas ou despertadoras, porque uma de suas principais características é combater a sonolência produzindo a vigília.

No homem, elas produzem, inicialmente, euforia, bem estar, disposição pronta, aumento da capacidade física e intelectual, etc. Mas podem provocar também irritação, insônia, nervosismo e inquietação. Às vezes, nos hipersensíveis, alucinações, delírios e, até mesmo, convulsões. É a chamada psicose tóxica.

Depois da fase inicial euforizante, é comum o aparecimento de uma fase secundária depressiva, com depressão, fadiga, torpor e sonolência.

Para combater esta fase depressiva, o indivíduo costuma ingerir nova dose, surgindo, dentro de algum tempo, tolerância, o que obriga o usuário a ir aumentando a dose. Conhecemos casos de indivíduos que chegam a se auto administrar 15 ou 20 comprimidos de uma só vez, porque se encontram altamente tolerantes.

Se a fase depressiva não é bem controlada,

podem surgir vários problemas na sua instalação. Um dos mais graves é o suicídio, já com vários casos citados na literatura médica e policial, inclusive entre nós. Outro, é a sonolência que pode atacar os motoristas levando-os a cochilar no volante, com desastres graves. Outro ainda, é a profunda inibição que costuma atacar os estudantes na hora dos exames, quando usaram as anfetaminas na véspera, para estudar pela noite adentro.

Apesar de provocarem alguns fenômenos característicos da chamada dependência física ou orgânica (vício) como, por exemplo, a compulsão pela droga e a tolerância, para a maioria dos autores as anfetaminas levam, na verdade, a uma dependência psíquica ou psicológica (hábito). Isto porque não produzem uma verdadeira síndrome de abstinência ou de privação durante a sua ausência, a julgar por aqueles sintomas que aparecem durante a privação dos narcóticos e dos barbitúricos. Entretanto, alguns autores julgam que a fase secundária depressiva é, às vezes, tão intensa que pode ser comparada a um tipo especial de síndrome de abstinência.

Em nossa opinião, as anfetaminas ficam, por assim dizer, em um ponto de passagem, entre a maconha que produz tipicamente uma dependência psíquica, e os narcóticos que levam realmente a uma dependência física.

O que não há dúvida é que são drogas altamente perigosas, tanto assim é que alguns especialistas já têm até sugerido a sua abolição completa do arsenal terapêutico.

Anorexigênicos ou Anoréticos: São medicamentos usados para diminuir ou abolir o apetite, isto é, para provocar anorexia. São usados no combate às hiperfagias tendo em vista o controle da obesidade.

Sob o ponto de vista farmacológico e químico os anorexigênicos podem ser considerados como anfetaminóides, isto é, substâncias semelhantes às anfetaminas, com todos os inconvenientes que estas drogas podem provocar. Pelas dificuldades em obter as anfetaminas clássicas, os usuários de "bolinhas" estão se desviando para os anorexigênicos, menos rigorosamente controlados do que aquelas.

Principais anfetaminas:

Benzedrina, Dexedrina, Pervitin

Associação com barbitúricos:

Dezamy, Desbutal e Ambar

Principais anorexigênicos:

Preludim, Anorexyl, Ambulemin, Cafilon, Temiran, Linix, Lucofen, Minifage, Lipenan e Proporex.

Associação com barbitúricos ou tranqüilizantes:

ModereX, Fatinil.

2.2.2 – Outras Aminas estimulantes: Não pertencem propriamente ao grupo das anfetaminas, mas são também estimulantes do S.N.C. Situam-se, por assim dizer, entre as xantinas (cafeína), que são pouco estimulantes e, as anfetaminas que são as mais potentes sob esse aspecto.

As principais drogas do grupo são: Metilfenidato (Ritalin ou Retalina), facetoperano (Lipedran) e o pipradol (Meratran). Só o primeiro existe, no momento, no mercado brasileiro, e têm sido narrados vários casos de seu abuso, principalmente por causa das dificuldades de serem obtidas as anfetaminas clássicas.

2.2.3 – Cocaína: A cocaína é um alcalóide extraído de uma planta muito comum em alguns países da América do Sul, principalmente Peru e Bolívia, a folha de coca. A planta é usada, há centenas de anos, pelos índios da região, principalmente os que habitam as elevadas altitudes dos Andes. Estima-se que perto de 2 milhões de índios peruanos, que moram em regiões elevadas, consomem cerca de 100 toneladas de cocaína por ano, na forma de folha de coca. A folha é mastigada, às vezes com um pouco de óxido de cálcio para liberar a base livre. Sendo um anestésico local, o alcalóide produz uma anestesia da mucosa digestiva. Além disso, há uma ação estimulante do S.N.C. (Sistema Nervoso Central). Dizem alguns historiadores que o hábito de mastigar folhas de coca é estimulado pelos brancos da região, porque assim o índio trabalha mais (pela ação estimulante central) e come menos (pela ação anestésica das mucosas). A cocaína quando usada na forma de rapé pelos viciados, pode, depois de algum tempo, perfurar o septo nasal, por causa de sua intensa ação vaso-constritora.

De um modo geral, a droga produz elevação do humor, chegando até à fase eufórica. Por outro lado, produz intensa diminuição da fome, indiferença à dor, e muitos afirmam ser a cocaína uma das drogas mais potentes para combater a fadiga. Por isso, é comum o seu usuário superestimar a sua capacidade física e mental. Terminada esta fase de estímulo, aparece uma certa depressão o que leva o indivíduo a repetir a dose, e, dentro de certo tempo, estabelece-se a tolerância e o hábito.

Quando grande quantidade de cocaína é administrada aparece um estado de intoxicação que se caracteriza por ansiedade, suspeição,

idéias paranóides, alucinações e mania de perseguição. Às vezes aparecem convulsões e morte por parada respiratória. O delírio de perseguição e estado de suspeição que a droga produz, fazem, muitas vezes, com que os dependentes carreguem armas, que podem chegar a usar contra os seus pretensos perseguidores. Portanto, o cocainômano é, potencialmente, um indivíduo perigoso.

Pelas mesmas razões já expostas para os narcóticos (rígido controle e preço elevado), o abuso da cocaína ainda não constitui problema sério no nosso meio.

2.2.4 – Associações das anfetaminas com os barbitúricos e os tranqüilizantes: Sob o argumento de que os barbitúricos e os tranqüilizantes, associados às anfetaminas, podem combater a excitabilidade e o nervosismo provocados por estas últimas, alguns laboratórios farmacêuticos têm lançado no mercado produtos contendo a sua associação, isto é, anfetamina + barbitúrico ou tranqüilizante. O mesmo tem sido feito com os anorexigênicos.

Entretanto, trabalhos que já realizamos em nossos laboratórios^(27,28) demonstraram que a referida associação pode ser altamente excitante, principalmente na proporção de 2:1 (2 partes de anfetamina para 1 do barbitúrico). Nestas condições, o produto é muito mais estimulante do que a anfetamina sozinha. O fato parece paradoxal, porque deveria existir entre as duas drogas um antagonismo fisiológico, pois uma é estimulante central e a outra um depressor. Entretanto, nossos trabalhos demonstraram uma intensa ação estimulante, principalmente em camundongos e ratos. Vários usuários de drogas têm feito uso da referida associação (Pervitin + Vacotonil, por exemplo) e todos eles são unânimes em afirmar que o efeito estimulante é muito maior com a associação do que com a anfetamina apenas.

A explicação mais razoável que admitimos para o fato é a seguinte: o barbitúrico (ou o tranqüilizante), em dose menor, tem uma certa ação relaxadora ou desinibidora. O sujeito assim desinibido, com os freios normais do consciente meio afrouxados, seria mais facilmente (e intensamente), estimulado pelas anfetaminas.

O fato é que tais associações, em nossa opinião, devem ser proscritas, porque elas nada acrescentam às propriedades terapêuticas do fármaco e, ao contrário, podem ser tremendamente prejudiciais (por exemplo: abuso de Desbutal e Dexamyil). Não sabemos porque os serviços de controle, que impõem tantas restrições às anfetaminas clássicas (o que é

correto) licenciam, com certa liberalidade, tais produtos que são, em última análise, verdadeiras "bolinhas".

2.3 – Psicodislépticos: A partícula pejorativa DIS, colocada antes do termo léptico, dá à palavra o sentido de distorcer, desviar, alterar. Portanto, os psicodislépticos são drogas que distorcem ou desviam a atividade mental.

A sua sinonímia é muito ampla. São chamadas também de drogas psicoto ou psicossomiméticas, porque seriam capazes de mimetizar certas psicoses^(15,32). Alguns autores também as denominam de drogas psicodélicas. O termo foi inicialmente proposto pelo pesquisador canadense, OSMOND, em 1957, em um trabalho que apresentou à Academia de Ciências de New York. Como se sabe, os alucinógenos são capazes de alterar as percepções, dilatar o espírito e dar novas dimensões à visão. OSMOND procurou então uma palavra que pudesse interpretar essas propriedades. Imaginou vários neologismos, todos relacionados com a psique, a saber: psicofórico, que move; psico-hórmico, que desperta; psicoplástico, que molda; psicolítico, que relaxa; psicodélico, que provoca manifestações do espírito. Segundo o autor, qualquer dos termos poderia servir mas ele pessoalmente se inclinava para psicodélico por ser uma palavra clara, eufônica e não derivada de outras associações.

A palavra vem do grego: "psico": alma, espírito, mente e "délico": manifestar. O adjetivo psicodélico, portanto, está ligado a qualquer droga capaz de promover uma manifestação psíquica. Como este tipo de droga fica incluído no grupo dos psicodislépticos, é evidente que tal manifestação se refere àquela que apresenta a realidade de uma maneira distorcida, provocando alucinações ou ilusões, estados oníricos (de sonho) ou de confusão mental, de despersonalização, etc.

Um termo também muito usado para designá-las é o de alucinógenos ou drogas alucinogênicas, que se define por si próprio.

Podem ser divididos em 2 (dois) sub-grupos:

A) Alucinógenos comuns: Cujo principal representante é a maconha ou marijuana ou cânhamo. É interessante observar que a palavra maconha, que é usada apenas no Brasil, tem as mesmas letras que cânhamo, apenas com disposição diferente. Alguns autores brasileiros⁽³⁵⁾ supõem, por isso, que o termo tenha sido introduzido no Brasil pelos escravos oriundos da África que assim teriam, entre si, uma maneira de comunicar, em segredo e sem o

conhecimento dos seus senhores, assuntos referentes à droga que, naquela época, era principalmente usada entre os indivíduos do mais baixo nível social.

A droga é representada principalmente pelos botões florais da planta *Canabis sativa* Linné ou cânhamo indiano, comum nos países tropicais e sub-tropicais. As folhas e outras partes do vegetal também podem ser usadas, mas são menos ricas em princípio ativo. É conhecida ainda pelos nomes de bang, dag, Kif, diamba, liamba, pot e haxixe. O haxixe é a resina obtida da planta, muito usado no Oriente. O produto é comumente fumado, sendo os seus cigarros conhecidos pelo nome de "baseados" ou "dólares".

Os efeitos mentais da maconha dependem de vários fatores. Entre outros, os principais são: estado de pureza da droga, terreno em que a planta é cultivada, tempo de estocagem, ambiente e personalidade do usuário.

Ela não é um narcótico ou entorpecente. Farmacologicamente classifica-se como alucinógeno, isto é, droga capaz de provocar alucinações e delírios. As personalidades instáveis ou ainda em formação, parecem ser mais suscetíveis aos seus efeitos. Não produz tolerância e a dependência é do tipo psíquico ou psicológico, às vezes muito intensa. Segundo alguns autores o seu efeito desinibidor pode levar o indivíduo a cometer certos atos que não cometeria no estado normal. Sendo uma droga ilegal, coloca o seu usuário na marginalidade e pode, inclusive, levá-lo a experimentar drogas mais potentes e mais perigosas.

B) Alucinógenos fortes: São representados principalmente pelas seguintes drogas:

- a) Mescalina: que é um alcalóide extraído de um cactus mexicano, o "peiole" ou "mescal".
- b) Psilocibina: alcalóide extraído de certos cogumelos encontrados principalmente no México (*Psilocybe Mexicana* Heim, por exemplo).
- c) LSD 25: é a di-etilamida do ácido lisérgico ou lisergamida, produto semi-sintético obtido a partir do esporão de centeio. Este esporão de centeio é um parasita de certas gramíneas, como o trigo, por exemplo. Dele se obtém o ácido lisérgico que, no laboratório, é transformado na dietilamida.

A sigla LSD provém do inglês: "Lysergic Saure (acid) Diethylamide". Preferimos dizer a LSD, ao invés de o LSD, como querem muitos, porque a droga é uma amida, e amida é feminino.

Sob o ponto de vista farmacológico, a LSD é um alucinógeno clássico. As alucinações que provoca são: auditiva (aumento da capacidade de percepção dos sons), cinética (movimento de objetos como paredes, móveis, utensílios) e visual (percepção dos objetos com uma intensidade rara de cores). Provoca também fenômenos de despersonalização e às vezes, sensação de deformação corporal: mãos enormes, rosto disforme, corpo pequeno, etc. Isto pode dar origem a reações de pânico ou pavor. Outras vezes, durante a crise alucinatória, o indivíduo tem a impressão de que é capaz de executar proezas incríveis como, por exemplo, voar através de uma janela ou enfrentar veículos em alta velocidade, o que tem dado origem a acidentes fatais. Outrossim, a literatura especializada tem citado vários casos de suicídios durante as crises alucinatórias provocadas pela droga.

Estudos recentes têm demonstrado que a LSD é capaz de provocar rupturas nos cromossomas. Esses cromossomas são pequenas partículas encontradas nos núcleos das células e que transmitem os caracteres genéticos. Supõe-se que essa quebra ou ruptura possa levar ao aparecimento de anomalias nos descendentes.

A LSD não provoca dependência física, mas já está demonstrado que ela pode levar o indivíduo a uma intensa dependência psíquica.

Não se deve designar a droga simplesmente como ácido lisérgico ou o "ácido". Isto só é admissível na gíria dos usuários, porque o ácido lisérgico em si é pouco ativo, com propriedades alucinógenas muito pouco acentuadas.

Existem ainda outros produtos alucinógenos, mas menos conhecidos e menos usados no nosso meio. Um deles é a STP, droga alucinógena sintética, que vem sendo empregada principalmente pelos "hippies", nos Estados Unidos^(11,23). A sigla STP, significaria "Serenity, Tranquillity and Peace". O produto é um derivado da anfetamina comum: é o 2,5-dimetoxi-4-metilamfetamina, menos potente do que a LSD, e mais potente do que a mescalina⁽²³⁾.

IV – PRODUTOS DIVERSOS

Na sua ansiosa procura de drogas muitos usuários, pelas dificuldades de obterem os produtos controlados, estabelecem a sua própria "toxifarmacologia" clandestina. Assim, têm surgido abusos de certas drogas que surpreendem os próprios farmacologistas. Os casos mais conhecidos são os seguintes:

1. O ABUSO DE SUBSTÂNCIAS VOLÁTEIS:

Consiste na aspiração de algumas substâncias voláteis que têm a propriedade de provocar um certo estado de embriaguez, com hilariedade e que pode progredir até alucinações. A capacidade de discernimento e o senso da realidade ficam diminuídos. Ataxia, fala "enrolada", diplopia (visão dupla) e vômitos têm sido relatados em caso de aspiração de alguns desses solventes e substâncias voláteis. Se a inalação é interrompida pode se chegar até o estado de coma, com morte subsequente.

Esta categoria de droga atrai principalmente jovens adolescentes, porque sua venda não é, geralmente, controlada.

Entre os inalantes mais comumente abusados, podem ser citados os seguintes: cola de aeromodelismo, cola de sapateiro, cimento plástico, fluídos de isqueiro, removedores de tintas e vernizes, líquidos removedores de manchas ("tira-manchas"), etc. Estes produtos contêm uma variedade de hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos que inclui benzeno, tolueno, xileno, tetracloreto de carbono, clorofórmio, acetona, tricloreto, etc. Alguns, como a cloretila ou cloreto de etila, junto com o clorofórmio, entram na constituição do chamado "lança-perfumes". Nos carnavais do passado, antes da proibição do seu uso, eram comuns os chamados "porres" de lança-perfumes. Outros, como o tricloroetileno, têm sido usados como vermífugos.

Alguns desses compostos são depressores do S.N.C. e podem produzir anestesia e morte em alta concentração. Outros, como o clorofórmio e o tetracloreto de carbono, são tóxicos para o coração, fígado e rins, podendo provocar arritmia cardíaca, insuficiência hepática ou renal e hipotensão severa. Os hidrocarbonetos clorados, podem provocar anemia aplástica grave.

De um modo geral, essas drogas não provocam dependência física, se bem que casos de tolerância têm sido já relatados. Temos conhecimento de casos onde a substância volátil, colocada em sacos de plástico e aspirada, levou, os jovens usuários à morte por síncope respiratória.

2. AS DROGAS INTOXICANTES EM DOSE ALTA (XAROPE, ETC.)

Existem certas drogas que, em dose alta, intoxicam o indivíduo, provocando, inclusive, alterações mentais de certa intensidade. Por causa das dificuldades de obter os produtos

controlados, alguns usuários de drogas, estão se desviando para esses produtos. Um dos mais abusados entre eles é o tri-hexifenidil (ARTANE) que, em um estudo recente⁽⁵⁾ de 38 usuários de droga, colocava-se em segundo lugar entre os produtos usados pelo grupo.

O composto é um agente parassimpatolítico, do tipo da atropina, usado na doença de Parkinson. Entretanto, em dose alta (20 a 25 comprimidos ou o vidro inteiro do xarope) produz fenômenos de intoxicação que se traduzem, principalmente, por confusão mental, alucinações, delírios e amnésia. Como essas reações se parecem um pouco com aquelas dos alucinógenos (LSD, etc.) os usuários têm procurado usar o composto como sucedâneo para as suas "viagens". Mas o "bilhete é de segunda classe", porque o fenômeno é, na verdade, de intoxicação medicamentosa, com reflexos perniciosos sobre o organismo em geral, inclusive a amnésia que pode durar dias. Em um trabalho recente⁽²⁴⁾ propusemos colocar o produto entre os medicamentos de venda controlada, pois, somente em uma farmácia de bairro de Belo Horizonte, o seu proprietário confessou que vende mais de 100 frascos do produto nos fins de semana. Depois que apresentamos esse trabalho na França, recebemos uma carta de um colega desse país onde nos afirma que, desde 1970, o produto está sob controle das autoridades sanitárias francesas. E, no Brasil, a sua venda é livre até hoje!

Outros produtos variados que têm sido também abusados da mesma maneira são o ROMILAR (dextrometorfano) um expectorante usado no tratamento das tosses e o AMBENYL (associação de dois anti-histamínicos com a codeína) empregado também contra a tosse. Eles constituem, em seu conjunto, substâncias não propriamente psicotrópicas, mas que, pelo abuso que têm sido objeto, requerem um controle especial por parte de nossas autoridades sanitárias (vd. proposta final deste trabalho, item nº 4).

V – O EFEITO PLACEBO

Placebo em medicina significa substância inerte, que não apresenta nenhum efeito farmacológico, tendo apenas uma influência psicológica no indivíduo. Chama-se efeito placebo esta ação meramente psicológica, sem substrato orgânico. Quando se diz que uma droga tem apenas efeito placebo, isto quer dizer que ela não age fisiologicamente no indivíduo e,

as ações que por acaso aparecem, são de origem psicológica.

De vez em quando, vários produtos surgem, entre os usuários de drogas, com a fama de serem capazes de provocar "viagens extraordinárias e intensas". Isto aconteceu, por exemplo, com a polpa da casca de banana, com a folha de figueira, com melhoral dissolvido em coca cola ou colocado em cigarros, etc. Na grande maioria dos casos, esses produtos têm uma mera ação psicológica ou um simples efeito placebo. É que muitos desses usuários de drogas já se apresentam algo desequilibrados e facilmente sugestíveis, e os efeitos aparecem por mera sugestão. Outras vezes, eles se encontram sensibilizados pelo uso de drogas psicotrópicas comuns e esta sensibilização facilita o aparecimento do efeito placebo.

Produtos como esses citados não devem por isso, preocupar as autoridades e não há nenhuma necessidade de se estabelecer um controle sobre eles.

VI – A PADRONIZAÇÃO DOS PSICOTRÓPICOS

Tendo em vista facilitar a identificação dos psicotrópicos, principalmente pelos educadores, pais de família, autoridades e leigos, temos sugerido em vários trabalhos^(25,26) a padronização de todas as substâncias psicotrópicas em sua forma farmacêutica. As medidas são de ordem farmacotécnica e bastante práticas, uma vez que é comum surpreender indivíduos, principalmente jovens, tendo em seu poder comprimidos, drágeas ou cápsulas sem a menor indicação (nome, caixa ou bula). A identificação da substância suspeita requer, então, técnicas mais ou menos delicadas de análise (cromatografia, espectrometria, etc) que demandam muito tempo (24, 48 ou mais horas). As medidas que sugerimos são as seguintes:

- 1 – Uma forma farmacêutica especial para os psicotrópicos, que passaria a ser exclusiva deles (comprimidos triangulares, drágeas ou cápsulas vermelhas, empolas com targeta vermelha, etc).
- 2 – Quando possível, a sigla da substância, previamente conhecida das autoridades, seria cravada, em baixo relevo, nos comprimidos e drágeas.
- 3 – Como muitas substâncias estimulantes do S.N.C. se encontram na forma salina nos comprimidos ou drágeas (cloridrato, sulfato, etc.) o que facilita a sua solubilidade na água para serem usados

como injetáveis, propomos substituir a forma salina pela forma básica (base livre) menos solúvel, quando isso não levar a uma diminuição da atividade.

- 4 – Quanto a alguns produtos não incluídos entre os psicotrópicos e que têm sido abusados em dose alta (20-30 comprimidos ou o vidro todo de

xarope), como o tri-hexifenidil (Artane), sugerimos a adição de um emético, em dose fraca (ipeca, emetina ou apomorfina) caso não haja alteração das propriedades, ou então colocá-los sob controle, como acontece com os psicotrópicos comuns.

QUADRO DAS FARMACODEPENDÊNCIAS

Tipo de droga	Dependência física	Dependência psíquica	Tolerância	Psicose tóxica (dose alta)
Narcóticos.....	+++	+++	+++	
Barbitúricos.....	++	++	++	
Tranqüilizantes.....	+(?)	+	+	
Anfetaminas.....	+(?)	+	+	++
Cocaína.....		+	+	++
Maconha.....		+		+
LSD e outros.....		+	+	+
Inalantes.....			+	+
Neurolépticos.....				

SUMÁRIO

A Organização Mundial da Saúde – OMS – conceitua como droga “toda substância ou produto que, administrado ao organismo vivo, produz modificações em uma ou mais de suas funções”. O autor aponta como vantagem desta conceituação, sobre outras já propostas, a possibilidade de inclusão dos mais variados produtos ou substâncias que provocam dependência.

Define dependência às drogas ou farmacodependência como “um estado de necessidade física e/ou psicológica de uma ou mais drogas e que resulta do seu uso contínuo ou periódico”.

Descreve as características fundamentais da dependência física e psíquica, bem como apresenta classificação das drogas que a provoca.

SUMMARY

The World Health Organization – WHO – harbors the concept that a drug is “every substance or product which, once administered to a living organism, will cause changes in one or

more of its functions”. The author points out that, as an advantage over other concepts which have been proposed, it enables the inclusion of the most widely varied products or substances which cause addiction.

He defines addiction to drugs or pharmacoadddiction as “a state of physical and/or psychological addiction to one or more drugs, resulting from their continued or periodical use”.

He describes the fundamental characteristics of both physical and psychic addiction, and also presents a classification of the drugs causing it.

SOMMAIRE

L'Organisation Mondiale de la Santé – OMS – à défini comme drogue “toute substance ou produit qui, ministré à l'organisme vivant, provoque des modifications a une ou plusieurs de ses fonctions”. L'auteur souligne l'avantage de cette définition sur toutes les autres proposées par la possibilité d'inclusion des plus

variés produits ou substances qui provoquent la dépendance.

Il défine la dépendance aux drogues, ou pharmacodépendance comme un état de besoin physique et/ou psychologique d'une ou plus drogues que résulte de son usage continu ou périodique.

Il décrit les caractéristiques fondamentales de la dépendance physique et psychique et présente la classification des drogues qui la provoquent.

BIBLIOGRAFIA

- 1 – AMA DEPARTMENT OF DRUGS: AMA Drug Evaluations: Strong Analgesics. Massachusetts U.S.A. Publishing Sciences Group Inc., 2^d ed., 1973.
- 2 – BAN, T. A.: Psychopharmacology. Baltimore, U.S.A., The Williams and Wilkins Co. 1st ed., 1969.
- 3 – BLOOMQUIST, E. R.: Marijuana. The second trip. Beverly Hills, Califórnia, Glencoe Press, 1971.
- 4 – BOISSIER, J. R.: "Les tranquillisants" en pratique médicale courante. Therapie: 337-340, 1959.
- 5 – CALDAS, A. A.: Informação pessoal ao autor, Belo Horizonte, 1974.
- 6 – CARLINI, E. A.: Acute and chronic behavioral effects of Cannabis sativa in Proceedings of the 5th Int. Cong. of Pharmacology and the Future of Man. Drug Abuse and Contraception. Basel O. S. Karger, 1973.
- 7 – CLAUS, E. P., TYLER, Jr. V. E.: Pharmacognosy. Philadelphia, Lea 8 Febiger, 5th ed., 1965.
- 8 – CHEYMOL, J. HAZARD, R., LECHAT, P., BOISSIER J. R., LEVY, J.: Manuel de Pharmacologie, Paris, Ed. Masson, 2^e ed., 1969.
- 9 – DELAY, J., DENIKER, P.: Méthodes Chimotherapiques en Psychiatrie. Les nouveaux médicaments psychotropes. Paris, Masson et Cie., 1961.
- 10 – DIMIJIAN, G. G.: Contemporary Drug Abuse in A. Goth: Medical Pharmacology. St. Louis. C. V. Mosby Co., 1970.
- 11 – DRUG ABUSE: A manual for law Enforcement Officers. Smith, Kline 8 French lab. Philadelphia, 6th ed., 1968.
- 12 – EXECUTIVE OFFICE OF THE PRESIDENT: Special action office for drug abuse prevention. Answers the most frequently asked questions about drug abuse. Washington, D. C., 1973.
- 13 – GIUDICE, D. J.: Antianxiety drugs in W. G. Clark and J. Del GIUDICE: Principles of Psychopharmacology. New York and London. Academic Press, p. 670, 1970.
- 14 – GOODMAN, L. S., GILMAN, A.: As bases farmacológicas da terapêutica. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara. Koogan, 1973.
- 15 – HOFMANN, A.: Chemical, pharmacology and clinical aspects of psychotomimetics. J. Exp. Med. Sa. 5:31-51, 1961.
- 16 – LITTER, M.: Farmacologia. Buenos Aires, El Ateneu, 4 ed., 1970.
- 17 – MADALENA, J. C.: Avaliação do efeito euhípinico de dois derivados benzodiazepínicos – RO 4-5360 e RO 4-8180 – pelo método da análise seqüencial. Hospital, 67, 2:293, 1965.
- 18 – MURAD, J. E.: O que você deve saber sobre os psicotrópicos. A viagem sem bilhete de volta. CFF, CRF-6, Ass. Min. Farm. Belo Horizonte, 1972.
- 19 – MURAD, J. E.: Psicometamórficos: Farmacologia dos psicotrópicos e suas relações com a clínica. Rev. Ass. Méd. M. G. 20(4):287-306, 1969.
- 20 – MURAD, J. E.: Psicometamórficos. Classificação, química e farmacologia dos psicotrópicos. Anais do Hospital Galba Velloso. Belo Horizonte, 60-120, 1963.
- 21 – MURAD, J. E.: Um novo grupo farmacodinâmico: os fármacos modificadores do comportamento (Psicometamórficos). Anais do VI Congresso da Ass. Med. M. G., Belo Horizonte, 1961.
- 22 – MURAD, J. E.: Notas de aula. Belo Horizonte, 1974.
- 23 – MURAD, J. E.: STP: A nova droga psicodélica usada pelos "hippies". in O que você deve saber sobre os psicotrópicos. A viagem sem bilhete de volta. CFF-6, Ass. Min. Farm. p.54-56, 1972.
- 24 – MURAD, J. E., E DUARTE, A. M.: Possibles propriétés psychodisléptiques d'un agent antiparkinsonien, le trihexypenidyl (ARTANE) – IX^e Congrès du Collegium Internationale Neuro-psychopharmacologicum, p.71, Paris, 1974.
- 25 – MURAD, J. E., LENZA, D. P.: Alguns detalhes de Farmacotécnica no combate ao abuso de drogas. IV Congresso Latinoamericano de Farmacologia Y Terapêutica. Resumènes de Comunicaciones libres, p. 23, Caracas, 1972.
- 26 – MURAD, J. E., LENZA, D. P.: Contribution for a better control of abuse of

- psychotropic Drugs. Rev. Farm. Bioq. Vol. II, nº 2, p.21-25, 1971.
- 27 – MURAD, J. E., PAULA, W., SILVA, V. L. C.: Potentiating action of barbiturates on the stimulating effects of amphetamines upon mice, 5th International Congress of Pharmacology. Abstracts of Volunteers papers. (1974). San Francisco, Califórnia, 1972.
- 28 – MURAD, J. E., PAULA, W., SILVA, W. L. C.: Potentiating action of barbiturates on the stimulating effects of amphetamines on mice. Rev. Farm. Bioq. Vol. II, nº 2, 7-19, 1971.
- 29 – NATIONAL CLEARINGHOUSE FOR DRUG ABUSE INFORMATION: Neonatal narcotic dependence. Serie 29, nº 1, San Francisco, 1974.
- 30 – NATIONAL CLEARINGHOUSE FOR DRUG ABUSE INFORMATION. Metha-
- done, Serie 12, nº 1, San Francisco, 1972.
- 31 – NATIONAL CLEARINGHOUSE FOR DRUG ABUSE INFORMATION. Methaqualone Serie 18, nº 1, Rockville, My, 1973.
- 32 – NARANJO, P.: Drogas Psicotomiméticas. Estudio comparativo de la harmina, la dietilamida del acido lisérgico (LSD 25) y la mescalina. Rev. Conf. Med. Panamá, 6, 1959.
- 33 – ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Serie de informes técnicos. La juventud y las drogas, nº 516, Genebra, 1973.
- 34 – SEMINÁRIO ANTITÓXICOS: Atividades pro-juventude dos Rotary Clubs do Distrito 461, São Paulo, S.P., 1971.
- 35 – VALLE, J. R.: Informação pessoal. Belo Horizonte, 1971.

FARMACODEPENDÊNCIA EM MINAS GERAIS*

José Elias Murad**

De junho de 1971 a dezembro de 1972, fizemos várias conferências e palestras sobre o abuso de drogas a convite de escolas superiores, colégios, ginásios, clubes de serviço, instituições militares, religiosas e leigas. A maioria das palestras foi realizada em Belo Horizonte, mas algumas foram feitas também em cidades do interior de Minas Gerais, como por exemplo, Ouro Preto, Sete Lagoas, Diamantina, Governador Valadares, Teófilo Otoni, Varginha, Ubá, Alfenas, etc.

Após a maioria dessas palestras distribuiu-se um questionário sobre o uso de drogas que provocam dependência para ser sigilosa e voluntariamente respondido pelos assistentes. Os questionários, depois de recolhidos, foram convenientemente analisados e o seu resultado vai a seguir apresentado.

Acreditamos que os seus resultados sejam bastante significativos, porque esta pesquisa talvez represente uma média do que está acontecendo pelo país, pois Minas Gerais é o segundo estado da Federação em número de habitantes e está geograficamente situado no centro da Nação. Por outro lado, Belo Horizonte, cidade com cerca de 2 milhões de habitantes, é a terceira metrópole brasileira, com um dos maiores índices de crescimento do Brasil e situada entre os três maiores pólos nacionais: Rio, São Paulo e Brasília.

Quanto às cidades do interior de Minas, apesar de neste trabalho não termos separado os seus percentuais, os índices são também sugestivos porque mostram a difusão do fenômeno do abuso de drogas em localidades tradicionalmente conservadoras do "hinterland" mineiro.

I – MATERIAL E MÉTODOS

No período citado foram feitas cerca de 36 palestras, dirigidas principalmente aos jovens, e com um auditório variável de 30 a 400 pessoas. Ao fim de cada palestra, distribuiu-se um questionário cujo modelo pode ser visto na Figura 1.

Nele são feitas 12 perguntas, algumas genéricas, como nacionalidade, profissão, grau de instrução e outras mais específicas como, por exemplo, "se já usou drogas que provocam dependência", "qual delas usou" e "o que o levou a usar drogas".

Ao todo foram respondidos cerca de 1.700 questionários, o que consideramos uma amostragem bastante significativa tendo sido um dos primeiros levantamentos sobre abuso de drogas feitos no nosso meio, donde a importância dos resultados que aqui apresentamos:

1 – O ABUSO DE DROGAS

De cerca de 1.700 questionários aplicados, 16 por cento responderam que usam drogas que provocam dependência e 84 por cento responderam negativamente. (Figura 2)

Este é um dado genérico, porque nele se inclui o uso de drogas por todos os motivos, inclusive por prescrição médica.

Quanto ao uso de drogas de acordo com o grau de instrução, foram encontrados os seguintes resultados: de 87 indivíduos de instrução primária, apenas 2 se declararam

* Pesquisa realizada em escolas secundárias e superiores.

** Professor de Farmacologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e de Farmacodinâmica da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Membro do Conselho Federal de Entorpecentes.

QUESTIONÁRIO

- 1 – Nacionalidade Naturalidade
Profissão Idade Sexo
- 2 – Grau de Instrução: Primário Secundário Superior
- 2 – Já usou drogas que provocam dependência?
SIM NÃO
- 3 – Em caso positivo, quantas vezes?
POUCAS REGULAR MUITAS
- 4 – No caso de ter usado drogas, qual delas usou
- 5 – O que o levou a usar drogas?
CURIOSIDADE IMITAÇÃO FUGA
PROBLEMAS PESSOAIS REVOLTA
POR PRESCRIÇÃO MÉDICA PORQUE É "PRÁ-FRENTE"
PORQUE OS COLEGAS USAM OUTRAS RAZÕES
- 6 – Depois desta conferência (ou palestra) você está:
MENOS INCLINADO A USAR DROGAS
MAIS INCLINADO A USÁ-LAS INDIFERENTE
- 7 – Você adquire drogas com facilidade?
SIM NÃO NÃO SABE
- 8 – Qual é na sua opinião, a principal fonte fornecedora de drogas?
AS FARMÁCIAS AS DROGARIAS OS TRAFICANTES
AS RECEITAS MÉDICAS OS COMPANHEIROS OUTRAS FONTES
- 9 – Acha que a maconha é uma droga perniciosa?
SIM NÃO TALVEZ
- 10 – Julga que ela deve ser liberada?
SIM NÃO SÓ DEPOIS DE MAIORES ESTUDOS
- 11 – Qual dessas drogas você julga a mais prejudicial aos jovens?

Figura 1 – Modelo do questionário aplicado após as conferências e palestras.

usuários de drogas; de 978 com instrução secundária, 115 confirmaram o uso de drogas e de 698 do curso superior, 147 declararam que usam drogas que provocam dependência. Isto quer dizer que dentro dos que se declararam usuários de drogas que provocam dependência, 1 por cento é de instrução primária, 43 por cento

secundária e 56 por cento de instrução superior. (Figura 3).

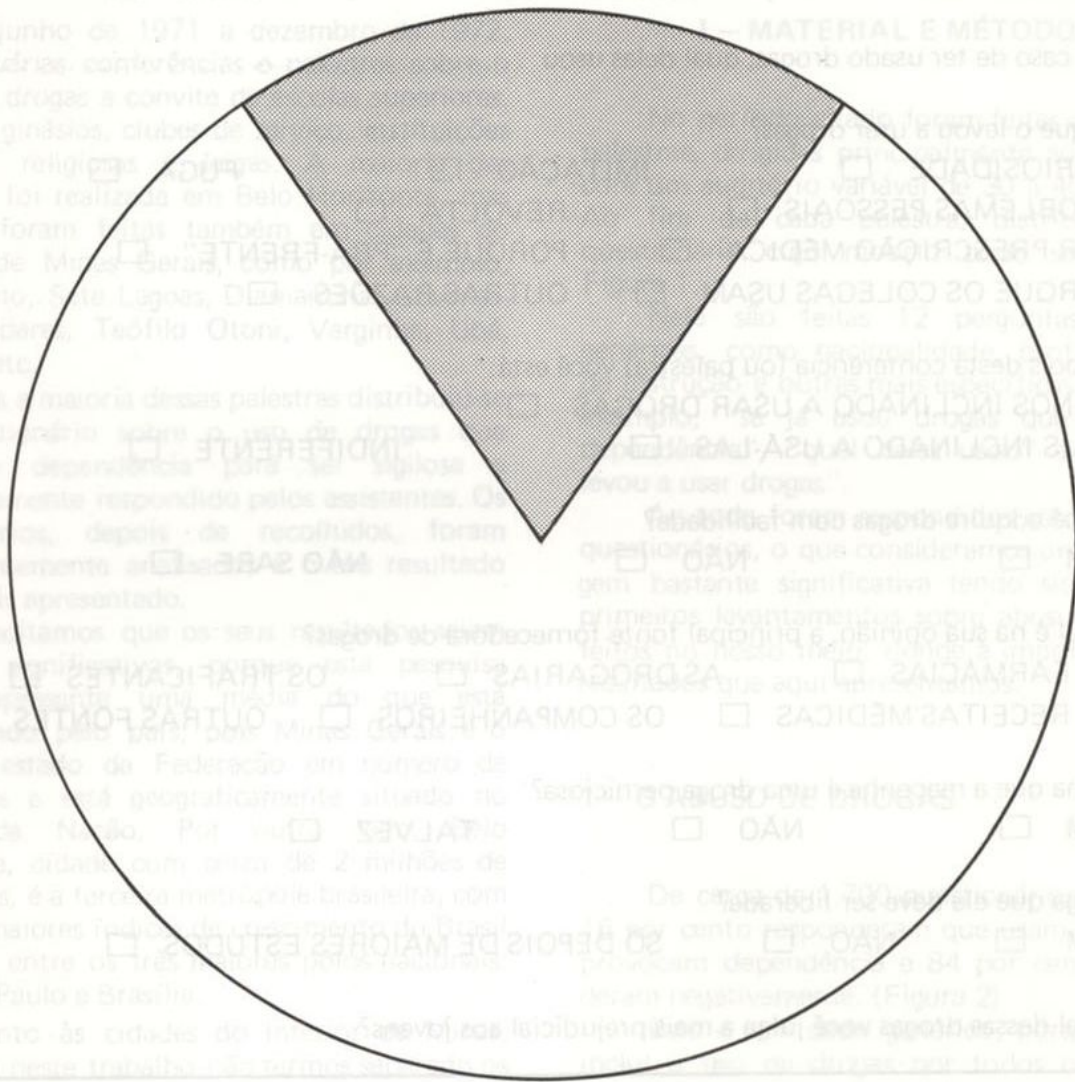
Convém esclarecer que o encontro do uso de drogas em indivíduos com instrução primária não quer dizer que sejam crianças, porque não foram feitas palestras em grupos escolares. Esses dados devem provir de adultos com instrução

QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIOS APLICADOS: 84% NÃO USAM DROGAS

16% USAM DROGAS

USO DE DROGAS SEGUNDO QUESTIONÁRIOS APLICADOS



□ NÃO USAM

■ USAM

Figura 2 – Percentagens dos que não usam e dos que usam drogas que causam dependência.

primária e obtidos nas conferências feitas para leigos em instituições religiosas e outras. Já os dados obtidos com indivíduos de instrução secundária e superior provêm, na sua grande maioria, dos colégios e das escolas superiores onde foram feitas as conferências.

2 – O USO DE DROGAS DE ACORDO COM A IDADE

No que diz respeito a idade, 75 usuários de drogas estão abaixo de 20 anos, 140 de 20 a 25 anos e 43 acima de 25 anos, o que representa uma percentagem de 29 por cento, 54 por cento e 17 por cento, respectivamente (Figura 4).

Estes dados merecem também um comentário porque diferem um pouco daqueles obtidos em outros países, principalmente os mais desenvolvidos, onde a maior percentagem de usuários de drogas se encontra na faixa da puberdade ou da adolescência, ou seja, abaixo dos 20 anos. São duas as explicações possíveis:

- a – Entre nós, os jovens abaixo de 20 anos, ainda estão, na maioria dos casos, sob uma rígida tutela familiar e têm pouca independência, inclusive financeira, o que leva a dificuldades maiores no sentido de obter e usar drogas.
- b – Uma razoável faixa dos usuários de drogas, pertence ao grupo dos que as usam através de prescrição médica. Este fator deve ter colaborado para aumentar o índice dos usuários na faixa etária de 20 a 25 anos.

3 – O USO DE DROGAS DE ACORDO COM O SEXO

Este é um dos dados dos mais interessantes obtidos no nosso levantamento, porque mostra a elevada incidência do uso de drogas que causam dependência entre o sexo feminino. Assim é que de 515 estudantes questionados do sexo feminino, 88 responderam que usam drogas, enquanto que de 1.149 do sexo masculino, 176 responderam afirmativamente. Percentualmente, portanto, o uso de drogas é, no sexo feminino de 17 por cento e, no sexo masculino, 15 por cento. Comparando, no total de estudantes, verifica-se 67 por cento do sexo masculino e 33 por cento do feminino. (Figura 5)

A explicação do fato talvez esteja também na prescrição médica, principalmente dos anorexigênicos ou anoréticos, ou seja, dos medicamentos usados nas dietas de emagrecimento, onde se encontra um elevado índice entre as mulheres

(vd. percentagem de abuso de anfetaminas).

Outrossim, 80 por cento dos usuários em geral, afirmaram que usaram drogas poucas vezes, 16 por cento regularmente e 4 por cento muitas vezes. É evidente que esse é um dado extremamente subjetivo pois depende daquilo que o indivíduo interpreta como pouco ou muito.

4 – TIPOS DE DROGAS ABUSADAS

Quanto aos tipos de drogas mais usadas, as anfetaminas vêm em primeiro lugar com 37 por cento dos usuários, a maconha com 29 por cento, os tranqüilizantes em terceiro com 24 por cento, os barbitúricos em quarto com 8 por cento, as outras drogas representando 2 por cento apenas. (Figura 6).

O achado que surpreende é a alta freqüência das anfetaminas ("bolinhas"), acima da própria maconha. Aqui, mais uma vez, o fato deve ser explicado pela alta incidência do uso dos anorexigênicos, uma vez que sempre afirmamos em nossas palestras que esses produtos são anfetaminóides, isto é, substâncias semelhantes às anfetaminas, tanto sob o ponto de vista químico como farmacológico.

Por outro lado, a prescrição médica deve ter influído também no elevado índice do uso de tranqüilizantes (24 por cento). Quanto aos narcóticos, os dados estão perfeitamente dentro do que se esperava, uma vez que apenas 2 indivíduos se confessaram usuários de morfina e nenhum deles de heroína. A LSD comparece apenas com 2 casos, o que se deve explicar pelas dificuldades de obtenção do produto entre nós.

5 – RAZÕES DO USO DE DROGAS

Curiosidade foi a razão mais alegada para o uso de drogas, com 111 respostas (42 por cento) vindo, logo em seguida a prescrição médica com 99 casos (37 por cento). Bem abaixo, com apenas 7 por cento, "problemas pessoais", enquanto que "imitação", "fuga" e "porque os colegas usam", correspondem apenas a um baixo índice de 1 por cento cada um deles. (Figura 7). Outras razões que não aquelas citadas no questionário representam 10 por cento das respostas. (Pressões do grupo, discriminação social e privação, etc.).

6 – AS FONTES FORNECEDORAS DE DROGAS

Duas outras perguntas do questionário referem-se à facilidade em adquirir drogas e às

USO DE DROGAS SEGUNDO INSTRUÇÃO

USO DE DROGAS	PRIMÁRIO	SECUNDÁRIO	SUPERIOR	TOTAL
SIM	2	115	147	264
NÃO	85	763	551	1399

% USO DE DROGAS SEGUNDO GRAU DE INSTRUÇÃO

USO DE DROGAS	PRIMÁRIO	SECUNDÁRIO	SUPERIOR	TOTAL
SIM	1,0	43,0	56,0	100,0
NÃO	5,0	55,0	40,0	100,0

USO DE DROGAS SEGUNDO GRAU DE INSTRUÇÃO

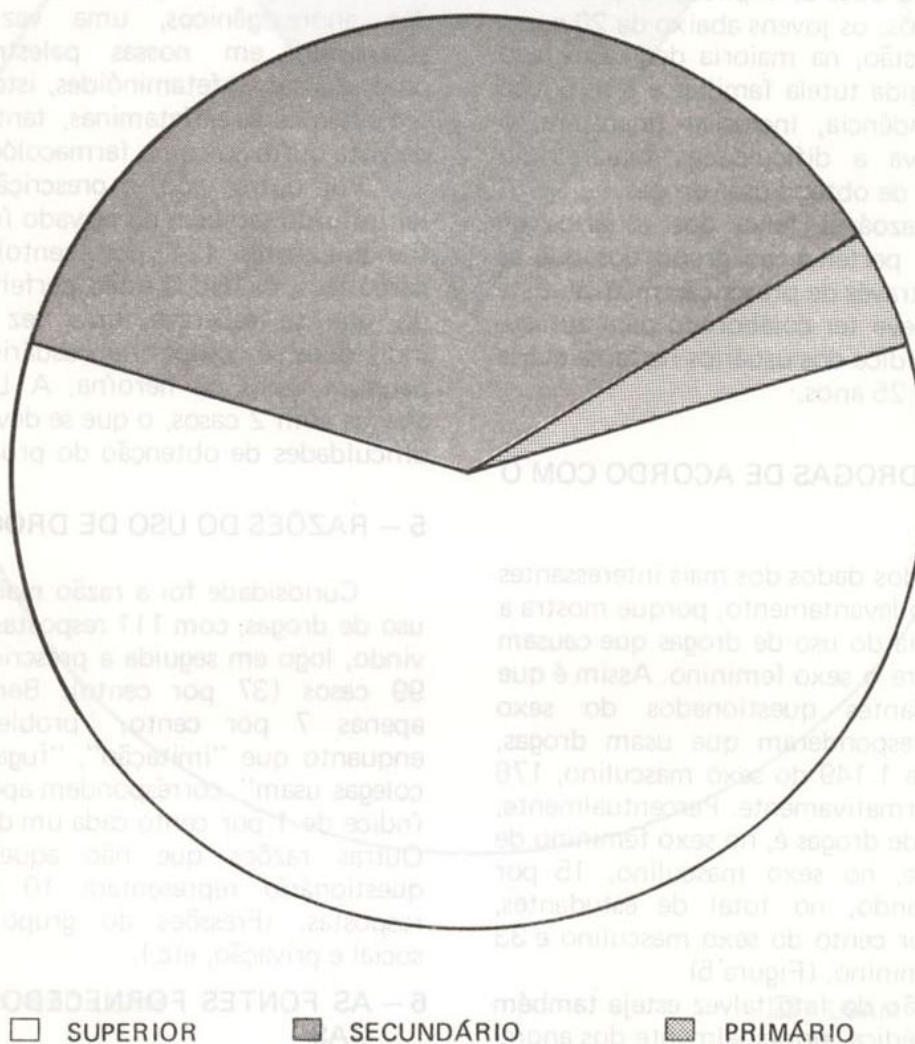
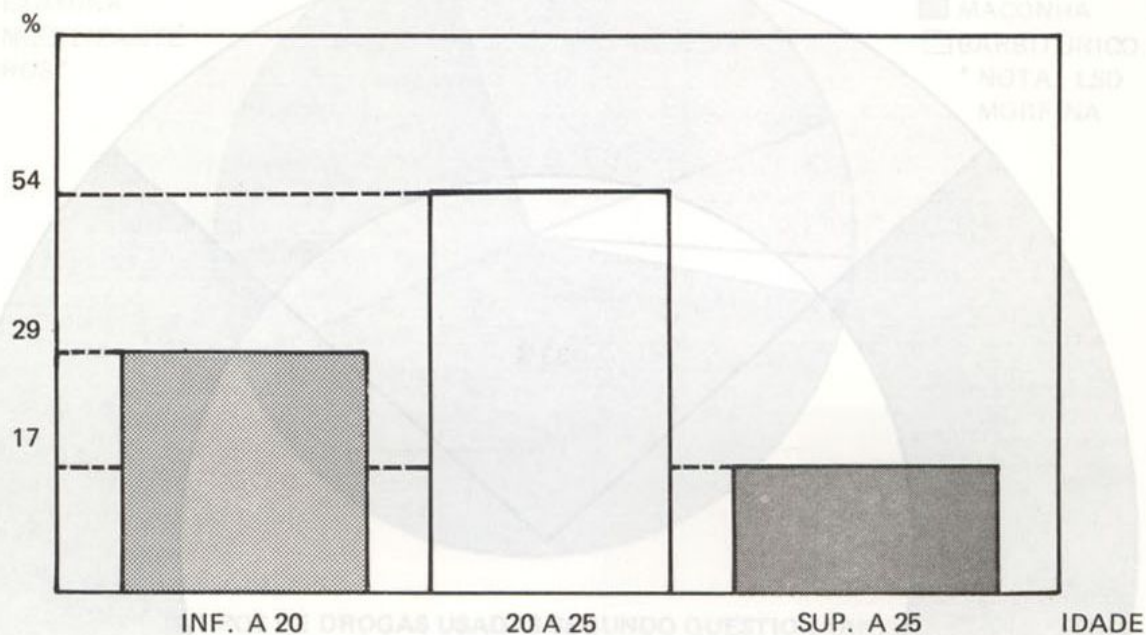


Figura 3 — O uso de drogas segundo o grau de instrução.

USO DE DROGAS SEGUNDO A IDADE

USO DE DROGAS	INFERIOR A 20	20 A 25	SUPERIOR A 25	TOTAL
SIM	75	140	43	258
NÃO	571	609	217	1397
% USO	29%	54%	17%	100%

% USO DE DROGAS SEGUNDO A IDADE



USO DE DROGAS SEGUNDO A IDADE

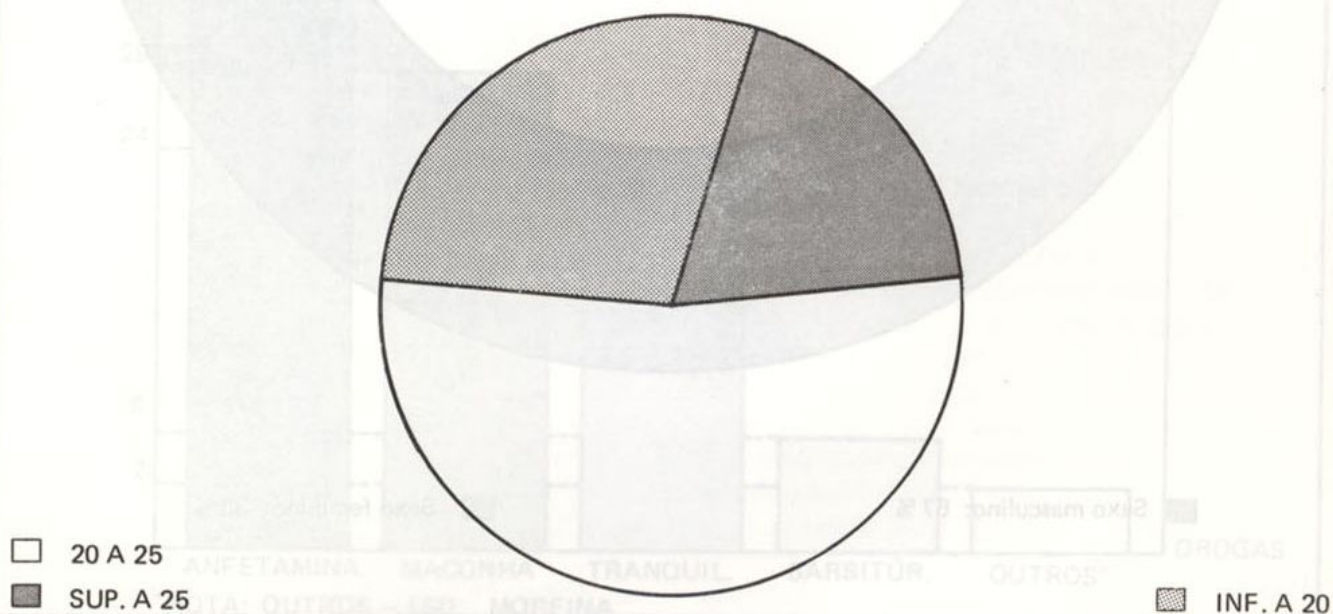


Figura 4 – O uso de drogas que causam dependência de acordo com a idade.

USO DE DROGAS SEGUNDO O SEXO

Sexo	Número de consumidores de drogas	Porcentagem
Masculino	176	67
Feminino	88	33

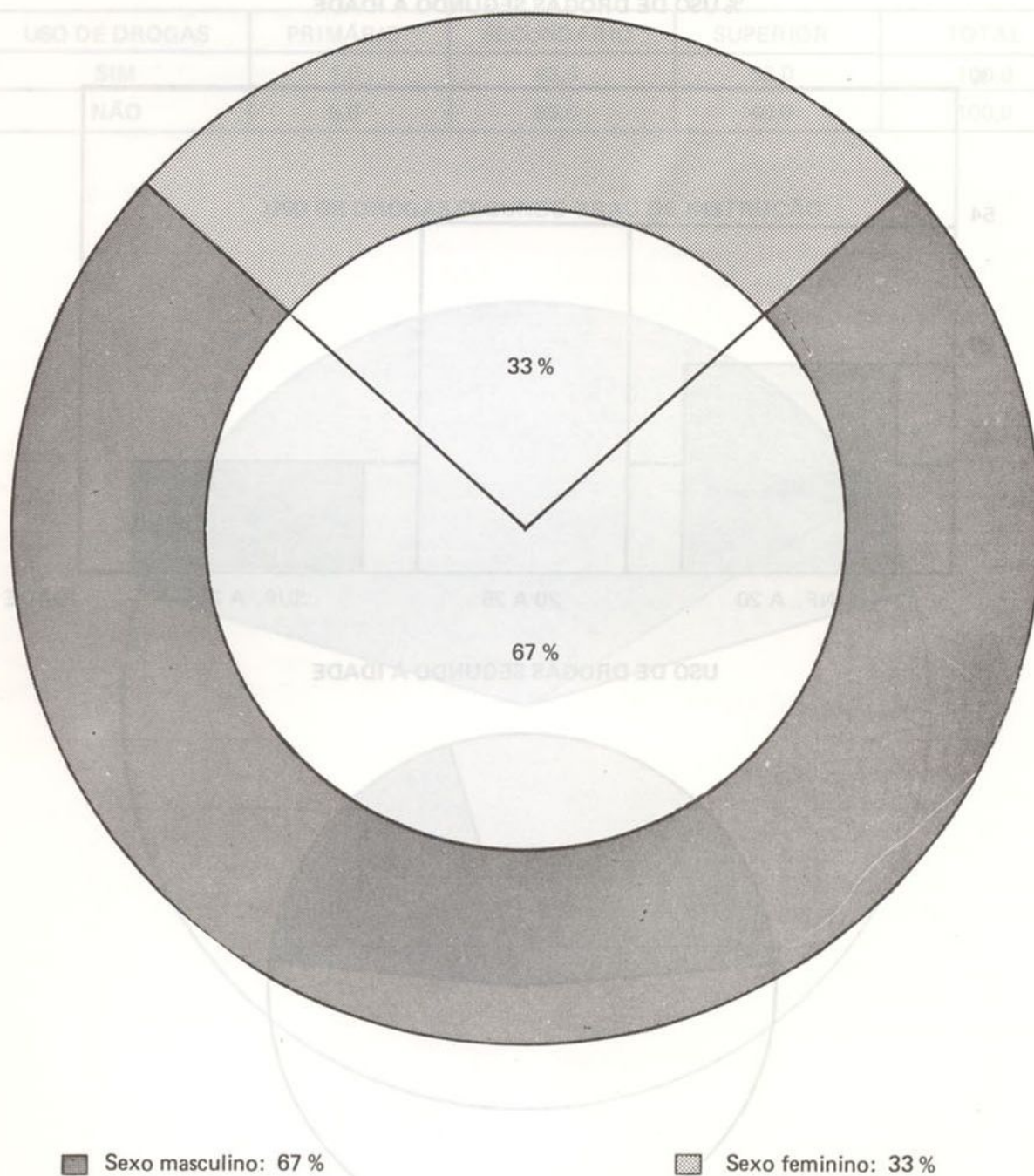
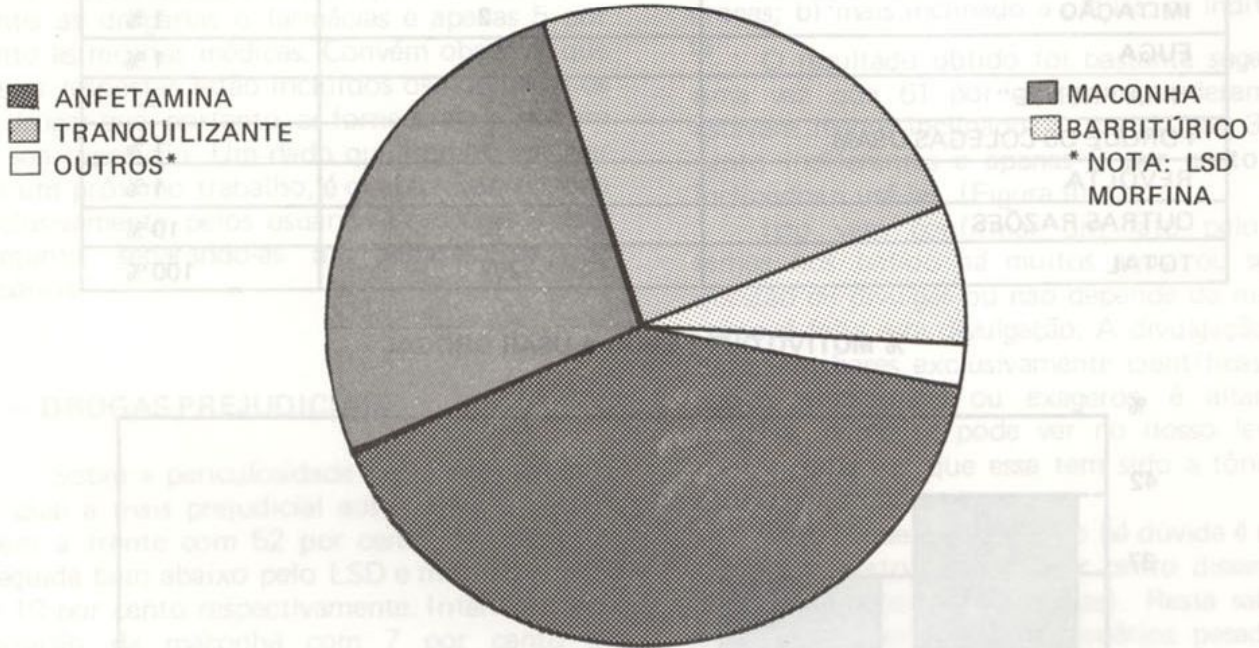


Figura 5 – Consumo de drogas entre estudantes de escolas secundárias por sexo.

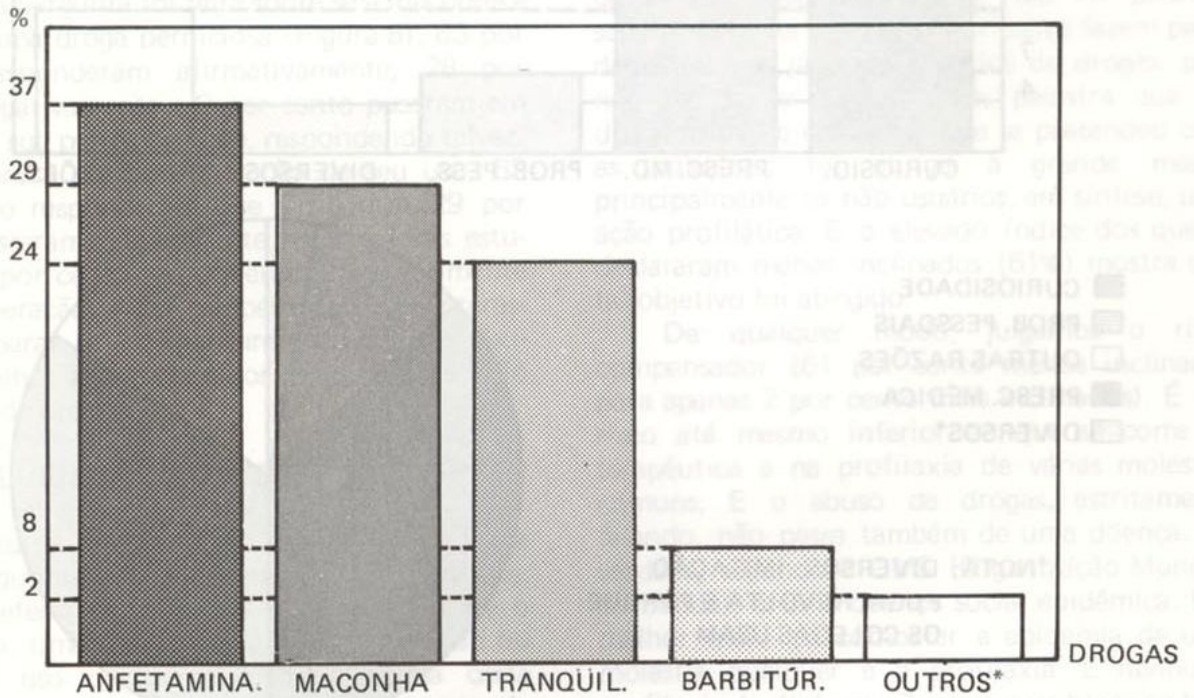
TIPOS DE DROGAS JÁ USADAS

	MORFIN.	HEROÍN.	MACON.	BARBITÚR.	LSD	TRANQUÍLIZ.	ANFETAMIN.
QUANTID.	2	0	52	14	2	43	63
%	1%	-	29%	8%	1%	24%	37%

TIPOS DE DROGAS JÁ USADAS



% TIPOS DE DROGAS USADAS SEGUNDO QUESTIONÁRIOS



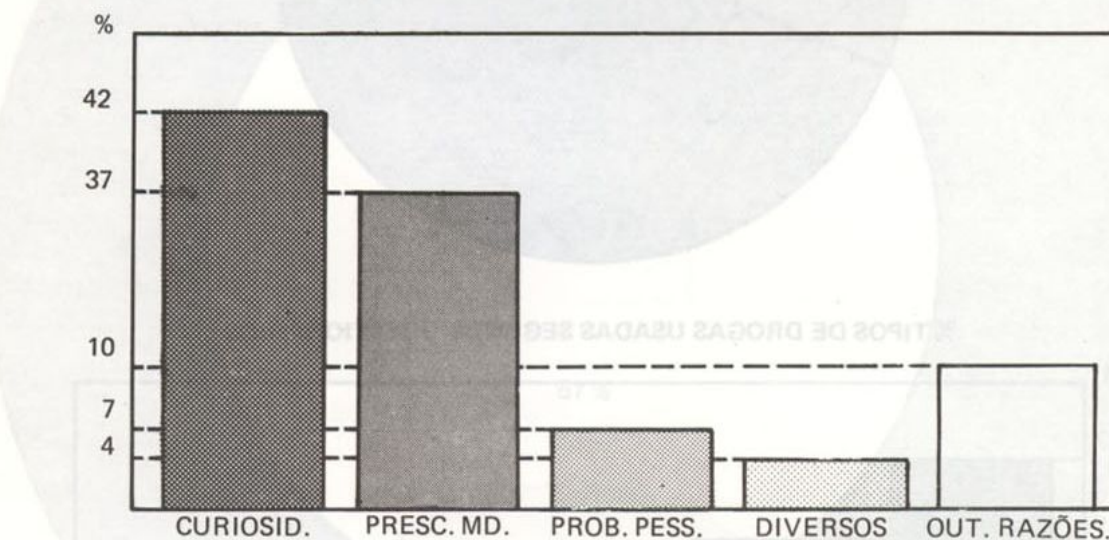
*NOTA: OUTROS – LSD, MORFINA

Figura 6 – Tipos de drogas mais abusadas, segundo o questionário aplicado.

MOTIVO QUE LEVOU A USAR DROGAS

MOTIVO	RESPOSTAS	QUANTIDADE	%
CURIOSIDADE		111	42 %
PRESCRIÇÃO MÉDICA		99	37 %
PROBLEMAS PESSOAIS		20	7 %
IMITAÇÃO		2	1 %
FUGA		3	1 %
"PRA FRENTE"		0	—
PORQUE OS COLEGAS USAM		2	1 %
REVOLTA		2	1 %
OUTRAS RAZÕES		28	10 %
TOTAL		267	100 %

% MOTIVO QUE LEVOU A USAR DROGAS



- CURIOSIDADE
- PROB. PESSOAIS
- OUTRAS RAZÕES
- PRESC. MÉDICA
- DIVERSOS*

*NOTA: DIVERSOS - IMITAÇÃO
FUGA, REVOLTA E PORQUE
OS COLEGAS USAM

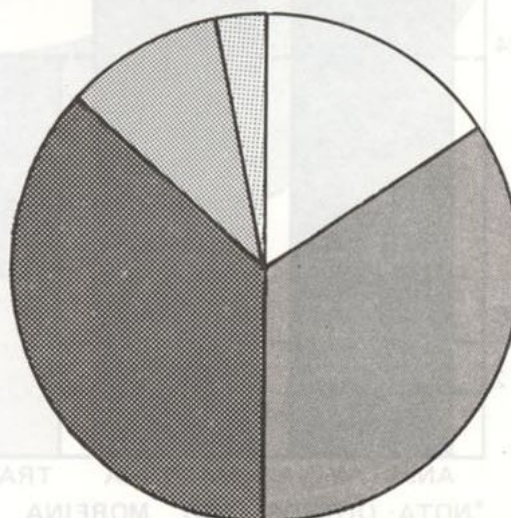


Figura 7 -- As diversas razões do uso de drogas segundo os questionários aplicados.

suas principais fontes fornecedoras. 61 por cento declararam que não sabem se é fácil ou não adquirir drogas que causam dependência, o que é resposta natural tendo em vista o número de não usuários de drogas (84 por cento). 30 por cento afirmaram não ser difícil obtê-las, enquanto que 9 por cento acham que há dificuldades na sua obtenção.

Quanto as fontes fornecedoras de drogas, a maioria, ou seja, 63 por cento, acha que ela é representada pelos traficantes, enquanto que 22 por cento afirmam ser os companheiros e 8 por cento as drogarias e farmácias e apenas 5 por cento as receitas médicas. Convém observar que nessas respostas estão incluídos os não usuários de drogas que, portanto, as forneceram com base na sua suposição. Um dado que iremos verificar em um próximo trabalho, é qual a resposta dada exclusivamente pelos usuários de drogas a esta pergunta, separando-as das dadas pelos não usuários.

7 – DROGAS PREJUDICIAIS

Sobre a periculosidade das drogas abusadas e qual a mais prejudicial aos jovens, a heroína vem a frente com 52 por cento das respostas, seguida bem abaixo pelo LSD e morfina com 17 e 10 por cento respectivamente. Interessante é a posição da maconha com 7 por cento das respostas e as anfetaminas e os barbitúricos com apenas 3 por cento.

Uma pergunta foi feita sobre se a maconha é ou não uma droga perniciosa (Figura 8). 63 por cento responderam afirmativamente, 28 por cento negativamente e 9 por cento puseram em dúvida a sua periculosidade, respondendo talvez.

Sobre a possível liberação de seu uso, 63 por cento responderam que são contra, 29 por cento disseram que somente após maiores estudos e 8 por cento responderam favoravelmente à sua liberação. Aqui também deve ser interessante separar (e é o que faremos em um próximo trabalho) as respostas dos usuários e dos não usuários de drogas.

8 – INFLUÊNCIA DA PALESTRA

Incluída no meio do questionário, havia uma pergunta de máxima importância para nós. Ela se referia à influência da palestra sobre o auditório, uma vez que o fato da divulgação ou não do uso de drogas constitui uma certa controvérsia entre os estudiosos do assunto da atualidade. Alguns acham que não se deve

divulgar nada a respeito das drogas que causam dependência para não despertar a curiosidade de alguns jovens e não estimular aqueles indivíduos mentalmente predispostos. Uma maior divulgação — segundo eles — poderia colaborar para maior difusão do seu uso.

Tendo em vista trazer a nossa colaboração ao problema, uma vez que temos sido solicitados para fazer palestras e conferências em vários setores da coletividade, fizemos, em nosso questionário, a seguinte pergunta: “Depois desta palestra você está: a) menos inclinado a usar drogas; b) mais inclinado a usá-las; c) indiferente”. O resultado obtido foi bastante sugestivo, uma vez que 61 por cento responderam que estavam menos inclinados a usar drogas; 37 por cento indiferentes e apenas 2 por cento mais inclinados a usá-las. (Figura 9)

Isto vem confirmar um fato pelo qual temos nos batido há muitos anos, ou seja, a questão de divulgar ou não depende da maneira como é feita esta divulgação. A divulgação bem feita, em bases exclusivamente científicas, sem apelos emocionais ou exageros, é altamente positiva, como se pode ver no nosso levantamento, uma vez que essa tem sido a tônica de nossas palestras.

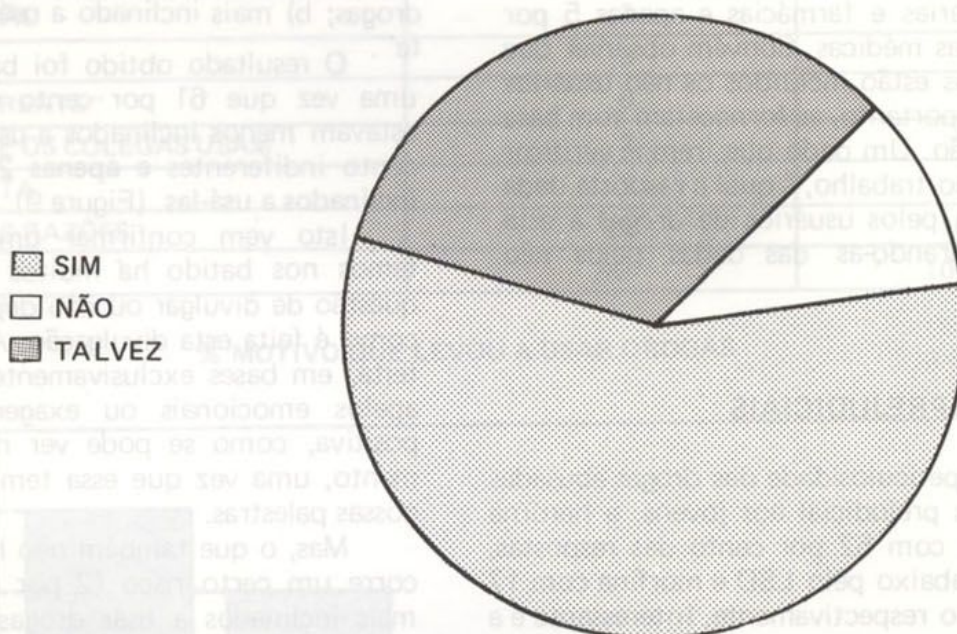
Mas, o que também não há dúvida é que se corre um certo risco (2 por cento disseram-se mais inclinados a usar drogas). Resta saber se eles não fazem parte dos usuários pesados de drogas e não há de ser uma palestra apenas que poderá levá-los a ficar menos inclinados ao uso de drogas. Por outro lado, não foi possível separar para ver se esses 2 por cento fazem parte daqueles que já eram usuários de drogas, pois não há de ser uma simples palestra que irá dissuadí-los de usá-las. O que se pretendeu com as palestras, foi atingir a grande massa, principalmente os não usuários, em síntese, uma ação profilática. E o elevado índice dos que se declararam menos inclinados (61%) mostra que tal objetivo foi atingido.

De qualquer modo, julgamos o risco compensador (61 por cento menos inclinados para apenas 2 por cento mais inclinados). É um risco até mesmo inferior ao que se corre na terapêutica e na profilaxia de várias moléstias comuns. E o abuso de drogas, estritamente falando, não passa também de uma doença. Na verdade, segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), é uma doença social epidêmica. E o melhor meio de combater a epidemia de uma moléstia qualquer é a profilaxia. E nenhuma profilaxia é válida se não tiver suas bases na boa, correta, sincera e científica educação.

MACONHA – DROGA PERNICIOSA

RESPOSTA \ PERNICIOSA	SIM	NÃO	TALVEZ	TOTAL
	NÚMERO	997	139	454
%	63	9	28	100

MACONHA – DROGA PERNICIOSA



% MACONHA – DROGA PERNICIOSA

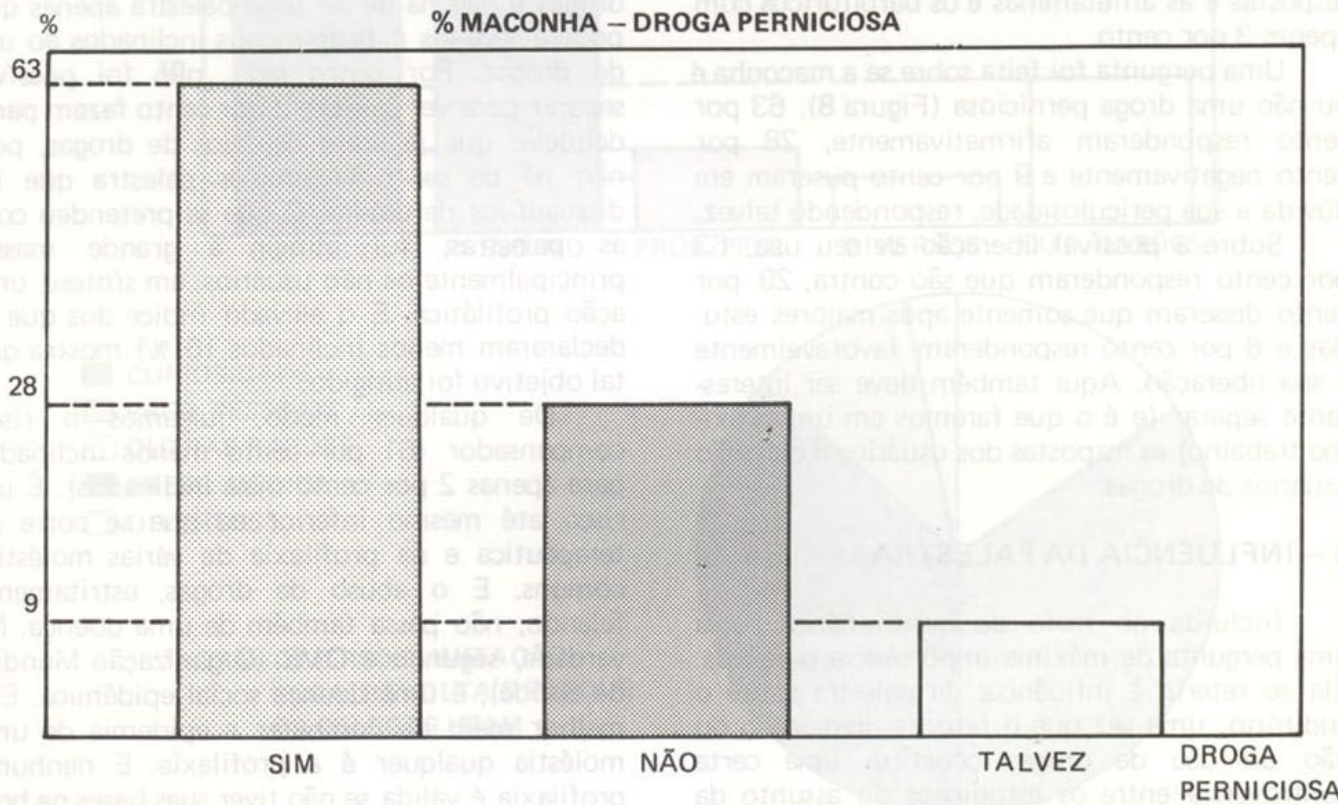
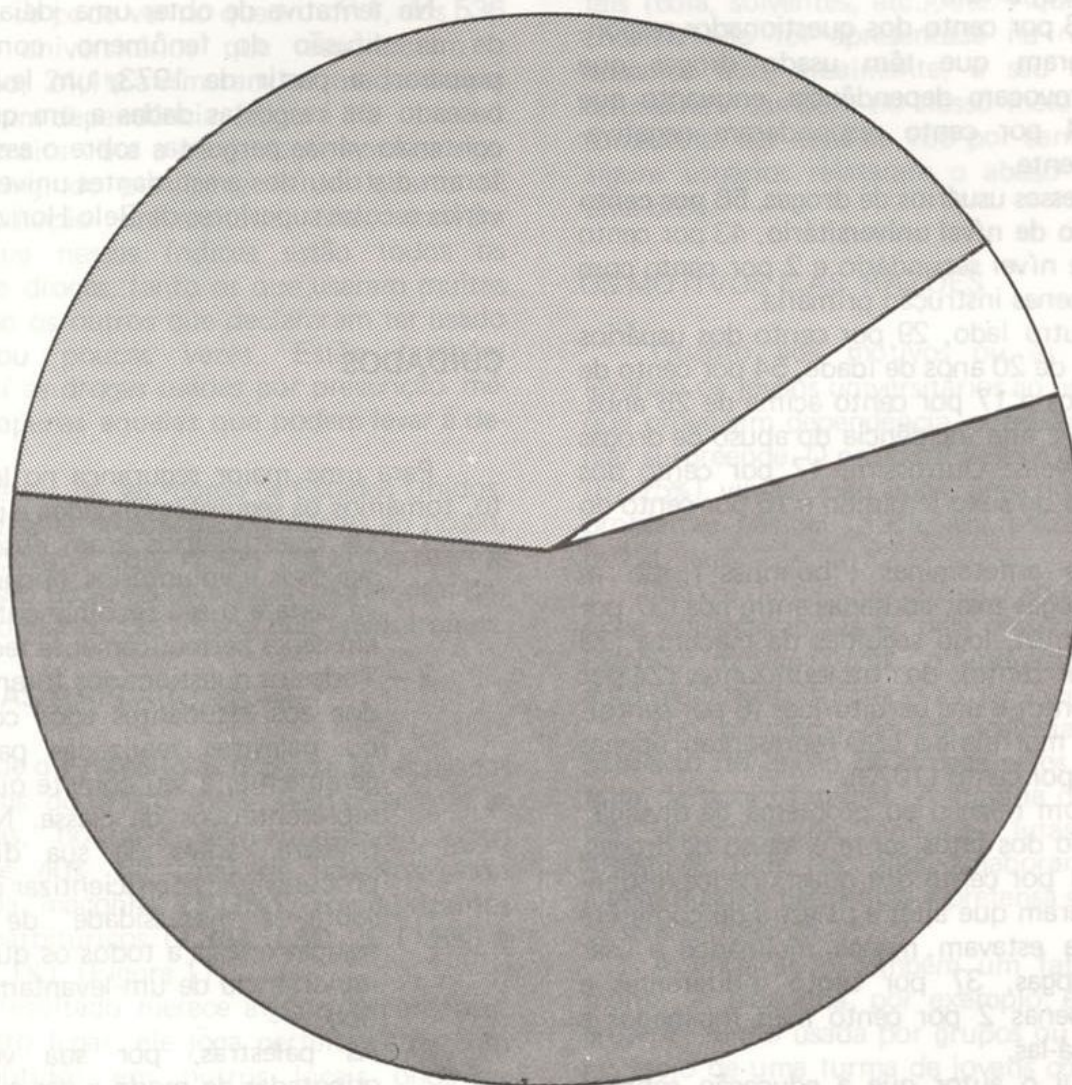


Figura 8 – Respostas obtidas sobre a periculosidade da maconha.

CONCLUSÕES CHEGADAS APÓS A PALESTRA

CONCLUSÃO \ RESPOSTAS	MENOS INCLINADO	MAIS INCLINADO	INDIFERENTE	TOTAL
NÚMERO	859	22	532	1413
%	61	2	37	100

CONCLUSÕES CHEGADAS APÓS A PALESTRA



MENOS INCLINADO ■
MAIS INCLINADO □
INDIFERENTE ▨

Figura 9 — Influência da palestra ou conferência sobre o auditório no sentido de estar menos ou mais inclinado a usar drogas.

- 1 — Através de cerca de 1.700 questionários distribuídos a jovens e adultos (estudantes secundários, universitários e leigos) em Belo Horizonte e várias cidades do interior de Minas, após 36 palestras e conferências sobre o abuso de drogas, fizemos um levantamento estatístico do abuso de drogas que provocam dependência no nosso meio (MG, Brasil).
- 2 — 16 por cento dos questionados responderam que têm usado drogas que provocam dependência, enquanto que 84 por cento responderam negativamente.
- 3 — Desses usuários de drogas, **56 por cento são de nível universitário**, 43 por cento de nível secundário e 2 por cento com apenas instrução primária.

Por outro lado, 29 por cento dos usuários têm menos de 20 anos de idade, 54 por cento de 20 a 25 anos e 17 por cento acima de 25 anos. Isto mostra a alta incidência do abuso de drogas entre os jovens. Outrossim, 17 por cento dos usuários são do sexo feminino e 15 por cento do masculino.

- 4 — As anfetaminas ("bolinhas") são as drogas mais abusadas entre nós (37 por cento), logo seguidas da maconha (29 por cento), dos tranqüilizantes (24 por cento) e dos barbitúricos (8 por cento). A morfina e a LSD representam apenas 1 por cento (1973).
- 5 — Com relação ao problema da divulgação dos fatos sobre o abuso de drogas, 61 por cento dos questionados responderam que após a palestra ou conferência estavam menos inclinados a usar drogas, 37 por cento indiferentes e apenas 2 por cento mais inclinados a usá-las.

Conclui o autor que a educação sobre o abuso de drogas, quando bem feita e em bases científicas, sem exageros ou apelos emocionais, é altamente positiva, apesar do pequeno risco que se corre representado possivelmente pelos indivíduos de mentalidade predisposta ou de inclinação toxicofílica. O elevado percentual (61 por cento), dos que foram influenciados positivamente pela palestra sugere que este tipo de divulgação científica sobre o abuso de drogas deve ser estimulado e difundido por todo o país.

Muito se tem perguntado sobre a extensão do abuso de drogas entre os universitários do nosso meio. Alguns — os mais pessimistas — chegam a afirmar que o uso ilegal de drogas entre nós atinge os limites da calamidade pública. Outros, ao contrário, dizem que há muito exagero no que se diz e que esse abuso é quase aceitável quando comparado com aquele existente em outros países.

Na tentativa de obter uma idéia aproximada da difusão do fenômeno, começamos a preparar, a partir de 1973, um levantamento baseado em respostas dadas a um questionário contendo várias perguntas sobre o assunto e que foram distribuídos a estudantes universitários de várias escolas superiores de Belo Horizonte.

CUIDADOS

Para uma maior segurança no levantamento, tomamos os seguintes cuidados e precauções:

- 1 — Os questionários eram absolutamente sigilosos e voluntários. Ninguém assinava nada e o seu recolhimento era feito em caixa hermeticamente fechada.
- 2 — Todos os questionários foram distribuídos aos estudantes após conferências ou palestras realizadas para eles e, geralmente, a seu convite ou de órgãos representativos da classe. No final da palestra, antes da sua distribuição, procurávamos conscientizar o auditório sobre a necessidade de respostas francas e leais a todos os quesitos e da importância de um levantamento desse tipo.
- 3 — As palestras, por sua vez, foram orientadas de modo a dar a todos uma compreensão exata sobre os tipos de drogas abusadas e os seus efeitos sobre o corpo e a mente.

Uma demonstração de que a grande maioria dos questionários foi convenientemente preenchida e respondida, é que foram muito poucos aqueles considerados "catimbados", com respostas estapafúrdias ou errôneas, não tendo eles atingido sequer uma dezena sobre o total coletado.

RESULTADOS

O resultado dessa pesquisa foi enviado ao "IV International Congress of Pharmacology", realizado em julho de 1975, em Helsinqui, na Finlândia, e publicado no "Abstracts of Volunteer Papers", no início de 1976.

Em 1979, por solicitação do "Boletim de Narcóticos" das Nações Unidas, enviamos esses dados em um trabalho que foi publicado pelo referido "Boletim", em inglês, francês e espanhol, nº 1, Vol. XXXI, de janeiro – março de 1979.

Como se pode ver no quadro nº 1, dos 536 estudantes universitários que responderam o questionário, 24,1% afirmaram ter usado drogas que provocam dependência. (Figura 10)

À primeira vista a percentagem parece algo elevada, atingindo praticamente um quarto de nossa população universitária. Mas, convém lembrar que nesses índices estão todos os usuários de drogas, tanto os que usaram muitas vezes, como os outros que declararam ter usado algumas ou poucas vezes. Estão também incluídas aí as drogas usadas por prescrição médica, **mas apenas aquelas que podem levar à dependência.**

Em certos países, como os Estados Unidos, por exemplo, levantamentos similares ao nosso, têm revelado que mais de 50% dos universitários foram ou são usuários de drogas, representando, portanto, o dobro do índice que encontramos.

AS DROGAS MAIS ABUSADAS

No que diz respeito às drogas mais abusadas pelos jovens do nosso meio, verifica-se que as anfetaminas, "bolinhas", vêm em primeiro lugar, com quase 40% do total de usuários, logo seguidas da maconha (30,6%), tranqüilizantes (12,6%), barbitúricos (7,3%), LSD 25 (1,8%) e outros (10,1%). (Figura 11).

Este resultado merece alguns comentários. Em primeiro lugar, ele joga perfeitamente com aqueles obtidos em outros locais onde as anfetaminas e a maconha ocupam também o primeiro plano, havendo, às vezes, inversão das duas, passando a maconha ao primeiro posto. Coincide também com os levantamentos feitos em países em desenvolvimento, onde são raros os casos de abuso das chamadas "drogas pesadas" como a morfina e a heroína, por exemplo, ao contrário do que acontece em países desenvolvidos onde elas representam o problema mais grave. Entre os nossos universitários

questionados não encontramos um só caso de abuso dessas duas drogas. Em compensação, aparece o LSD, mostrando que o seu consumo à época, já tinha certa significação entre nós.

Convém salientar que as drogas de real prescrição médica (tranqüilizantes e barbitúricos), constituem apenas perto de 20 por cento do total de usuários, sendo a grande maioria (80%) de uso realmente ilegal. Convém salientar, entretanto, que entre as anfetaminas, algumas (os anorexígenos), muitas vezes são de prescrição médica.

As drogas designadas por "outras" (10,1%) correspondem aos "xaropes", substâncias voláteis (cola, solventes, etc.), etc. Àquela época, a cocaína não foi apresentada na relação, mas sabemos que, atualmente, o seu uso está se difundindo também no nosso meio. O fato da soma total dar mais de 100 por cento, é porque alguns usuários relataram o abuso de mais de uma droga.

OS MOTIVOS E AS RAZÕES

Quanto aos motivos ou às razões que levaram os jovens universitários ao uso de drogas que provocam dependência, o resultado também não surpreende. O principal deles é a curiosidade (52,25%) vindo, logo após, prescrição médica e problemas pessoais, inclusive familiares. (Figura 12)

Não se deve esquecer que o abuso de drogas pode começar inclusive, pela prescrição médica. Depois, muitas vezes, o indivíduo passa à auto-medicação, surgindo a tolerância e o abuso.

Um problema de importância dentro do contexto do abuso de drogas pelos jovens, é a falta de apoio familiar. A família desintegrada, pais ausentes ou omissos, lutas familiares intestinas, tudo isso pode colaborar para que o jovem busque nas drogas a pretensa solução para os seus problemas.

A imitação é também um fator de certa monta. A maconha, por exemplo, é uma droga gregária, sendo usada por grupos ou turmas. Se, no meio de uma turma de jovens companheiros ou amigos, existe um ou outro que usa drogas, eles podem contaminar a coletividade inteira. No item "outras razões", um fator predominante é a fuga de problemas, pois muitos tentam, através das drogas, fugir dos impactos da vida moderna, do "stress" e das tensões do meio em que vivem.

A DISTRIBUIÇÃO ENTRE AS ESCOLAS

Os questionários foram distribuídos após

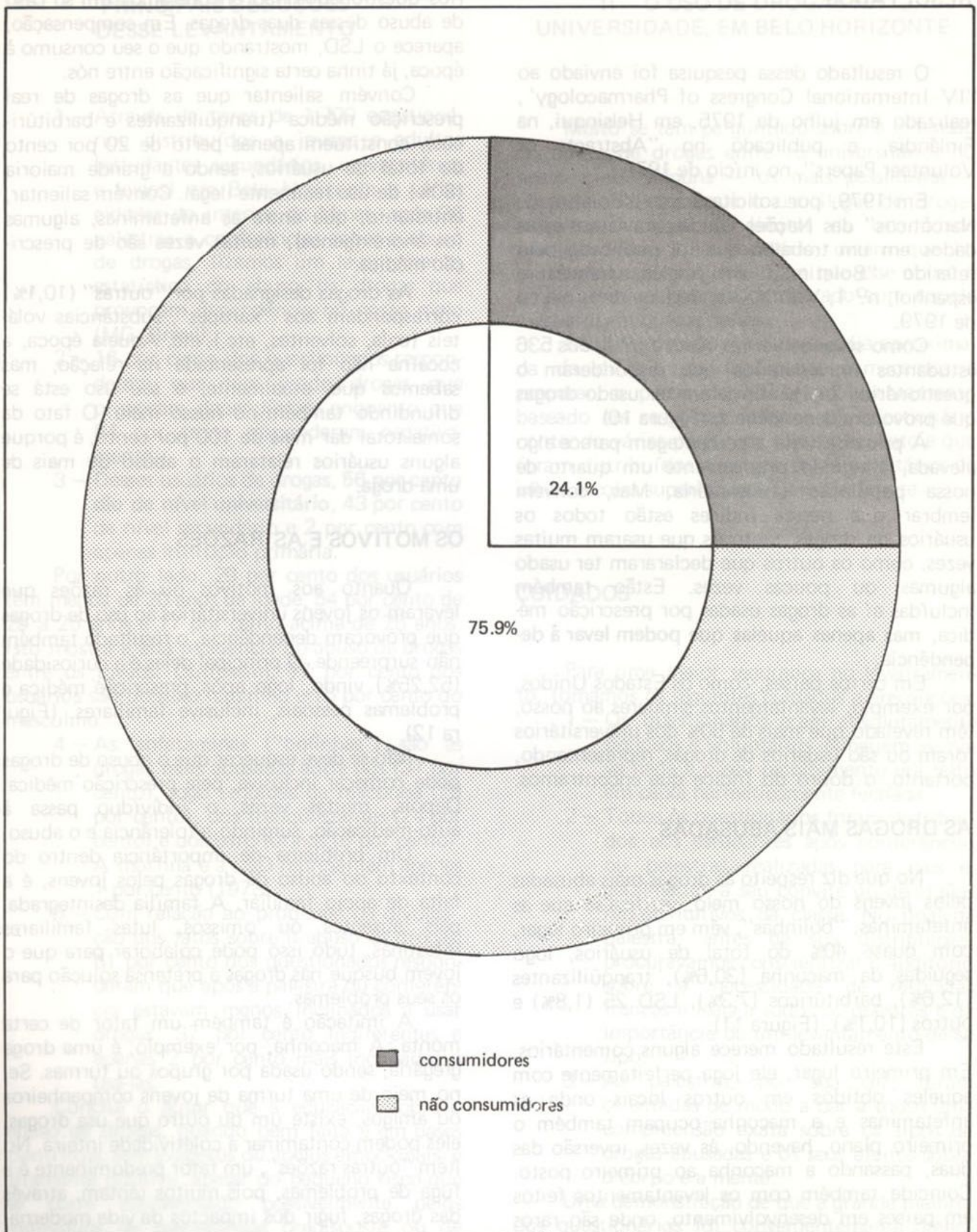


Figura 10 – Consumo de drogas entre 536 estudantes universitários de Belo Horizonte

conferências feitas em 7 (sete) escolas superiores de Belo Horizonte: duas de medicina, um instituto básico, uma de farmácia, uma de odontologia, uma de arquitetura e uma de engenharia. (Figura 13)

Os resultados têm, em nossa opinião, uma interpretação aceitável. É natural que as maiores porcentagens de abuso sejam concentradas na área bio-médica, pois é exatamente nesta área onde existe maior curiosidade (vd., entre os motivos, o fator curiosidade) e também maior contacto e acessibilidade a elas. Por outro lado, as escolas da área tecnológica (como, por exemplo, a engenharia, 14,2%) as porcentagens são, dentro do mesmo raciocínio, aceitavelmente mais baixas. Contudo, chama particularmente a atenção a relativa baixa percentagem da escola de farmácia, onde estudam os jovens que, na verdade, manipulam e conhecem bem o assunto da fabricação das drogas.

Dos resultados obtidos nesta pesquisa podemos, em princípio, tirar as seguintes conclusões preliminares:

- 1 — O abuso de drogas entre os universitários de Belo Horizonte é, relativamente, alto (quase 25%).
- 2 — Sendo o fator mais importante de seu uso a curiosidade, é de se presumir que, muitos dos estudantes tenham usado essas drogas poucas vezes, sendo considerados usuários eventuais ou experimentadores.
- 3 — Não se deve contudo esquecer que o usuário eventual de hoje pode vir a ser o dependente crônico de amanhã. Provocando essas drogas dependência psíquica e/ou física, muitas vezes é extremamente difícil abandonar o seu uso.
- 4 — Esse abuso de drogas entre universitários deve preocupar as nossas autoridades sociais e sanitárias, uma vez que está atingindo, em escala razoável, uma das camadas mais representativas da nossa coletividade, de onde devem sair no futuro próximo, os líderes de amanhã.

III — O USO DE DROGAS NA ATUALIDADE (1979-1980)

Em pouco mais de um ano de funcionamento do "Centro de Orientação sobre Drogas Prof. José Elias Murad", atendemos, em caráter ambulatorial, cerca de 120 usuários de drogas que provocam dependência. A faixa etária foi a

seguinte: 14 a 18 anos, 48; 19 a 21 anos, 28; 22 a 25 anos, 27; 26 a 30 anos, 8; 31 a 45 anos, 8; e, 65 anos, 1.

INCIDÊNCIA DAS DROGAS MAIS USADAS

Entre as drogas mais usadas, a maconha ocupa, folgadoamente, o primeiro lugar, com 90 usuários, seguida do Optalidon (aminofenazona + butabarbital + trimetilxantina), com 46; Pambenyl, xarope, (codeína, efedrina, etc) com 41; "chá de cogumelo", 24; bebidas alcoólicas, 24; solventes voláteis (cola de sapateiro, cola de aeromodelismo, benzina, limpatipos, lança perfume), 20; Algafan (dextropropoxifeno), 10; cocaína 7 e moderadores de apetite (Moderex, Desbutal, Anorexyl), 7.

Vem, depois dessas, com menor número de usuários, as seguintes drogas: Artane (Trihexifenidil), Fiorinal (Ácido Acetilsalicílico + fenacetina + butabarbital + cafeína), Mandrix (metaqualona), Doloxene (Dextropropoxifeno), Diempax (Diazepam), Reactivan (ritalina), Notair (Fenoxazol), LSD, Stelamine, Glucoenergan (Norcanfano) e outras drogas não especificadas.

IV — CONSEQUÊNCIAS DO USO DE DROGAS

Nos 120 casos atendidos no COSDJEM e estudados, encontramos as seguintes consequências do uso das drogas:

Abandono dos estudos49
Perda ou abandono do trabalho29
Hospitalização29
Detenção29
Baixo rendimento escolar13
Baixa produtividade no trabalho07
Escaras, cicatrizes, abscessos e feridas provocadas por drogas (uso parenteral)07
Tentativas de suicídio06
TOTAL	169

V — DISCUSSÃO

De acordo com os levantamentos feitos nos meados da década de 70, verificamos que o abuso de drogas no Estado de Minas Gerais (Brasil), particularmente em sua Capital, Belo Horizonte, é relativamente alto, atingindo 16% dos estudantes secundários e 24,1% dos universitários. A faixa etária mais atingida àquela época, foi situada entre 20 e 25 anos de idade.

Entretanto, esses dados foram obtidos há 5 ou mais anos atrás (1973-1975). Atualmente, em um levantamento que fizemos no "Centro de

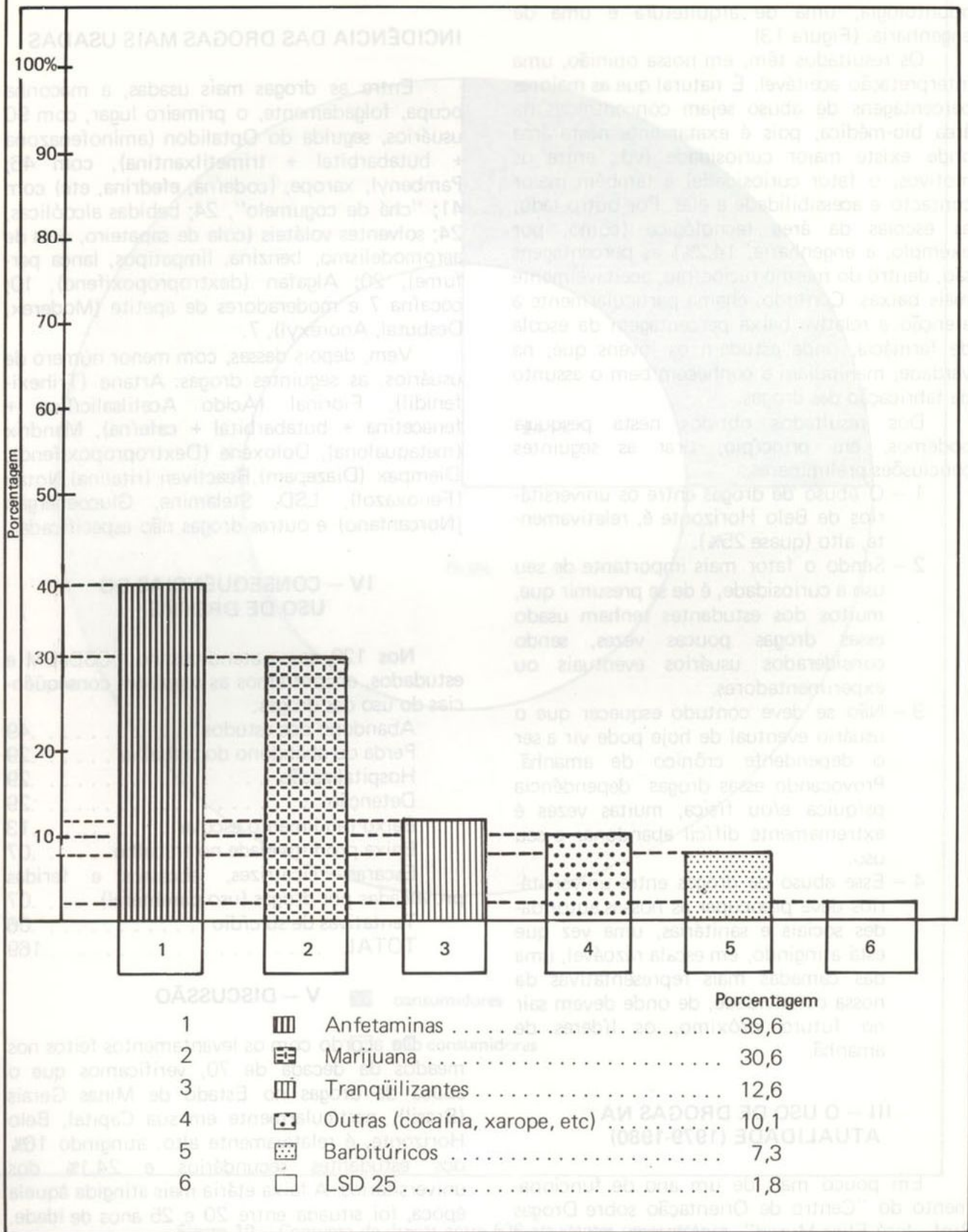


Figura 11 — Drogas que com maior freqüência são objeto de uso indevido entre estudantes universitários.

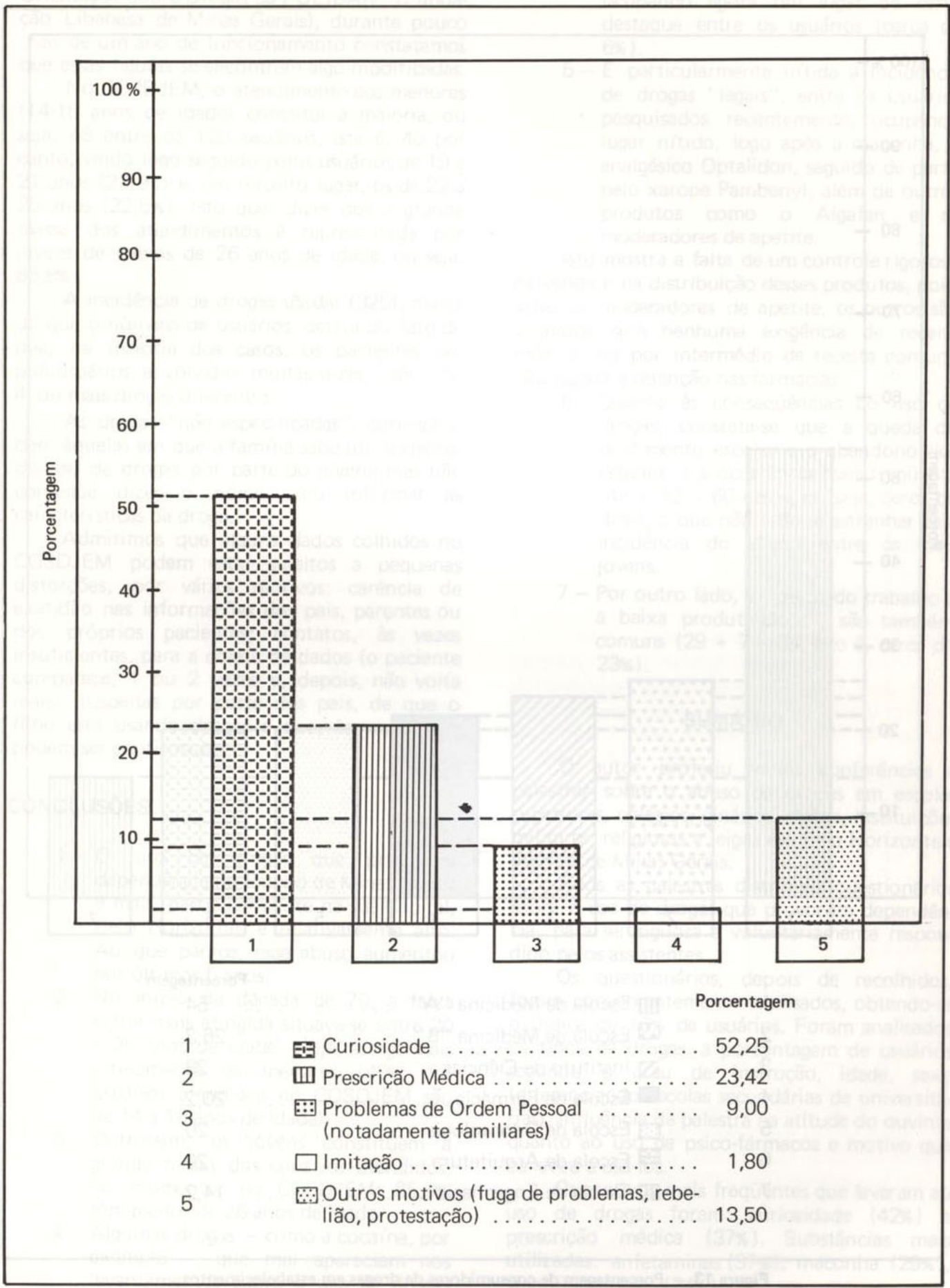


Figura 12 – Motivo do uso de drogas em estabelecimentos universitários.

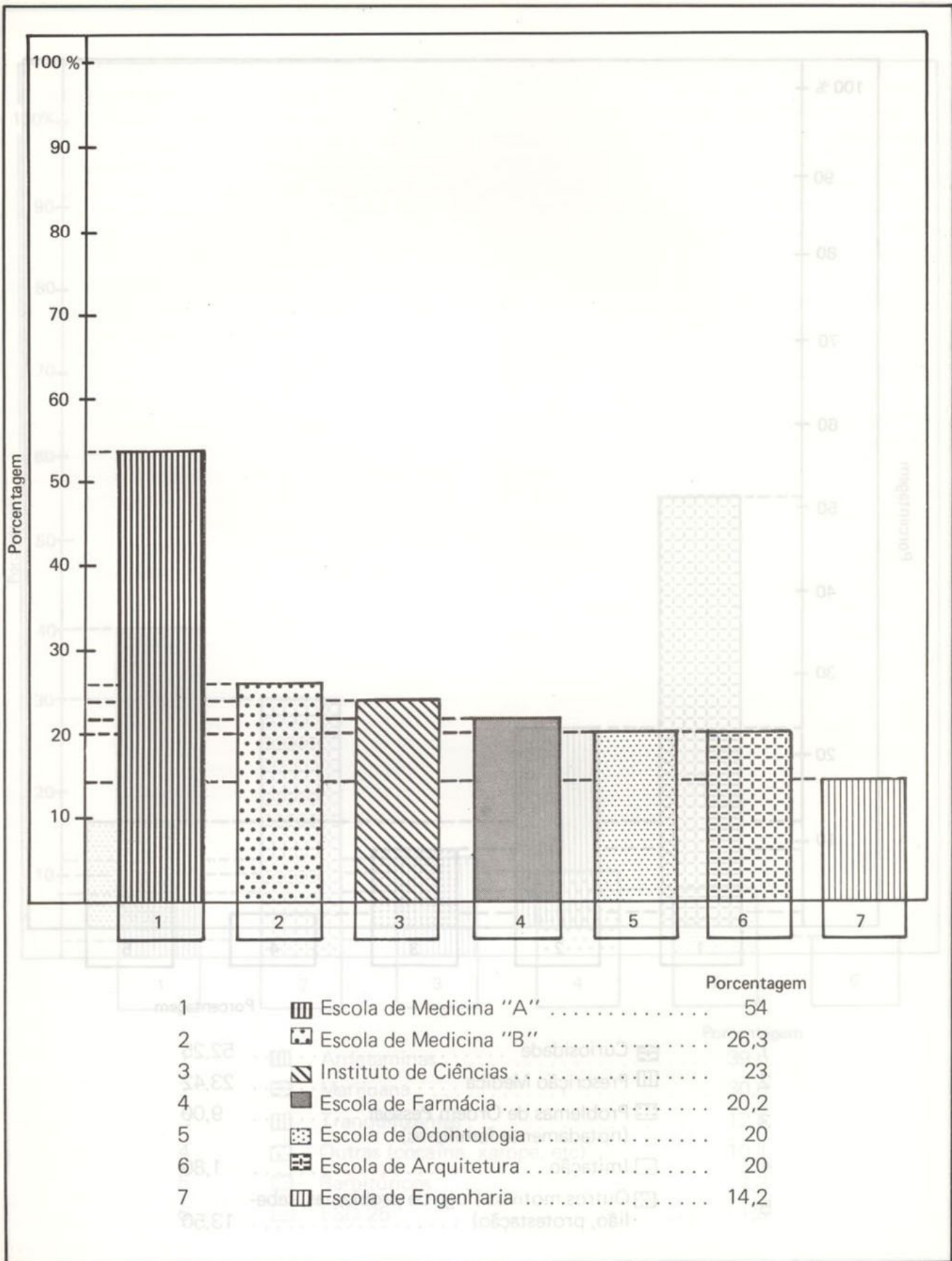


Figura 13 – Porcentagem de consumidores de drogas em estabelecimentos universitários de Belo Horizonte

Orientação Sobre Drogas da FULIBAN" (Fundação Libanesa de Minas Gerais), durante pouco mais de um ano de funcionamento constatamos que essas figuras se encontram algo modificadas.

No COSDJEM, o atendimento aos menores (14-18 anos de idade) constitui a maioria, ou seja, 48 entre os 120 usuários, isto é, 40 por cento, vindo logo seguido pelos usuários de 19 a 21 anos (23,3%) e, em terceiro lugar, os de 22 a 25 anos (22,5%). Isto quer dizer que a grande massa dos atendimentos é representada por jovens de menos de 26 anos de idade, ou seja, 85,8%.

A incidência de drogas usadas (325), maior do que o número de usuários, deriva do fato de que, na maioria dos casos, os pacientes são poli-usuários, envolvidos, muitas vezes, com 2, 3, 4, ou mais drogas diferentes.

As drogas "não especificadas", correspondem àquelas em que a família sabe (ou suspeita) do uso de drogas por parte do jovem; mas não consegue dizer o nome e/ou informar as características da droga.

Admitimos que alguns dados colhidos no COSDJEM podem estar sujeitos a pequenas distorções, por vários motivos: carência de exatidão nas informações dos pais, parentes ou dos próprios pacientes; contatos, às vezes insuficientes, para a coleta de dados (o paciente comparece, 1 ou 2 vezes e, depois, não volta mais); suspeitas por parte dos pais, de que o filho está usando drogas e que, às vezes, não podem ser confirmadas.

CONCLUSÕES

- 1 — O uso de drogas que provocam dependência no Estado de Minas Gerais e mais particularmente na sua Capital, Belo Horizonte, é relativamente alto. Ao que parece, esse abuso aumentou nos últimos 5 anos.
- 2 — No início da década de 70, a faixa etária mais atingida situava-se entre 20 e 25 anos de idade. Hoje, atinge mais nitidamente os menores (40% dos usuários atendidos no COSDJEM são de 14 a 18 anos de idade).
- 3 — Outrossim, os jovens constituem a grande massa dos usuários atendidos, no momento, no COSDJEM: 85,8% têm menos de 26 anos de idade.
- 4 — Algumas drogas — como a cocaína, por exemplo — que mal apareciam nos levantamentos sobre o uso de drogas feitos no início da década, estão

ocupando agora um lugar de certo destaque entre os usuários (cerca de 6%).

- 5 — É particularmente nítida a incidência de drogas "legais", entre os usuários pesquisados recentemente, ocupando lugar nítido, logo após a maconha, o analgésico Optalidon, seguido de perto pelo xarope Pambenyl, além de outros produtos como o Algafan e os moderadores de apetite.

Isto mostra a falta de um controle rigoroso na venda e na distribuição desses produtos, pois, salvo os moderadores de apetite, os outros são vendidos sem nenhuma exigência de receita médica, ou por intermédio de receita comum, não sujeita a retenção nas farmácias.

- 6 — Quanto às conseqüências do uso de drogas, constata-se que a queda do rendimento escolar e o abandono dos estudos, é a ocorrência mais freqüente (48 + 12 = 60 casos, ou seja, cerca de 37%), o que não é de se estranhar pela incidência do abuso entre os mais jovens.

- 7 — Por outro lado, a "perda do trabalho e a baixa produtividade", são também comuns (29 + 7 = 36, isto é, cerca de 23%).

SUMÁRIO

O autor proferiu várias conferências e palestras sobre o abuso de drogas em escolas superiores, colégios, ginásios, clubes, instituições militares, religiosas e leigas em Belo Horizonte e interior de Minas Gerais.

Após as palestras distribuiu questionários sobre o uso de drogas que provocam dependência, para ser sigilosa e voluntariamente respondido pelos assistentes.

Os questionários, depois de recolhidos, foram convenientemente analisados, obtendo-se o índice de 16% de usuários. Foram analisados os tipos de drogas, a porcentagem de usuários segundo o grau de instrução, idade, sexo (diferenciando escolas secundárias de universitárias), influência da palestra na atitude do ouvinte quanto ao uso de psico-fármacos e motivo que os levou a usá-los.

Os motivos mais freqüentes que levaram ao uso de drogas foram: curiosidade (42%) e prescrição médica (37%). Substâncias mais utilizadas: anfetaminas (37%), maconha (29%), tranqüilizantes (24%) e, em menor grau, barbitúricos (8%) e outros (2%) onde se

enquadram LSD (1%) e morfina (1%).

Concluiu que o abuso de drogas aumentou nos últimos 5 anos, que a faixa etária mais atingida atualmente é a de 14 a 18 anos de idade, que algumas drogas passaram a ocupar lugar de certo destaque, como a cocaína (6%); que é nítida a incidência de substâncias "legais" (como o analgésico Optalidon, o xarope Pambenyl e moderadores de apetite), evidenciando a falta de controle na venda e distribuição desses produtos; e, em conseqüência, aponta a queda do rendimento escolar, abandono dos estudos, baixa produtividade e dispensa do trabalho.

SUMMARY

The author has delivered a number of lectures and conferences on drug abuse in colleges and universities, High Schools and Junior High Schools, clubs, military, religious and layman's institutions in Belo Horizonte and in the rural and smaller urban areas of the Minas Gerais State.

After his lectures, he handed out a questionnaire on the use of addictive drugs, to be completed by the participants on a confidential and voluntary basis.

After the questionnaires were collected, they were properly analyzed and revealed a 16% rate of users. The types of drugs were analyzed, as well as the percentage of users according to their educational level, age, sex (with a differentiation between secondary schools and university or college institutions), the influence of the lecture on the participant's attitude as to the use of drugs and the reasons which led him or her to using them.

The most frequent reasons leading to the use of drugs were: curiosity (42%) and medical prescription (37%). The most widely used substances were: amphetamines (37%), marijuana (29%), tranquilizers (24%) and, to a lesser degree, barbiturates (8%) and others (2%), which included LSD (1%) and morphine (1%).

He concludes by saying that drug abuse has increased over the last 5 years, that the age bracket most hard hit nowadays is that between the ages of 14 and 18, that some drugs have begun to fill an outstanding position in society, such as cocaine (6%), that the occurrence of

addiction to "legal" substances (such as the pain-killer Optalidon, the syrup Pambenyl and diet pills), is a marked one, attesting to the lack of controls in the sale and distribution of these products, and, consequently, that there is evidence of a drop in schooling performance, "dropping-out" of learning institutions, low productivity and dismissals from work, resulting from such drug abuse.

SOMMAIRE

L'auteur a présenté plusieurs conférences sur l'abus des drogues à des écoles supérieures, lycées, clubs, institutions militaires, religieuses ou laïques à Belo Horizonte et à l'intérieur de Minas Gerais.

Après les conférences il a distribué un questionnaire sur l'usage des drogues qui provoquent la dépendance, pour qu'il soit, d'une façon sigileuse et volontaire, répondu par les présents.

Les questionnaires, une fois reçus et convenablement analysés ont indiqué un indice de 16% d'utilisateurs. Les types de drogues furent analysés, le pourcentage d'utilisateurs selon le degré d'instruction, l'âge, le sexe, (il a séparé les écoles secondaires des universités), l'influence des conférences sur l'attitude des auditeurs quant à l'utilisation des psychopharmacos et le motif qui les a menés à s'en servir.

Les motifs les plus fréquents qui ont mené à l'usage des drogues ont été: Curiosité (42%), prescription médicale (37%). Les substances les plus utilisées: amphétamines (37%), marijuana (29%), des tranquillisants (24%), des barbituriques (8%) et d'autres, où s'encadrent le LSD (1%) et la morphine (1%).

Il a conclu que l'abus des drogues a augmenté ces derniers 5 ans, que la plus haute incidence a été observée entre les âges de 14 à 18 ans, que quelques drogues occupent une place prépondérante comme la cocaïne (6%), que les substances légales ont une claire incidence (comme l'analgésique Optalidon, le sirop Pambenyl et les modérateurs d'appétit), dénonçant clairement le manque de contrôle à la vente et distribution de ces produits et, comme conséquence, la baisse du rendement scolaire, l'abandon des études, basse productivité et dispense du travail.

TRATAMENTO PARA DEPENDENTE DE DROGAS EM REGIME COMUNITÁRIO

*Sabino Ferreira de Farias Neto**

Pretendemos fornecer com esta breve exposição, o panorama geral da abordagem teórico-prática, desenvolvida na Comunidade Terapêutica Maxwell, em relação ao dependente de drogas.

Buscamos junto ao leitor, a possibilidade de repensar a problemática de dependência de drogas, com uma atitude desprendida de preconceitos, sensacionalismos, distorções e medos que, com freqüência, envolve este tema.

Como pesquisadores do comportamento humano, imbuídos de uma abordagem de Psiquiatria Social, cumpre-nos afastar fantasmas que dissimulam a apreensão da realidade, enquanto objeto de estudo e pesquisa e com reconhecimento necessário dos nossos limites, para não nos iludirmos, por outro lado pelos mitos de uma ciência onipotente e milagrosa.

Esclarecemos que as primeiras experiências psiquiátricas do tipo comunitário, aparecem em 1942 na Inglaterra, como tentativa de desprender-se da visão do "doente mental" como entidade irre recuperável. As experiências de Maxwell Jones foram os primeiros passos da nova psiquiatria institucional comunitária, estabelecida sob bases essencialmente sociológicas.

Colocar em plano de igualdade equipe técnica e população de comunitários internos, ao invés de fundar-se sob um sistema hierárquico imposto de cima, é a ação terapêutica a ser alcançada.

Com o poder de decisões extensivo a todos, espera-se que o hospitalizado transcenda as próprias dificuldades e permita-se identificar como estas dificuldades estão unidas a fatores sociais, a nível de resistência e impacto com

relação a uma sociedade que desconhece o homem e suas necessidades.

A concepção de Comunidade Terapêutica como método de tratamento exige por parte das pessoas nela envolvida uma constante vigilância, para que o princípio de autoridade não acomode, corpo técnico e comunitários, no desempenho de papéis cristalizados. Preserva-se, desta maneira, o sentido de oposição, contestação e identificação das fontes de poder.

Cabe à Comunidade Terapêutica o estabelecimento do princípio de igualdade, como ação terapêutica de trabalho, onde cada personagem vai em busca de seu papel, vivendo e discutindo as contradições deste papel, em um campo seguro e democrático.

A utilização desse princípio possibilita o despertar da responsabilidade individual e grupal. Objetiva estimular a participação de todos nas atividades utilizadas como meio de afastarmos o processo de alienação da realidade pessoal do interno.

O condicionamento de atitudes conformistas, de esperança messiânica de salvação, os rótulos, "doente mental", "esquizofrênico", "alcoólatra" e "toxicômanos" são formas usuais de controle da nossa sociedade para cultivar a passividade, o fatalismo e os determinismos biológico, social e filosófico.

O hábito de discussão, de contestação, de oposição e de questionamento, dentro de um clima terapêutico, favorece a aproximação da realidade objetiva, afastando a possibilidade da pessoa recorrer a delírios, processos psicóticos, como meio de camuflar sua impotência pessoal.

O direito de participação igualitária entre corpo técnico e interno é o que habilita o

* Diretor Clínico da Comunidade Terapêutica Maxwell, Hospital especializado em dependentes de drogas e álcool — Atibaia, São Paulo — Brasil.

comunitário a conhecer o campo de suas possibilidades de realização, como ser integrado a um agrupamento humano, viabilizando a utilização de seus recursos biológicos, psicológicos e sociais, em favor do próprio crescimento e engajamento à realidade pessoal e social.

A responsabilidade pelo tratamento é atribuída ao corpo técnico, comunitários, familiares e voluntários, que participam do ambiente hospitalar.

A nossa orientação é de Psiquiatria Social. Acreditamos que a personalidade é construída socialmente, ou seja, as nossas práticas cotidianas, mesmo aquelas aparentemente mais subjetivas, mais particulares, de alguma forma só podem ser entendidas em função de um quadro social anterior. A sociedade, portanto, constrói os comportamentos individuais, constrói o próprio indivíduo.

É preciso deixar claro, que é de grande importância, o estudo das drogas, enquanto mecanismo de ação no organismo, entretanto, é impossível tentar definir este uso de uma forma homogênea. Por mais que façamos análises bioquímicas ou tenhamos conhecimentos psico-farmacológicos e por mais que se possa descrever as reações que estas substâncias desempenham no organismo, a maneira de reagir e viver a experiência é altamente diferenciada. Vai depender basicamente da interpretação social que é dada à utilização de drogas. Cada indivíduo ou grupo de indivíduos, ao usar determinadas substâncias, reage de acordo com a biografia que lhes é peculiar, isto é, de acordo com as vivências e situações introjetadas ao longo de sua vida.

É enganosa a generalização de que o uso de drogas ocasiona um comportamento desviado, pervertido ou transgressor. Os que nos procuram para tratamento possuem um traço sociológico comum. Nossos clientes têm, em média, de 15 a 25 anos, sendo provenientes de todos os meios sociais e, em sua maioria, estão separados das famílias, ou do ponto de vista do espaço físico, ou no que diz respeito ao aspecto ídeo-afetivo. A quase totalidade dos clientes que participam e participaram de nosso tratamento provêm de famílias com desajustes sociais e/ou emocionais, filhos de viúvos ou de casais separados, sendo marcante a ausência paterna e/ou materna.

Freqüentemente apresentam comportamentos de desinteresse para com os estudos, trabalho, para com a família e, não tendo planos de vida futura, abandonam os estudos e/ou trabalho. Em alguns casos, passam a maior parte do tempo na rua, com um grupo de amigos,

usando principalmente maconha associadamente outras drogas. Estes são os jovens que nos foram encaminhados para tratamento e em todos os casos a queixa é a mesma: a de que são "dependentes de drogas".

Percebemos nesses clientes uma personalidade frágil, insegura e pouco estruturada, psicologicamente infantilizados e uma grande falta de auto-crítica, indivíduos pouco perceptivos em relação a si próprios.

A dúvida que cabe é a seguinte: parece que a grande preocupação é com o comportamento transgressor, anti-social e incomodativo, daqueles que nos são encaminhados.

Podemos concluir que dentro de uma cultura mais ampla, entende-se como caso de internação, aqueles que não participam e não produzem e desta forma a droga não deixa de ser um "bode expiatório", para um comportamento que, com ou sem drogas é francamente diferente do esperado, do ponto de vista social e psicológico.

Notamos que a nossa clientela demonstra comportamentos de dependência que transcendem a utilização de drogas. Esta é uma tentativa de aumentar sua confiança, reduzir a angústia de sua inadequação às exigências da vida adulta, bem como, um meio de obter alívio nas situações de tensão.

Há unanimidade entre especialistas que fazem Psiquiatria, de que o transtorno mental surge a partir da estrutura da personalidade frágil, por isso mesmo, vulnerável às pressões sociais e conseqüentemente marginalizados, crescendo assim a necessidade de uma abordagem ressocializante. Existe uma crescente aceitação do fato de que: um dos maiores obstáculos do tratamento do dependente de drogas, não é tanto a sua "dependência psicológica", ou "fisiológica", em relação à droga propriamente dita, mas sim a sua "dependência em relação à maneira de vida como pessoas dependentes".

A "dependência" é um "problema" que se apresenta, porém não pode ser tratada num vácuo: pensamentos, sentimentos, atitudes e comportamentos, estão intimamente ligados dentro do indivíduo e são profundamente afetados por variáveis ambientais. Encaramos a "dependência" como um comportamento auto-destrutivo, apreendido por um indivíduo, a fim de fazer face a uma ansiedade situacional e problemas psicológicos subjacentes.

Diante deste panorama e com a aceitação voluntária do cliente, procedemos a internação. Procuramos esclarecê-lo inicialmente, no que

chamamos reunião dos novos, da dinâmica do tratamento e do processo psico-terapêutico a que se submeterá; este indivíduo será encaminhado para um dos Grupos Operativos e durante o período que convivermos juntos, propiciaremos "um viver aprendendo", buscando o amadurecimento emocional através de um conjunto de atividades, enquanto forma terapêutica e aí nos preocupamos muito para que as atividades não venham a se tornar uma mera ocupação do tempo, porém uma forma de aprendizado em todos os seus sentidos.

Por acreditarmos que a dependência de drogas é uma resultante dos fenômenos sociais, viabilizamos a estrutura de uma micro-sociedade, como se fosse um pequeno município, onde cada munícipe ou comunitário, viveria os papéis existentes dentro de uma pequena sociedade, exemplo: jornalista, repórter, radialista, garçom, professor de natação, recepcionista, prefeito, secretários de esportes, secretários de atividades sociais da casa, discotecário, ator, enfim, considerando as limitações, tudo o que podemos conceber existir dentro de um pequeno município.

A tentativa de reprodução da macro-sociedade, envolve o ambiente do hospital e as pessoas que nele trabalham. Procura-se afastar o mais possível a imagem de um "hospital", oferecendo-se ao interno um ambiente físico favorável a execução de atividades sociais, culturais e esportivas. Esse ambiente chama-se sócio-terapia, que nada mais é que uma forma psicoterápica de abordagem.

E, neste clima democrático, procuramos todos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Professor de Artes, de Educação Física, Coral, Música, Teatro, Enfermeira, Médicos e internos, com o respeito necessário, todavia desprovidos de falso moralismo, promover condições para que o indivíduo "comunitário", assuma responsabilidades, desenvolva a afetividade, integre-se com a família e a sociedade. São essas as metas a serem alcançadas, durante a internação, procurando-se a via mais humana possível para não nos afastarmos do respeito pelo homem, tentar desenvolver na Comunidade, a formação de uma micro-sociedade, imitando o mais possível a macro-sociedade, com o objetivo de ressocialização do comunitário. Embora os clientes possam revelar problemas similares aos quais sejam aplicadas técnicas padronizadas, é dada ênfase à luta por uma visão criativa, a fim de realizar planos de tratamento verdadeiramente individualizados. Assim sendo, a expansão da equipe multidiscipli-

nar faz-se necessária, a fim de servir as necessidades multidimensionais de uma população diversificada.

Um dos fatores mais significativos, na determinação do êxito de qualquer abordagem terapêutica, é o desejo do indivíduo de participar ativamente do tratamento. Reconhecendo essa importância, é que: só mantemos em internação aqueles que de forma voluntária e espontânea, manifestam tal interesse. Assim, neste viver aprendendo, através dos programas que incluem Grupo Operativo, Psicoterapia Individual, Sócio-terapia, Orientação Familiar, aulas e acima de tudo qualquer medida que possa auxiliar a pessoa a instrumentar os mecanismos de defesa, para enfrentar conflitos.

O nosso interesse não é converter nossos esforços em uma cruzada anti-drogas, mas sim contribuir para um melhor projeto de vida. Consideramos necessário uma mentalidade, na qual pode-se utilizar não somente os critérios médicos e psicológicos, mas também, onde se tem a possibilidade de enriquecer-se com uma quantidade de meios e conhecimentos de que dispomos de outras ciências, tais como a Antropologia, a Filosofia e Sociologia.

"Para os Dependentes, os marginalizados somos nós, para nós, os marginalizados são eles".

O tratamento dos dependentes de drogas é uma experiência difícil e frustrante. A situação muitas vezes é recorrente. A abstinência, total e duradoura, geralmente não é um objetivo realista.

O conceito de "cura" substituímos por "amadurecimento", tratar significa crescer, amadurecer, evoluir. Nisso estamos empenhados e convictos. Cada um dos indivíduos que por lá já passou, obteve, dentro das nossas limitações, um certo grau de "amadurecimento", de aprimoramento e conseqüentemente minimizadas as dificuldades que nos foram apresentadas.

Face ao exposto, se entendemos tratamento não como cura propriamente dita, mas sim, como "um processo de amadurecimento", concluiremos que os hospitais empenhados no tratamento psíquico, devem propiciar o clima comunitário e as vivências necessárias, através de constantes atividades, para um melhor aprendizado do dia a dia da pessoa humana.

Queremos crer que internação adequada para o "dependente", o tempo por si só, a participação produtiva em seu meio social, assim como, o tratamento familiar bem conduzido, contribuem sócio-terapeuticamente, para o amadurecimento do homem.

Aproveitamos para reafirmar que a Comu-

nidade Terapêutica Maxwell, está aberta a troca de experiências e a qualquer forma de auxílio que possamos através da discussão e de um melhor enriquecimento cultural viabilizar, nesta complexa área do tratamento do dependente de drogas, para favorecer no entendimento cada vez mais lúcido e realista do problema.

Faz-se necessário ainda, que os profissionais que trabalham na área, não se preocupem obsecadamente com o objetivo a atingir: "a desejada cura", situação essa que subtrairia do profissional sua condição terapêutica, além de imbutir o raciocínio e a auto-crítica, correndo-se o perigo mesmo embuídos da melhor boa vontade de se cometer agressões físicas e psicológicas revestidas de um conteúdo científico, sem o questionamento diário indispensável para não sub-humanizar o processo de tratamento.

SUMÁRIO

O autor discorre sobre a abordagem teórico-prática desenvolvida na Comunidade Terapêutica Maxwell, do tratamento de dependentes de drogas.

Acredita que a dependência a drogas é uma resultante dos fenômenos sociais, portanto, criou uma micro-sociedade democrática onde os internos desempenham os vários papéis que se possam conceber em um pequeno município. Dessa maneira, procura-se promover condições para que o indivíduo "comunitário" assuma responsabilidade, desenvolva a afetividade e se integre na família e na sociedade.

Conclui que a Psiquiatria Social favorece o interno no seu "amadurecimento", aprimoramento e conseqüente minimização de suas dificuldades.

SUMMARY

The author elaborates on the theoretical-practical approach developed at the Maxwell Therapeutic Community for the treatment of drug addicts.

He believes that addiction to drugs arises from social phenomena and, therefore, he has created a democratic micro-society where its members perform the several roles which are liable to exist in a small town. Thus, an effort is made to promote the conditions requisite for the "community's individual" to assume responsibilities, develop his/her affectivity and become integrated in his/her family and in society.

He has concluded that Social Psychiatry favors the "community's member" in his/her "maturing process," self-improvement and consequent diminishing of his/her difficulties.

SOMMAIRE

L'auteur s'étend sur l'abordage théorique-pratique développée à la Communauté Thérapeutique Maxwell pour le traitement des drogués.

Il croit que la toxicomanie est le résultat de phénomènes sociaux, par conséquent, il a créé une micro-société démocratique où les internes développent les plusieurs rôles qu'ils puissent concevoir dans un petit village. De cette façon, l'on essaye de développer des conditions pour que l'individu communautaire puisse prendre des responsabilités, développer l'affectivité et s'intégrer dans la famille et la société.

Il conclut que la psychiatrie sociale bénéficie l'interne dans sa maturité, accomplissement et, par conséquent, menant à une minimization de ses difficultés.

TANATISMO NO BRASIL

Doenças psicossomáticas produzidas pelo "stress". Aspectos Médico-Legais e Psicanalíticos.

Luiz Miller de Paiva*

I - INTRODUÇÃO

As contribuições psicanalíticas sobre o instinto de morte têm ajudado a elucidar as causas da autodestruição de pessoas humanas (2) (14,b) (3) (18,1). O instinto de morte é inato: herdamos-lo dos nossos antepassados, homens das cavernas; ele localiza-se anatômica e preferencialmente na amígdala do hipocampo, hipotálamo posterior e suas conexões com o lobo pré-frontal. Na evolução zoológica, o cérebro visceral ou sistema límbico (corresponde anatomicamente ao id) não teve grande desenvolvimento, comparando-o com o córtex pré-frontal, as conexões dendríticas (aumento de RNA e enzimas), ao sistema reticular e ao circuito de Papez, cujos circuitos córticos e reticulófugos de Peon, correspondem ao superego.

O homem diferenciou-se dos outros animais pelo seu desenvolvimento cerebral (**homo genus**) com o qual adquiriu a capacidade intelectual (**homo sapiens**); contudo, tornou-se anímico, principalmente, por causa do aparecimento do seu superego, que originou o sentimento de culpa. Esta culpa provém, na maioria dos casos, das fantasias inconscientes e conscientes, motivo pelo qual defendemos a hipótese de ser indispensável o conhecimento da fantasia inconsciente (**homo phantasiosus ou mythicus**) para o homem tornar-se verdadeiramente amadurecido e imputável (**homo moralis**).

O homem, uma vez evoluído, identificou-se culposamente com os pais e autoridades (superego tornou-se severo), dando origem às religiões, intimamente ligadas às fantasias incons-

cientes (14,a). O canibal, quando matou e ingeriu o pai, teve remorso (constituindo o TOTEM), tal como o cerimonial da crucificação de Jesus ou como Abraão obedecendo a ordem do Pai Celestial para matar seu filho Isaac (pai matando o próprio filho por fantasiar que ele, filho, inconscientemente, iria destruí-lo). Esta culpa parricida-filicida (20) da pessoa humana é originária de suas fantasias inconscientes processadas nos primeiros anos de vida (**período de molde**: lactação e ambiente familiar), nos quais a criança tem fantasias inconscientes de matar o pai (se homem) ou mãe (se mulher) para poder ficar só com um deles (18,a); se os pais forem bons, amorosos e cheios de **reverie**, as crianças sentir-se-ão perdoadas; porém, se os pais forem agressivos, sádicos ou indiferentes, a criança, herdeira dos resquícios de animalidade dos nossos antepassados, pode tornar-se agressiva, praticando o **tanatismo**, isto é, **entidade clínica na qual existe um predomínio relativo do instinto de morte, levando o indivíduo a uma auto-destruição aguda ou crônica e causando, invariavelmente, danos a outrem.**

As nossas experiências clínicas em psicanálise e em psicoterapia analítica de grupo, vêm confirmar a importância da educação na infância (**período de molde**) no desenvolvimento da criminogênese e outros distúrbios de comportamento, inclusive nos distúrbios da identidade de sexo (transexualismo, transvestismo, etc.) (19,h,g). Aliás, inúmeras experiências animais vêm corroborar nossos achados, haja vista os macaquinhos de Harlow e os gatos de Von Holsts (atitude esquizofrênica), os gatos de Seitz

* Prof. Adj. Escola Paulista de Medicina (Med. Social e Legal) e membro das seguintes Sociedades: Associação Brasileira de Med. Psicossomática (Presidente Regional), Paulista de Psicoterapia de Grupo (Diretor do Instituto), Int. College Psychosom. Med., American Psychosom. Soc., Japanese Psychosom. Soc., Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen, Int. Psychoanalytical Ass. (S. Paulo).

(asma e agressividade) e os de Forner (transexuais), os cães de Smith (neuróticos), os ratos de Hoffer (ulcus e hipertensão) e os de Masserman (alcoolismo), etc. (18,c) (21). Observações em crianças separadas dos pais nos três primeiros anos de vida, por mais de três meses podem tornar-se adultos delinquentes (gatunos) (16), assim como crianças agredidas ou não compreendidas pelos pais, podem tornar-se indivíduos sádicos, histéricos, fóbicos, melancólicos ou maníacos (14,c) (18,b,j) (20), por estarem introjetados com o objeto mau (pais sentidos como ruins ou falsamente bons).

O "stress" nos períodos de molde produz elaboração secundária de fantasias inconscientes, que por sua vez, causam sentimentos de culpa e subseqüentemente doenças psicossomáticas (quadro nº 1).



O quadro nº 1 esquematiza um "stress" físico, infeccioso ou psíquico, nos períodos de molde (lactação e no ambiente familiar) que associando-se a conflitos de situação (conjugal, social ou de trabalho) podem desencadear ou mesmo produzir doenças psicossomáticas.

II - MATERIAL E MÉTODO

O material deste trabalho, estudado em etapas diferentes, é originário de várias fontes (clínica particular, Instituto Médico Legal de São Paulo e CINFA).

MATERIAL Nº 1 - ESTUDO PSICODINÂMICO

Para o exame do psiquismo foram utilizadas as técnicas psiquiátricas (11) (19), psicanalítica (5.14) (17) e psicoterapia analítica de grupo (13) (15) (18,k).

1.1. **Obesidade:** 32 pacientes (22 do sexo feminino e 10 do sexo masculino).

1.2. **Diabetes:** 13 pacientes (8 do sexo masculino e 5 do sexo feminino).

1.3. **Infarto:** 4 pacientes do sexo masculino.

1.4. **Hipertensão:** 5 pacientes (3 do sexo masculino e 2 do sexo feminino).

1.5. **Úlcera Duodenal:** 6 pacientes do sexo masculino.

1.6. **Distúrbios sexuais:** 17 pacientes de impotência e 62 de pseudo-frigidez.

1.7. **Estados depressivos:** Com idéias de suicídio: 220 pacientes (112 homens e 108 mulheres) sendo que 98 deles (45,3%) apresentavam idéias de suicídio e destes 68 mulheres, isto é 69,3%.

Através da análise pudemos constatar os conflitos dos jovens em relação aos pais que

favorecem o aparecimento de idéias suicidas e a prática do tanatismo, conforme mostram os quadros nºs 2 e 3.

Características paternas vistas pelos filhos portadores de idéias suicidas.	Mãe	Pai
Agressivo	19	12
Agressivo e indiferente	28	22
Agressivo e amoroso	9	8
Indiferente e distante (ensimesmado)	12	13
Pouco afetivo e inconstante	12	14
Pouco afetivo, agressivo e depois ausente.	2	8
Ausente (falecido, separado)	3	9
Perturbado (psicótico)	3	2
Normal	10	10

QUADRO Nº 2 - Este quadro nos mostra que em 88 pacientes com conflitos com os pais (dentre 98 que apresentavam idéias de suicídio) a maioria destes era predominantemente agressiva (56 mães para 42 pais) secundados pelos pais pouco afetivos e indiferentes (40 mães para 35 pais).

MATERIAL Nº 2 – ESTUDO PSICODINÂMICO E ESTATÍSTICO

2.1. Toxicômanos (por maconha e L.S.D.).

Características parentais vistas pelos filhos toxicômanos.	Mãe	Pai
Agressivo	5	4
Agressivo e indiferente	4	5
Agressivo e amoroso-sufocante	2	2
Indiferente e distante (ensimesmado)	1	1
Pouco afetivo e inconstante	1	1
Agressivo, pouco afetivo e ausente.	10	9
Ausente (falecimento ou desquite)	1	2
Perturbado (psicótico)	2	0
Todos os outros	1	1

QUADRO Nº 3 – Estudo psicodinâmico (relacionamento afetivo entre pais e filhos) realizado em 27 toxicômanos (por maconha e LSD).

Comparando-se pais e mães que aparecem nas classificações por nós elaboradas como “todos os outros”, obteve-se $X^2 = 28,592$, significativa ao nível de 0,001, de onde se pode inferir que a probabilidade dos canabistas terem pais que se enquadram em nossas classificações, representa certeza estatística pelos testes de Fischer e K de Kendall, em tabelas de contingências.

Quando somadas as categorias que contém a característica “agressivo” e confrontadas com as demais, o X^2 eleva-se a 8,407 para as mães, altamente significativa, sendo a probabilidade de acaso de 0,01 e a 5,370 para os pais, significativa ao nível de 0,05.

Dos vários tipos agressivos descritos, o que parece mais freqüente no quadro, em ambos os genitores, é o “agressivo, pouco afetivo e ausente”. No entanto, a diferença entre este tipo e o simplesmente “agressivo” não é significativa: $X^2 = 1,999$ para as mães e $X^2 = 2,572$ para os pais. O cotejo com a categoria “agressivo e indiferente” também não é significativa, sendo neste caso $X^2 = 2,572$, para as mães e $X^2 = 1,999$ para os pais. Mas, o tipo “agressivo, pouco afetivo e ausente” é mais freqüente quando comparado ao tipo “agressivo e amoroso-sufocante” ($X^2 = 5,332$; $p = 0,05$ para as mães e $X^2 = 4,442$; $p = 0,05$ para os pais).

Pode-se concluir que a classificação utilizada para pais de canabistas é viável, uma vez que possibilita a apuração de dados significantes.

Talvez futuros trabalhos, com amostras mais amplas, possam aperfeiçoar o sistema de classificação, eliminando algumas dessas categorias que parecem pouco relevantes no caso, como os “pais ensimesmados” ou “pais pouco afetivos e inconstantes”. Talvez, também, venha a se concluir que os vários tipos de pais agressivos possam ser incluídos numa categoria só, diferenciando-se apenas os agressivos e amorosos-sufocantes.

2.2. Síndromes do núcleo amigdalóide e do desumano: 163 pacientes.

O primeiro grupo: 100 indivíduos portadores de disritmia temporal submetidos a exame psiquiátrico; segundo grupo: 18 indivíduos com disritmia temporal observados durante a psicoterapia analítica de grupo ou individual; terceiro grupo: 45 indivíduos impulsivo-agressivos e verificou a porcentagem dos portadores de disritmia temporal (figura nº 1).

Conclui-se que existem associações, estatisticamente significativas (teste de Binomial), entre impulsividade (alfa igual 5%), irritabilidade (alfa igual 1%) e positividade de E.E.G., assim como entre automatismo (X^2 significativos-alfa igual 1%), ausência e desmaio (X^2 significativos – alfa igual 10%), somatização (X^2 significativos – alfa igual 5%) e localização eletroencefalográfica temporal. Ao contrário, não houve associação, estatisticamente significativa, entre impulsividade, agressividade e localização temporal do E.E.G. Nos casos psicanalisados houve significância estatística (teste Binomial-alfa igual 5%) para: depressão, somatização e enurese e positividade eletroencefalográfica, porém não houve diferença significativa para localização temporal do E.E.G. e os sintomas apresentados.

MATERIAL Nº 3 – ESTUDOS PSICODINÂMICO, ESTATÍSTICO E BIOQUÍMICO

3.1. Estados depressivos com idéias de suicídio: 47 pacientes sendo 18 com depressão neurótica, 13 com depressão involutiva, 7 com psicose maníaco-depressiva e 9 com depressão no curso da esquizofrenia. Foram utilizadas as técnicas seguintes: PBI (4), Colesterol (1), lipoproteínas (8), Extón-Rose (10), 17-Ks (9), 17-OHCTS (3), aldosterona (7) e deidroisoandrosterona ou beta-17-Ks (12). (figura 2).

E.E.G. Positivo temporal – Grupo I

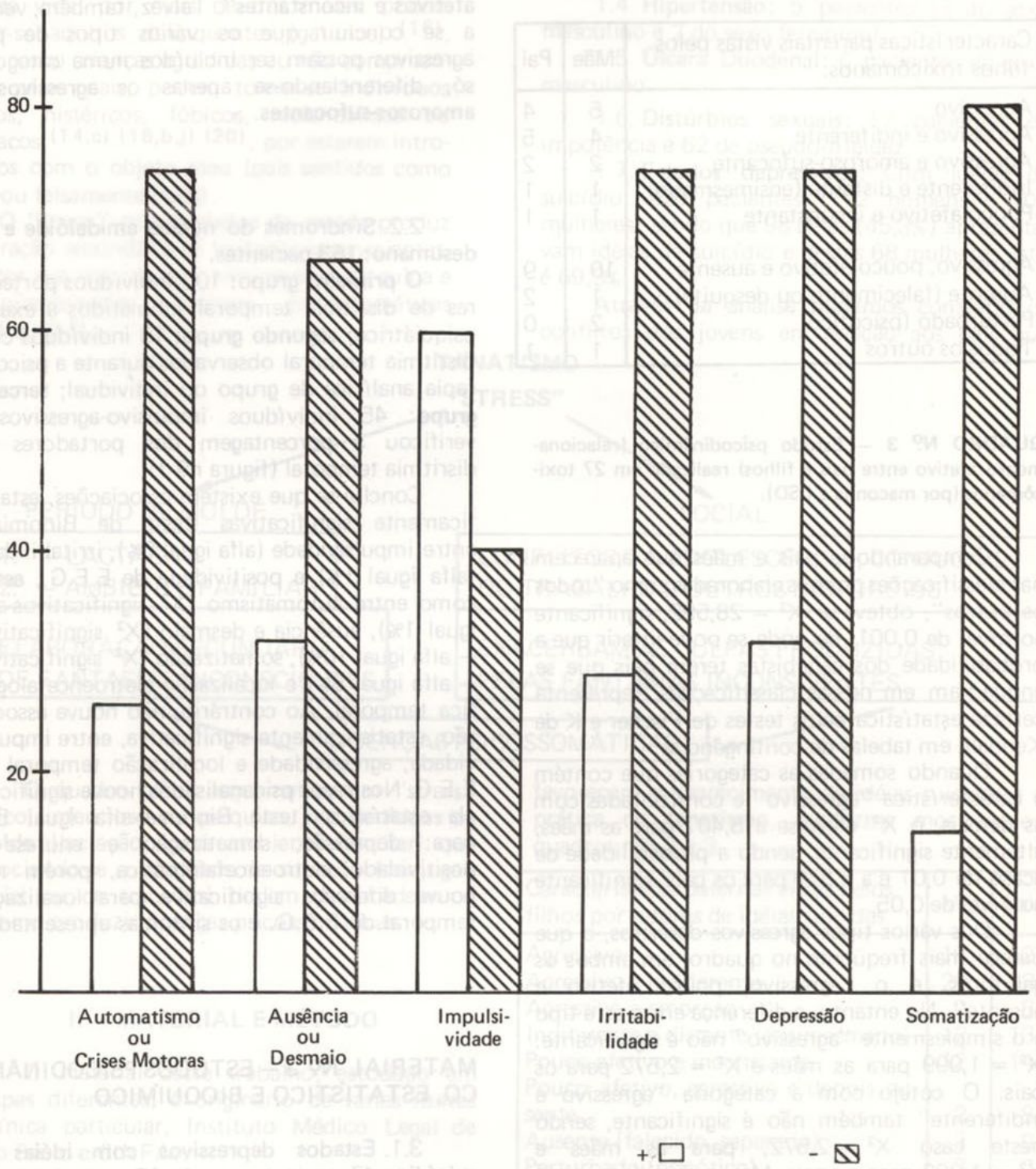


Figura 1- mostra a incidência da impulsividade agressiva nos pacientes com as síndromes do núcleo amigdalóide e do desumano.

**EXCREÇÃO DOS BETA-17-Ks (deidroisoandrosterona)
NOS DIVERSOS ESTADOS DEPRESSIVOS**

Beta-17-ks
mg/24 h.

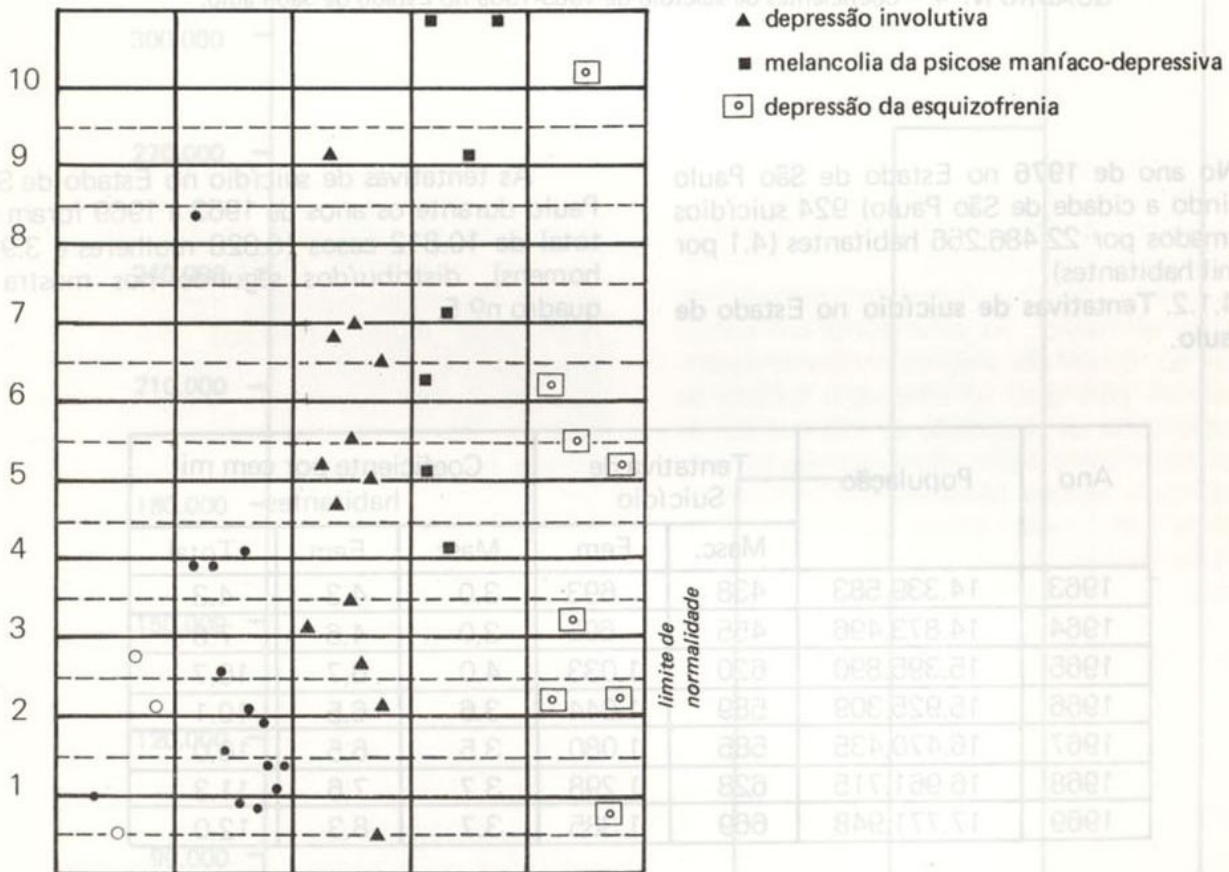


Figura 2 — Mostra a maior excreção da deidroisoandrosterona nos estados depressivos psicóticos.

MATERIAL Nº 4 — ESTUDO ESTATÍSTICO

4.1. Suicídio consumado no Estado de São Paulo.

Durante o período de 1930 a 1962, em um total de 10.289 suicídios, o coeficiente por cem

mil habitantes, fôra de 11.6.

No período de 1963 a 1969 houve 6.882 suicídios consumados no Estado de São Paulo (4.995 homens e 1.887 mulheres); calculado por cem mil habitantes conforme mostra o quadro nº 4.

Ano	População	Suicídio		Coeficiente por cem mil habitantes		
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Total
1963	14.339.583	976	389	6.8	2.7	9.5
1964	14.873.496	600	209	4.0	1.4	5.4
1965	15.395.890	688	270	4.4	1.7	6.1
1966	15.925.309	637	262	3.9	1.6	5.5
1967	16.470.435	737	244	4.4	1.4	5.8
1968	16.961.715	667	244	3.9	1.4	5.3
1969	17.771.948	654	269	3.6	1.5	5.1

QUADRO Nº 4 – Coeficientes de suicídio de 1963-1969 no Estado de São Paulo.

No ano de 1976 no Estado de São Paulo (incluindo a cidade de São Paulo) 924 suicídios consumados por 22.486.256 habitantes (4.1 por cem mil habitantes).

4.1.2. Tentativas de suicídio no Estado de São Paulo.

As tentativas de suicídio no Estado de São Paulo durante os anos de 1963 a 1969 foram no total de 10.812 casos (6.828 mulheres e 3.984 homens), distribuídos segundo nos mostra o quadro nº 5.

Ano	População	Tentativa de Suicídio		Coeficiente por cem mil habitantes		
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Total
1963	14.339.583	438	693	3.0	4.3	4.3
1964	14.873.496	455	695	3.0	4.6	7.6
1965	15.395.890	620	1.033	4.0	6.7	10.7
1966	15.925.309	589	1.044	3.6	6.5	10.1
1967	16.470.435	585	1.080	3.5	6.5	10.0
1968	16.961.715	628	1.298	3.7	7.6	11.3
1969	17.771.948	669	1.385	3.7	8.3	12.0

QUADRO Nº 5 – Coeficientes de tentativas de suicídio no Estado de São Paulo.

O Estado de São Paulo, em 1900, possuía um milhão de habitantes e a cidade de São Paulo 239.820 habitantes, ambos apresentaram um inusitado crescimento demográfico alcançando em 1976, as cifras de 22.486.256 e 11.154.000 habitantes, respectivamente.

4.2. Criminalidade no Estado de São Paulo.

No Estado de São Paulo, houve os seguintes inquéritos: no DEGRAN (Grande São Paulo), no DERIN (Interior) e DERAL (Litoral) elaborados de 1971 a 1978, estes inquéritos passaram de 30.000 para 347.715 ocorrências (crimes contra a pessoa, patrimônio, costumes, família, incolu-

midade e fé pública, contravenções, etc.). (Figura 3)

Houve, em 1977, no Município de São Paulo, 452.948 títulos protestados e em 1978 (até outubro) 290.133, sendo março o mês de maior número de protestos.

4.3. Acidentes de trânsito na Cidade de São Paulo.

Dados estatísticos comparativos sobre acidentes de trânsito de 1971 a 1978 (até outubro).

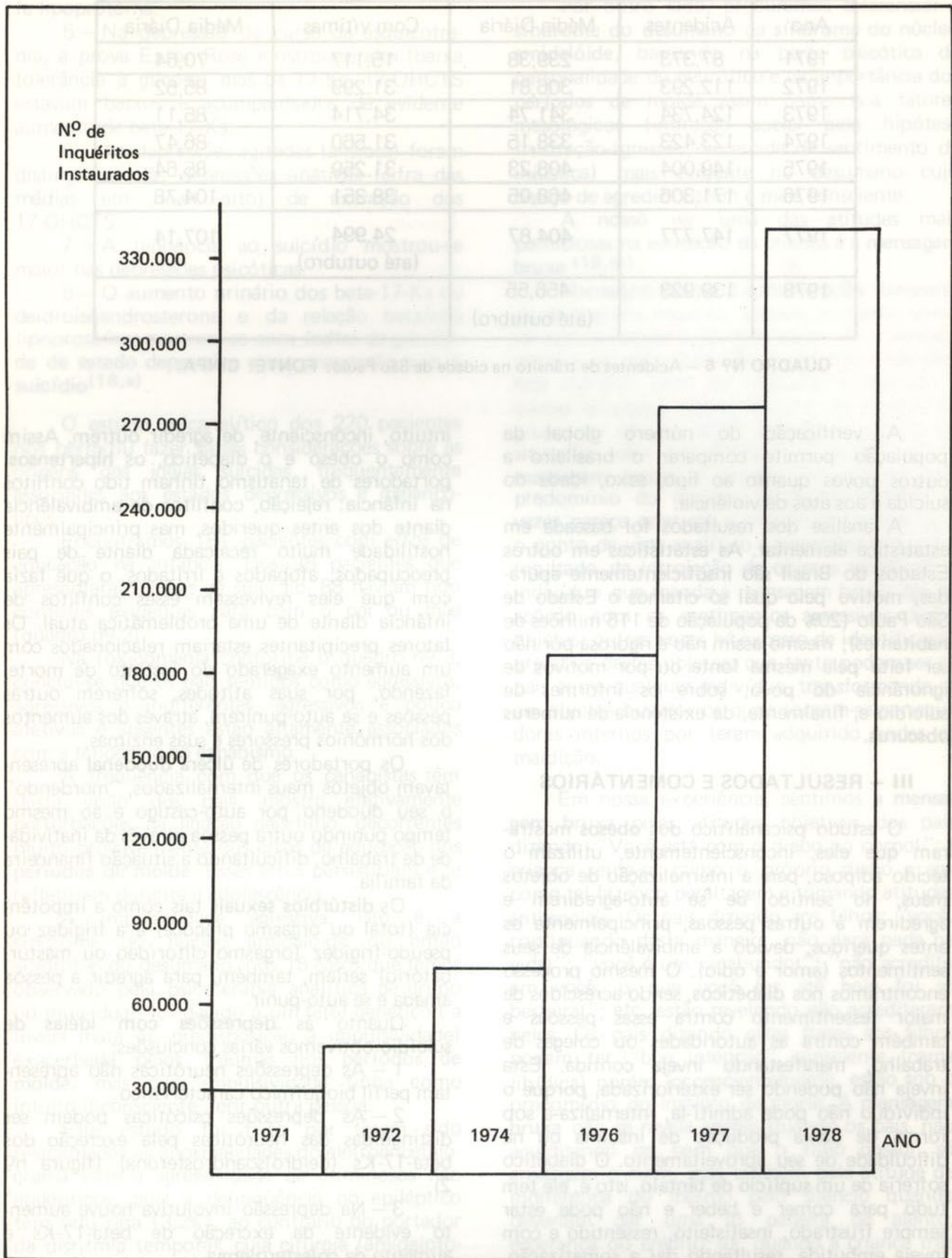


Figura 3 – Inquéritos instaurados sobre ocorrências criminosas no Estado de São Paulo. Fonte: CINFA.

Ano	Acidentes	Média Diária	Com vítimas	Média Diária
1971	87.373	239,38	15.117	70,64
1972	112.293	306,81	31.299	85,52
1973	124.734	341,74	34.714	85,11
1974	123.423	338,15	31.560	86,47
1975	149.004	408,23	31.259	85,64
1976	171.306	468,05	38.351	104,78
1977	147.777	404,87	24.994 (até outubro)	107,14
1978	139.923	456,55 (até outubro)		

QUADRO Nº 6 – Acidentes de trânsito na cidade de São Paulo: FONTE: CINFA.

A verificação do número global da população permite comparar o brasileiro a outros povos quanto ao tipo, sexo, idade do suicida e aos atos de violência.

A análise dos resultados foi baseada em estatística elementar. As estatísticas em outros Estados do Brasil são insuficientemente apuradas, motivo pelo qual só citamos o Estado de São Paulo (20% da população de 116 milhões de habitantes); mesmo assim não é rigorosa por não ser feita pela mesma fonte ou por motivos de ignorância do povo, sobre os informes de suicídio e, finalmente, da existência de *numerus obscurus*.

III – RESULTADOS E COMENTÁRIOS

O estudo psicanalítico dos **obesos** mostraram que eles, inconscientemente, utilizam o tecido adiposo, para a internalização de objetos maus, no sentido de se auto-agredirem e agredirem à outras pessoas, principalmente os entes queridos, devido a ambivalência de seus sentimentos (amor e ódio). O mesmo processo encontramos nos **diabéticos**, sendo acrescidos de maior ressentimento contra essas pessoas e também contra as autoridades ou colegas de trabalho, manifestando inveja contida. Esta inveja não podendo ser exteriorizada, porque o indivíduo não pode admiti-la, internaliza-a sob forma de baixa produção de insulina ou na dificuldade de seu aproveitamento. O diabético sofreria de um **suplício de tântalo**, isto é, ele tem tudo para comer e beber e não pode estar sempre frustrado, insatisfeito, ressentido e com inveja embutida, resultando daí a somatização. Por auto-punição, o diabético apresenta uma **doce resignação de rico pobre**, mas com o

intuito, inconsciente, de agredir outrem. Assim como o obeso e o diabético, os **hipertensos**, portadores de tanatismo tinham tido conflitos na infância: rejeição, conflitos de ambivalência diante dos entes queridos, mas principalmente hostilidade muito recalcada diante de pais preocupados, afobados e irritados, o que fazia com que eles revivessem esses conflitos de infância diante de uma problemática atual. Os fatores precipitantes estariam relacionados com um aumento exagerado do instinto de morte, fazendo, por suas atitudes, sofrerem outras pessoas e se auto-punirem, através dos aumentos dos hormônios pressores e suas enzimas.

Os portadores de **úlcera duodenal** apresentavam objetos maus internalizados, "mordendo" o seu duodeno por auto-castigo e ao mesmo tempo punindo outra pessoa através da inatividade de trabalho, dificultando a situação financeira da família.

Os **distúrbios sexuais** tais como a impotência (total ou orgasmo precoce) e a frigidez ou pseudo-frigidez (orgasmo clitorídeo ou masturbatório) seriam, também, para agredir a pessoa amada e se auto-punir.

Quanto às **depressões com idéias de suicídio** obtivemos várias conclusões:

1 – As depressões neuróticas não apresentam perfil bioquímico característico.

2 – As depressões psicóticas podem ser distingüidas das neuróticas pela excreção dos beta-17-Ks (deidroisoandrosterona) (figura nº 2).

3 – Na depressão involutiva houve aumento evidente da excreção de beta-17-Ks e aumento da colesterolemia.

4 – Na psicose maníaco-depressiva houve os seguintes aumentos: 17-Ks, beta-17-Ks,

aldosterona, 17-OHCTS, VMA e relação beta/alfa lipoproteína.

5 — Na depressão do curso da esquizofrenia, a prova Exton-Rose mostrou-se alta (baixa tolerância à glicose) mas os 17-Ks, 17-OHCTS estavam baixos e acompanhados de evidente aumento de beta-17-Ks.

6 — As depressões agitadas (ansiosa) foram distingüidas das depressões apáticas (cifra das médias em nível alto) de excreção dos 17-OHCTS.

7 — A tendência ao suicídio mostrou-se maior nas depressões psicóticas.

8 — O aumento urinário dos beta-17-Ks ou deidroisoandrosterona e da relação beta/alfa lipoproteínas mostram-se com **índice de gravidade de estado depressivo e sua propensão para o suicídio** (18,a).

O estudo psicanalítico dos 220 pacientes nos permitiu fazer várias considerações sobre as origens das idéias suicidas, freqüentemente associadas aos estados depressivos e melancólicos.

Encontramos 181 pacientes com erros de educação na infância. Dos 98 pacientes que apresentaram idéias de suicídio, 88 haviam tido conflitos evidentes para com o pai ou mãe (quadro nº 2).

Na toxicomania conforme o quadro nº 3, conclui-se que os pais sentidos como agressivos, agressivos e indiferentes, agressivos e pouco afetivos e ausentes estão altamente associados com a tendência ao **canabismo**.

A freqüência com que os canabistas têm desta visão dos pais, mostra efetivamente perturbações na ligação pais-filho, decorrentes muito provavelmente dos erros de educação nos **períodos de molde**. Esses erros persistiriam e se refletiriam durante a adolescência.

A impulsividade agressiva, isto é, a síndrome do núcleo amidalóide ou então síndrome do desumano, nos 18 casos que temos observado pela psicoterapia analítica de grupo ou individual, foi devido a um fator genético (a inveja inata ou predisposição à impulsividade) exacerbada pelos traumas nos **períodos de molde**, mas cuja impulsividade tinha como intuito inconsciente, ferir outra pessoa.

Este estudo foi feito por terem sido relacionadas as anormalidades do eletroencefalograma com a agressividade de criminosos não epiléticos, pois a delinqüência no epilético tem sido rara (3,2%), ao contrário do portador da disritmia temporal, cuja cirurgia (amidalotomia e striae-terminalotomia) tem produzido resultados animadores para os indivíduos com

impulsividade agressiva.

Por outro lado, procuramos diferenciar a **síndrome do desumano da síndrome do núcleo amidalóide**, baseando na parte psicótica da personalidade do neurótico e na importância dos **períodos de molde** assim como nos fatores mesológicos (imitação social pela hipótese frustração-agressão, acrescida de sentimento de injustiça) mais evidente no desumano cujo desejo de agredir outrem é mais consciente.

A nosso ver uma das atitudes mais perniciosas na educação da criança é a **mensagem bruxa** (18,m).

Mensagem bruxa é comunicação transmitida de maneira negativa, sentida, portanto, como censura e condenação com poder de maldição, sempre de pais para filhos. Consideramos que este conceito pode ser ampliado e aplicado a outras situações como no caso de terapia de grupo ou mesmo entre indivíduos em outras situações não terapêuticas. A nosso ver, a **mensagem bruxa** é sempre inconsciente com predomínio do instinto de morte, embora as vezes pareça estar sob a influência libídica. Sob o ponto de vista analítico a **mensagem bruxa** é o resultado da introjeção de objetos tanáticos; o indivíduo que manda a mensagem bruxa age de acordo com os sentimentos agressivos destes objetos; outras vezes há excesso de identificação projetiva destes objetos; que tanto podem ser os pais como qualquer indivíduo, transformando-os em objetos bizarros os quais tornam-se perseguidores internos por terem adquirido poder de maldição.

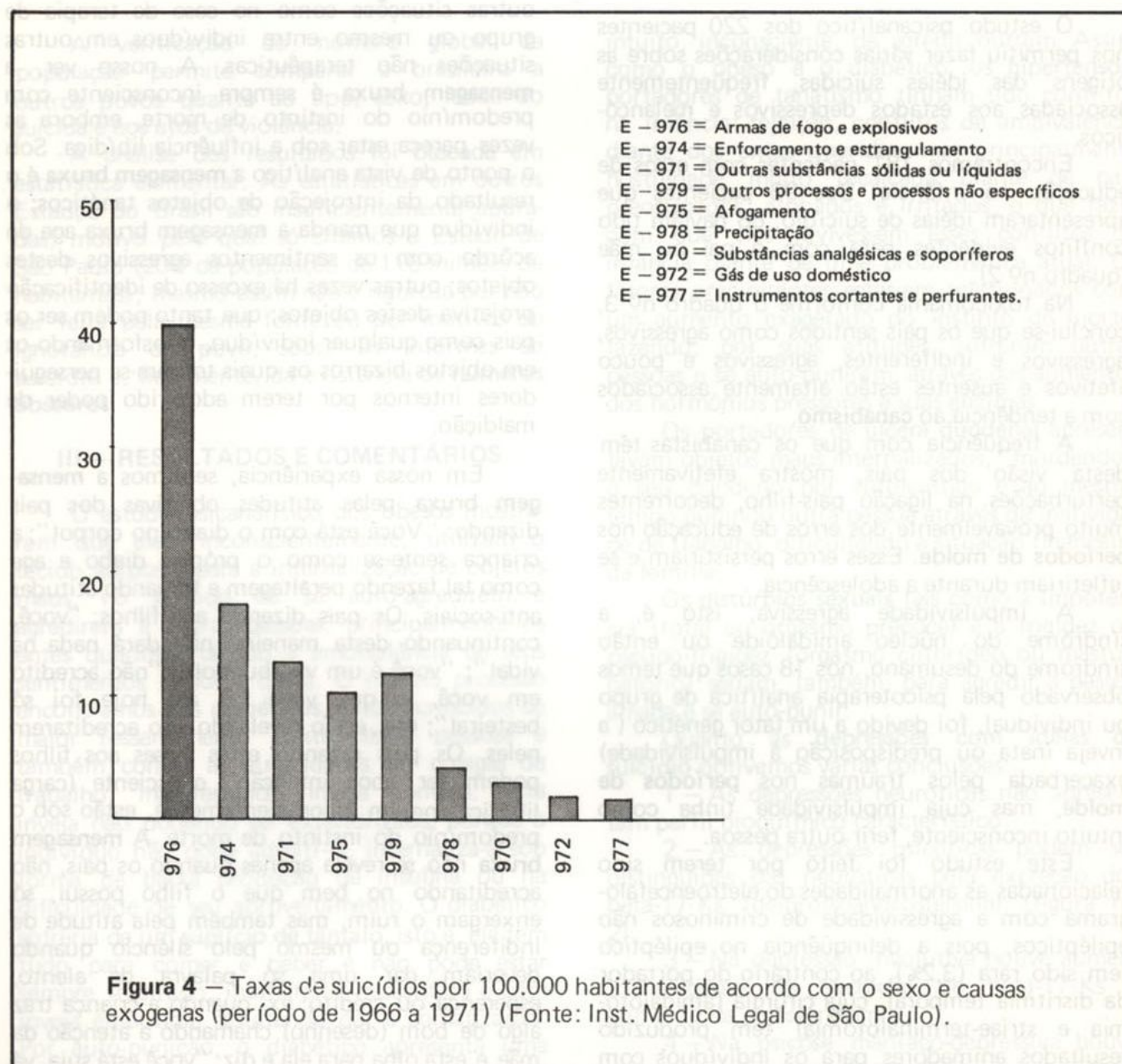
Em nossa experiência, sentimos a **mensagem bruxa** pelas atitudes objetivas dos pais dizendo: "Você está com o diabo no corpo!"; a criança sente-se como o próprio diabo e age como tal fazendo peraltagem e tomando atitudes anti-sociais. Os pais dizendo aos filhos: "você, continuando desta maneira, não dará nada na vida!"; "você é um vagabundo!"; "não acredito em você, o que você fez até hoje foi só besteira!"; etc., estão revelando não acreditarem neles. Os pais dizendo estas frases aos filhos podem ter "boa intenção" consciente (carga libídica) porém inconscientemente, estão sob o predomínio do instinto de morte. A **mensagem bruxa** não se revela apenas quando os pais, não acreditando no bem que o filho possui, só enxergam o ruim, mas também pela atitude de indiferença ou mesmo pelo silêncio quando deveriam dar uma só palavra de alento, esperança ou crédito; ex. quando a criança traz algo de bom (desenho) chamando a atenção da mãe e esta olha para ela e diz: "você está suja, vá

tomar banho que depois eu verei". A **mensagem bruxa** pode, nestas condições de indiferença, coincidir com o "duplo vínculo" de Batenson ou injunções contraditórias, conflitantes e paradoxais, como por ex. mãe visita o filho que acaba de se recuperar de colapso nervoso, quando este se aproxima ela abre os braços para recebê-lo, mas, sente "tenho medo que ele me abrace, mas não posso admiti-lo a mim mesma e a ele, assim espero que esteja demasiado doente para abraçar-me". Na verdade, transmite: "não me abrace senão eu o castigarei" e ao mesmo tempo: "se você não me abraçar, eu o castigarei". É o seduzir e rechaçar, simultaneamente, sentido mais comumente pelo esquizofrênico. Outro exemplo: "mamãe disse que a tia Amália me quer, mas tia Amália é implicante e sinto que

não me ama, se entendo o que sinto, mamãe também não me ama". É a ambigüidade gerando conflito doloroso.

Estas atitudes paternas são de extrema importância no futuro desenvolvimento da personalidade.

Conclui-se, portanto, que pais agressivos e pouco afetivos concorrem para aumentar os sentimentos de culpa produzidos pelas fantasias inconscientes e subseqüentes idéias de suicídio, levando ou não ao **tanatismo**. As estatísticas evidenciam que o suicídio consumado é mais freqüente no homem (arma de fogo 1º lugar) (fig. nº 4), sendo de 5 a 10 por cem mil habitantes e as tentativas predominam nas mulheres; o sentimento de culpa seria mais intenso nos primeiros.



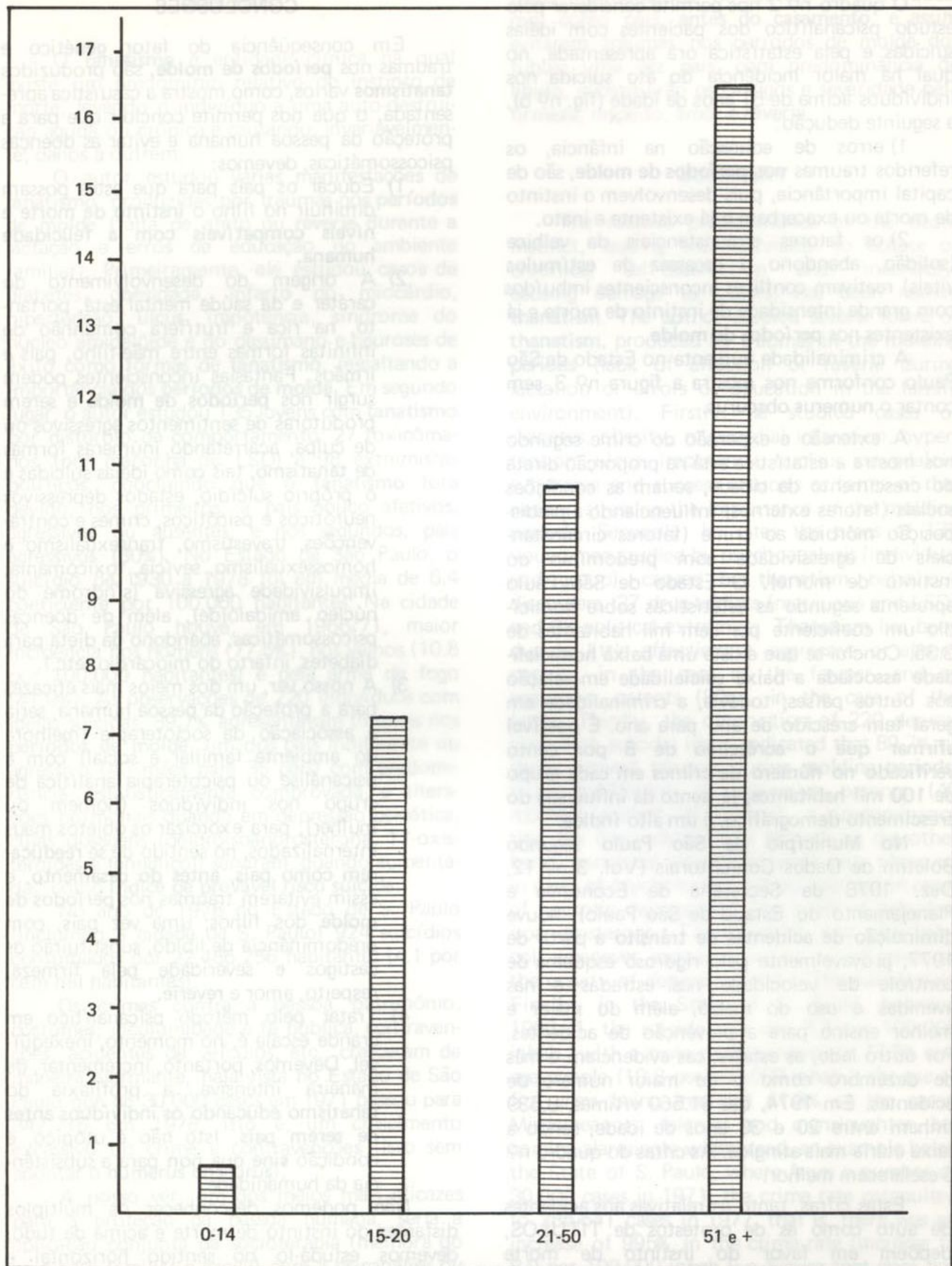


Figura 5 – Taxas de suicídios por 100.000 habitantes de acordo com a idade. (período de 1966 a 1971) Fonte: Inst. Médico Legal de São Paulo

CONCLUSÕES

O quadro nº 2 nos permite considerar pelo estudo psicanalítico dos pacientes com idéias suicidas e pela estatística ora apresentada, no qual há maior incidência do ato suicida nos indivíduos acima de 51 anos de idade (fig. nº 5), a seguinte dedução:

1) erros de educação na infância, os referidos traumas nos **períodos de molde**, são de capital importância, pois desenvolvem o instinto de morte ou exacerbam o já existente e inato.

2) os fatores circunstanciais da velhice (solidão, abandono e escassez de estímulos vitais) reativam conflitos inconscientes imbuídos com grande intensidade de instinto de morte e já existentes nos **períodos de molde**.

A criminalidade aumenta no Estado de São Paulo conforme nos mostra a figura nº 3, sem contar o **numerus obscurus**.

A extensão e expansão do crime segundo nos mostra a estatística está na proporção direta do crescimento da cidade, seriam as condições sociais (fatores externos) influenciando a predisposição mórbida ao crime (fatores circunstanciais de agressividade com predomínio do instinto de morte). O Estado de São Paulo apresenta segundo as estatísticas sobre homicídio um coeficiente por cem mil habitantes de 3.35. Conclui-se que existe uma **baixa homicialidade associada a baixa suicialidade** em relação aos outros países; todavia, a criminalidade em geral tem crescido de ano para ano. **É possível afirmar que o acréscimo de 8 por cento verificado no número de crimes em cada grupo de 100 mil habitantes, já isento da influência do crescimento demográfico, é um alto índice.**

No Município de São Paulo segundo Boletim de Dados Conjunturais (Vol. 3 nº 12, Dez. 1978 da Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo) houve **diminuição de acidentes de trânsito** a partir de 1977, provavelmente pelo rigoroso esquema de controle de velocidade nas estradas e nas avenidas e uso do metrô, além do maior e melhor ensino para a prevenção de acidentes. Por outro lado, as estatísticas evidenciam o mês de dezembro como o de maior número de acidentes. Em 1974, das 31.560 vítimas, 8.539 tinham entre 20 e 30 anos de idade, sendo a faixa etária mais atingida. As cifras do quadro nº 6 esclarecem melhor.

Estas cifras, tanto as relativas aos acidentes de auto como as de protestos de TÍTULOS, depõem em favor do instinto de morte (auto-destrutividade e hetero-agressividade, isto é, do TANATISMO que assola o povo de São Paulo).

Em consequência do fator genético e traumas nos **períodos de molde**, são produzidos **tanatismos** vários, como mostra a casuística apresentada, o que nos permite concluir que para a proteção da pessoa humana e evitar as doenças psicossomáticas, devemos:

- 1) Educar os pais para que estes possam diminuir no filho o **instinto de morte e níveis compatíveis com a felicidade humana**.
- 2) A origem do desenvolvimento do caráter e da saúde mental está, portanto, na rica e frutífera comunhão de infinitas formas entre mãe-filho, pais e irmãos. Fantasias inconscientes podem surgir nos **períodos de molde** e serem produtoras de sentimentos agressivos ou de culpa, acarretando inúmeras formas de **tanatismo**, tais como idéias suicidas e o próprio suicídio, estados depressivos neuróticos e psicóticos, crimes e contra-venções, travestismo, transexualismo e homossexualismo, sevícia, toxicomania, impulsividade agressiva (síndrome do núcleo amigdaloide), além de doenças psicossomáticas, abandono da dieta para diabetes, infarto do miocárdio, etc.).
- 3) A nosso ver, um dos meios mais eficazes para a proteção da pessoa humana, seria a associação da socioterapia (melhora do ambiente familiar e social) com a psicanálise ou psicoterapia analítica de grupo nos indivíduos (homem ou mulher), para exorcizar os objetos maus internalizados, no sentido de se **reeducarem como pais, antes do casamento**, e assim evitarem traumas nos **períodos de molde** dos filhos; uma vez pais, com predominância de libido, substituirão os castigos e severidade pela firmeza, respeito, amor e **reverie**.
- 4) Tratar pelo método psicanalítico em grande escala é, no momento, inexecutável. Devemos, portanto, incrementar, de maneira intensiva, a profilaxia do **tanatismo educando os indivíduos antes de serem pais**. Isto não é utópico, é condição **sine qua non** para a subsistência da humanidade.

Não podemos desconhecer os múltiplos disfarces do instinto de morte e acima de tudo, devemos estudá-lo no sentido horizontal e transversal, porque através dele, utilizando-o se possível, para contorná-lo, mentalizá-lo e superpujá-lo pelo instinto de vida.

SUMÁRIO

O **tanatismo** é entidade clínica na qual existe um predomínio relativo do instinto de morte, levando o indivíduo a uma auto-destruição aguda ou crônica e causando, invariavelmente, danos a outrem.

O autor estudou várias manifestações de **tanatismo**, produzidas por traumas nos **períodos de molde** (falta de afeto ou **reverie** durante a lactação e erros de educação no ambiente familiar). Primeiramente, ele estudou casos de diabetes, obesidade, infarto do miocárdio, hipertensão, **ulcus**, impotência, síndrome do núcleo amigdalóide e do desumano e neuroses de êxito como formas de **tanatismo**, ressaltando a importância dos **períodos de molde**. Em segundo lugar, o autor estudou 135 jovens com **tanatismo** por distúrbio de comportamento: 27 toxicômanos (por maconha ou LSD) e 98 extremistas políticos, concluindo que o **tanatismo** fora devido, nos primeiros, a pais pouco afetivos, agressivos ou ausentes, e nos segundos, pais agressivos (80%). No Estado de São Paulo, o suicídio de 1930 a 1978 foi em média de 6,4 coeficiente por 100.000 habitantes. Na cidade de São Paulo houve, em 1966/71, maior incidência nos homens (77,5%), nos velhos (10,8 por 100.000 habitantes) e pela arma de fogo (41,9%). As observações de 220 indivíduos com idéias suicidas, 89,7% apresentavam traumas nos **períodos de molde**, um dos pais indiferente ou agressivo (40 mães para 35 pais) com predominância, estatisticamente comprovada, e alterações hormonais quando em depressão psicótica, cujas dosagens (deidroisoandrosterona, 17-oxisteróides e fenilglicol) serviram, quando aumentadas, como **índice de provável risco suicida**.

No ano de 1976 no Estado de S. Paulo (incluindo a cidade de S. Paulo) 924 suicídios consumados por 22.486.256 habitantes (4,1 por cem mil habitantes).

Os crimes contra a pessoa, patrimônio, costumes, incolumidade e fé pública, contravenções, acidentes de veículos, etc., cresceram de maneira alarmante, haja vista no Estado de São Paulo que de 30.000 casos em 1971 passou para 347.715 em 1978, isto é, um crescimento excessivo do crime e contravenções (isto sem apontar o **numerus obscurus**).

A nosso ver, um dos meios mais eficazes para a proteção da pessoa humana, seria a aplicação conjunta da socioterapia (melhora do ambiente familiar e social) com a psicanálise ou a psicoterapia analítica de grupo nos indivíduos (homem e mulher), para exorcizar os objetos

maus internalizados, no sentido de se reeducarem como pais, **antes do casamento**, e assim evitarem traumas nos períodos de molde dos filhos; uma vez pais, com predominância de libido, substituirão os castigos e severidade pela firmeza, respeito, amor e **reverie**.

SUMMARY

The relative predominance of the death instinct, leading the individual to acute or chronic self-destruction and, invariably, causing damage to others, has been named **thanatism**. The author studied several forms of **thanatism**, produced by traumas in the **molding periods** (lack of affection or **reverie** during lactation or errors of education in the family environment). Firstly, he studied cases of diabetes, obesity, myocardial infarction, hypertension, **ulcus**, impotency, nucleus amygdaloid syndrome and success neurosis as forms of **thanatism**, stressing the importance of the **molding periods**. Secondly, he cites the cases of 135 young men studied by psychoanalysis (individual and group), caused by **thanatism**, behaviour disorders: 27 drug addicts (marijuana and LSD) and 98 political extremists. **Thanatism** has been due to little affectionate, aggressive or absent parents, in the case of the former, and to aggressive parents (80%), in the case of the latter. Thirdly, the observation of 220 depressives with suicidal ideas, indicated that 89,7% of them showed traumas during **molding periods**, from indifferent or aggressive parents (40 mothers against 35 fathers), a predominance that has been statistically proved; on the other hand, hormonal alterations were only observed in cases of psychotic depression (but not in cases of neurotic depressions), the levels of dehydroisoandrosterone, 17-oxisteroids and phenilglycol, whenever increased, served as indication of the gravity of depression and of the suicide risk. Finally, in the State of S. Paulo, between 1966-71, the suicide rate was 8.4 per 100.000 inhab., with a male predominance of 77.5% and age people (10.8 per 100.000 inhab.); the use of fire arms being involved 41.9% or the cases. Misdemeanors, felonies and manslaughter, becoming alarmingly widespread, an example being the State of S. Paulo, where from a number of 30.000 cases in 1971, the crime rate catapulted to 285.541 cases in 1977, that is, there was an increase of 995% in the crime rate (increase to 8.0 per 100.000 inhab.); a Figure that does not include the **numerus obscurus** or dark number (excluding the influency of demographic

growth, this is a very high rate). It is our view that one or the most effective ways to protect the human person would be association of social therapy leading to an improvement of the family and social environment with psychoanalysis and analytical group therapy, in order to exorcise the evil objects that have been internalized, with a view to re-education of the couple, as far as parenthood is concerned, before their marriage, thus preventing the occurrence of traumas in their children's molding periods.

SOMMAIRE

Le tanatisme est une identité clinique dans laquelle il existe une prédominance relative de l'instinct de mort, menant l'individu à une auto-destruction aigüe ou chronique et causant, invariablement, des dommages à autrui.

L'auteur a étudié plusieurs manifestations de tanatisme, produites par des traumas aux périodes de moule (manque d'affection ou rêverie pendant la lactation et erreurs d'éducation à l'ambiance familiale). Initialement, il a étudié des cas de diabète, obésité, infarctus, hypertension, ulcus, impuissance, syndromes du nucleus amigdaloidé et du inhumain et des neuroses de succès comme formes de tanatisme, relevant l'importance des périodes de moule. En suite l'auteur a étudié 135 jeunes présentant le tanatisme causé par des troubles de comportement: 27 toxicomanes (marijuana et LSD) et 98 extrémistes politiques, en arrivant à la conclusion que le tanatisme était dû, dans les premiers à des parents peu affectifs, agressifs ou absents et dans les seconds à des parents agressifs (80%). À l'état de São Paulo, le suicide de 1930 à 1979 fût observé à une moyenne de 6,4 par 100.000 habitants. À la ville de São Paulo il y a eu de 1966 à 1971 une plus grande incidence chez l'homme (77,5%), les vieillards (10,8 par 100.000 habitants) et par arme à feu (41,9%). En observant 220 individus présentant des idées suicides, 89,7% présentaient des traumas aux périodes de moule, un des parents indifférent ou agressif (40 mères et 35 pères) avec prédominance, statistiquement prouvée, et d'altérations hormonales quand en dépression psychotique, dont les dosages (dehidrosoandostérone, 17-oxisteroïdes et fenilglycol) ont servi, à des taux supérieurs, comme index de probable risque suicide.

À l'année de 1976 à l'état de São Paulo, incluant la ville de São Paulo, 924 suicides achevés par 22.486.256 habitants (4,1 par 100.000 habitants).

Les crimes contre les personnes, patrimoine, mœurs, intégrité et foi publique, contraventions, accidents automobilistiques ont augmenté de façon alarmante, comme témoignage, à l'état de São Paulo contre 30.000 cas en 1971 nous avons observé 347.715 en 1978, c'est à dire, une croissance excessive du crime et des contraventions (sans considérer le *numerus obscurus*).

Nous semble-t-il qu'un des moyens le plus efficace de protection de la personne humaine serait l'application de la sociothérapie (pour améliorer l'environnement familial et social) conjuguée à la psychothérapie analytique de groupe aux individus (homme et femme), pour conjurer les mauvais objets internalisés, afin de reeducer ce qui deviendront les parents, avant le mariage, pour éviter les traumas pendant les périodes de moule des enfants, devenant, à l'aide de la libido, des parents qui substitueront les châtiments et la sévérité par la fermeté, le respect, l'amour et la rêverie.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — ABEL, L.L.L.; LEVY, B.N.; BRODIE, B.B. & KENDAL, F.E. — Simplified method for the estimation of total cholesterol in serum — *J. Biol. Chem.* **195**: 357-366. 1952.
- 2 — AMMON, G. Das narzbtische Defizit als problem der psychoanalytischen Behandlung — *lungstchnik — Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung.* *Dynam. Psychiat.* **27**: 201-215. 1974.
- 3 — APPLEBY, J.L.; GIBSON, G.; NORBYM-BERSKI, J.K. & STUBS, R.D. — The determination of 17-hydroxycorticosteroids. *Biochim. J.* **60**: 453-360. 1955.
- 4 — BAEKER, S.B. Determination of protein bound iodine. *J. Biol. Chem.* **173**: 715-724. 1948.
- 5 — BION, W.R. Differentiation of the psychotic from the non psychotic personalities. *Int. J. Psychoanal.* **38**. 266-270. 1957.
- 6 — BOLWBY, J. Separation anxiety. *Int. Psychoanal.* **41**: 89-113. 1960.
- 7 — CHIORBOLLI, E. & MILLER DE PAIVA, L. a) Excretion of aldosterona in premenstrual tension. *Arq. Bras. Endocr. Metab.* **15**: 107-11.
- 8 — DANGERFIELD, W.G. & SMITH, E.B. An Investigation of serum lipids and lipoproteins by paper electrophoresis. *J. Clin. Path.* **8**: 132-139. 1955.

- 9 – DREKTER, F.G.; HERTER, A.; SCISMO, G.R.; STERN, S.; PEARSON, S. & MCGOVACH, T.H.; The determination of urinary steroids. The preparation of pigments free extract and simplified procedure for the estimation of total 17-kestosteroids. *J. Clin. Endocr. Metab.* **12**: 55-67. 1952.
- 10 – EXTON ROSE. One hour two dose dextrose tolerance test. *Am. J. Clin. Path.* **4**: 381-384. 1933.
- 11 – EY, H.; BERNARDO, P. & BRISSET, C.H. *Tratado de Psiquiatria*. Trad. C.R. Ogara. Edit. Toray – Masson Barcelona. 1965.
- 12 – FOTHERBY, K. Determination of urinary dehydroepiandrosterone in "Methods in Hormone Research." Edit. R.I. Dorfman. p. 6.
- 13 – FOULES, S.A. & ANTONY, E.J. "Psicoterapia analítica de grupo". Trad. D. Guerra. Edit. Paidós. Buenos Aires. 1962.
- 14 – FREUD, S. "Obras completas". Edit. Nueva Trad. L.L.B. y Torres. 3 volumes. Madrid. 1948. a) "Totem y Tabu". Vol. II pag. 19 b) Los instintos y sus destinos. Vol. I. p. 1047 c) Uma teoria sexual. Vol. I. p. 779.
- 15 – GRIMBERG, L.; LANGER, M.; & RODRIGUÉ, R. "Psicoterapia del Grupo". Edit. Paidós. Buenos Aires. 242 pgs. 1971.
- 16 – KIELHOLZ, P. Clínica, Diagnostico Diferencial y Tratamiento de los estados depresivos. *Acta. Psicosomat.* (2) Edit. Hispano-Americana Brasilea. 1961.
- 17 – KLEIN, M.; HEIMANN, P. & MONEY-KYRLE, R. "New Direction in Psychoanalysis". Tavistock Pub. London. 1955.
- 18 – MILLER DE PAIVA, L. a) Edipo de Rei Sófocles. *Rev. Brasil.* **1**: 233-236, 1967. b) O revolucionário extremista e a psicoterapia de grupo. *Med. Cult.* **21**: 97-107. 1967. c) "Medicina Psicossomática-Psicopatologia e Terapêutica". Ed. Artes Médicas. S.P. 860 pgs. 1966. d) Psychoanalytical studies on the causes of intoxication by marijuana. *Int. J. Addiction* **14** (5), 729-733. 1979. e) Studi psychosomatici delle depressione neurotiche e psychotiche in "Therapy in psychosomatic". Edit. L. Pozzi. Roma. 1975. Vol. nº 2 (symposi) pgs. 461-469. f) Suicide and attempted suicide. Etiopathogenic and Statistical Study. VI Int. Congress on Suicide Prevention, Mexico. 5 VII, 1971. g) Etiopathogeny of sexual identity disorders. Application of the Concept of Mahler, Klein, Bicudo, Ammon and Cesio in transsexuality and transvestitis. *Dynam. Psychiat* (Berlin) **47**: 448-458. 1977. h) Phases of psychosexual evolution in group. Attempt to dismantle the combined figure, *Dynam. Psychiat* (Berlin) **46**: 387-405. 1977. i) Figura combinada, esquizofisiologia e epilepsia (fatores psicossomáticos e psicanalíticos de epilepsia) *O Hospital* **72**: 193-218, 1967. j) Psicoses endógenas: doença endócrina e auto-imune. A importância dos "períodos de molde" como fatores desencadeantes. *A Folha Med.* **55**: 119-135, 1967. k) Analytical Forum – Analytical group therapy and psychiatric rear guard action. *GAIPAC* (London) **4**: 82-87, 1971. l) Abwehrmechanismen in der therapeutischen Gruppe. Die introjektive Identifikation mit den thanatotischen Objekt. *Dynamische Psych.* **21**: 238-248. 1973. m) Witsh message in group therapy. *Gaipac* (London) **7**: 84-86. 1975.
- 19 – MEYER-GROSS, STATER e ROTH. "Psiquiatria Clínica". Trad. C. Martins-Edit. M. Jou. S. Paulo, 1972.
- 20 – RODRIGUES, A.C.; MILLER DE PAIVA, L.; ALMEIDA, M.; COATES, V.; IAZETTI, A. e AGOSTINHO, G. – Aspectos médico-legais das sevícias em crianças, psicopatologia do filicídio. Apresentado ao IV Congresso Brasil. Med. Leg. S. Paulo, 8/12/74.
- 21 – ROF CARBALLO, J. – "Biologia y Psicanalisis". Edit. D. Brouwer, Bilbas, 1972.
- 22 – RUTANEN, E. – Psychosurgery and neuropsychology, *Psychiatry Fennica*. Year Book. 1974. p. 23-41.

IDADE DA PRIMEIRA CONJUNÇÃO CARNAL*

Wilmes Roberto Gonçalves Teixeira**

O Código Penal ao proteger a virgindade da mulher brasileira na faixa etária dos 14 aos 18 anos é freqüentemente comentado como anacrônico pois muitos já não acreditam tanto na castidade de moças dessa idade.

Esse fato é objeto de muita controvérsia porque as opiniões são geralmente subjetivas e não calcadas em elementos informativos fidedignos. Tem-se a impressão sobre um fato mas não se dispõe de números tomados com rigor e que comprovem essa impressão. Por outro lado, na clínica ginecológica de consultório, temos comumente examinado moças da citada faixa etária — e também acima dela — portadoras de integridade himenal.

Ocorreu-nos, então, proceder à uma pesquisa sobre este tema, no campo ginecológico, e afastada, portanto, do ambiente médico-legal onde, por motivos óbvios, muitas vezes as pacientes não relatam a verdade, dissimulando ou simulando fatos nas informações.

Efetuamos, assim, um levantamento nos prontuários da Unidade de Prevenção do Câncer Ginecológico, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes, serviço que organizamos e dirigimos, de 1973 até 1975. Nesse serviço, dentre as perguntas rotineiras — dada sua importância na epidemiologia do câncer cervical — incluía-se uma que indagava em que idade a paciente havia mantido conjunção carnal pela primeira vez, ou seja, a data do defloramento. Essa pergunta era feita com os necessários cuidados éticos e clínicos, e sua anotação correspondia sempre a um bom grau de confiabilidade, porque a maioria das pacientes foi examinada pessoalmente pelo autor ou sob sua direta supervisão.

Esse levantamento é demonstrado no Quadro I:

QUADRO I — Idade da primeira conjunção carnal.

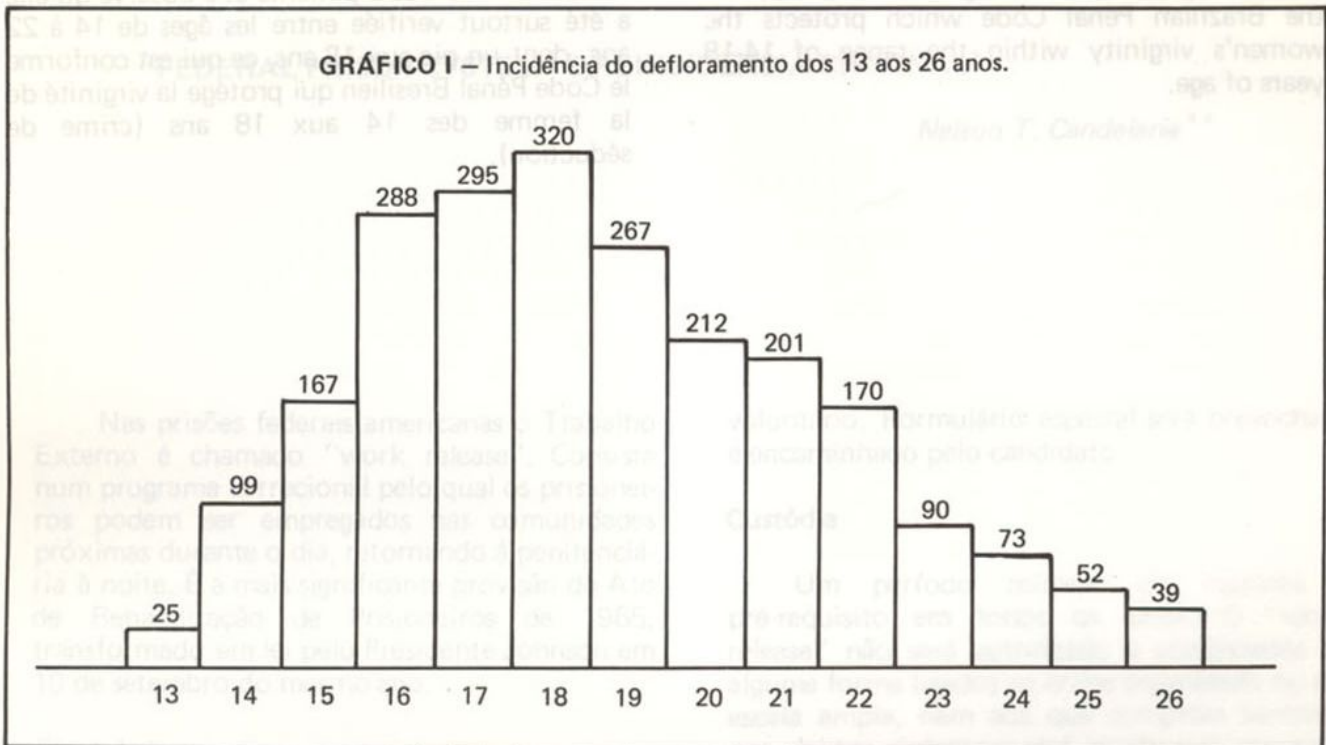
IDADE	NÚMERO DE PACIENTES	PORCENTAGEM
8	1	0,04
9	1	0,04
11	4	0,45
12	20	0,83
13	25	1,04
14	99	4,13
15	167	6,96
16	288	12,02
17	295	12,31
18	320	13,35
19	267	11,14
20	212	8,84
21	201	8,38
22	170	7,09
23	90	3,75
24	73	3,04
25	52	2,17
26	39	1,62
27	17	0,70
28	14	0,58
29	11	0,45
30	5	0,20
31	11	0,45
32	1	0,04
33	8	0,33
34	3	0,12
35	2	0,08
TOTAL	2.396	100,00

* Nota Prévia de trabalho apresentado como Tema Livre no V Congresso Brasileiro de Medicina Legal — Belo Horizonte, 1978.

** Professor Titular Livre-Docente de Medicina Legal e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes. Professor Titular de Medicina Legal da Faculdade de Direito da Federação das Faculdades Braz Cubas. Médico Legista Chefe, Mogi das Cruzes.

Os números mais expressivos desse quadro podem ser apreciados de maneira mais didática no Gráfico I:

GRÁFICO I – Incidência do defloramento dos 13 aos 26 anos.



O quadro e gráfico apresentados indicam as idades nas quais incidiu o defloramento nas pacientes da amostra estudada, entre as idades limites de oito a 35 anos, concentrando-se na faixa dos 14 aos 22 e, com maior expressividade, na dos 16 aos 19, particularmente aos 18 anos (completados), idade correspondente ao pico da mencionada incidência. É preciso assinalar que o nível sócio-econômico predominante da amostra estudada era baixo, ou seja, o mesmo das pacientes que habitualmente representam nas Delegacias de Polícia com respeito ao crime de sedução. Não localizamos estudos semelhantes para efeito de comentários comparativos.

CONCLUSÃO

Com base neste levantamento, procedido na expressiva casuística de 2.396 mulheres, examinadas no período de 1973-1975, efetuado em ambiente clínico-ginecológico — o que equivale a dizer que as informações correspondentes merecem boa confiabilidade — constatamos que, nelas, a data de defloramento ocorreu, com maior frequência, entre os 14 e 22 anos, principalmente entre os 16 e 19 anos, com pico

situado após completados os 18 anos.

Achamos que por estar a mulher brasileira mais sujeita à primeira conjunção carnal nas idades apontadas, conforme mostra esta pesquisa, os números indicados se constituem num importante subsídio para aplicações criminológicas e reflexões sobre a validade do correspondente diploma legal, tendo em vista críticas habitualmente feitas ao nosso Código Penal por tutelar a virgindade da mulher na faixa etária dos 14 aos 18 anos, no que respeita ao crime de sedução.

SUMÁRIO

O autor estudou a idade do defloramento numa amostra de 2.396 pacientes e observou que ela incidiu na faixa de idade dos 14 aos 22 anos, com o pico aos 18 anos, com o que é conforme o Código Penal Brasileiro que protege a virgindade da mulher na faixa dos 14 aos 18 anos de idade (crime de sedução).

SUMMARY

The author studied the age in which sexual

"FEDERAL PRISON SYSTEM" E REINCIDÊNCIA CRIMINAL*

Nelson T. Candelaria**

Nas prisões federais americanas o Trabalho Externo é chamado "work release". Consiste num programa correcional pelo qual os prisioneiros podem ser empregados nas comunidades próximas durante o dia, retornando à penitenciária à noite. É a mais significativa provisão do Ato de Reabilitação de Prisioneiros de 1965, transformado em lei pelo Presidente Johnson em 10 de setembro do mesmo ano.

Finalidade

O "work release" tem múltiplas aplicações:

- a) como instrumento de preparo para a liberação, proporciona oportunidades aos prisioneiros que, segundo parecer da Comissão de Classificação, necessitam treinamento de transição para a vida comunitária;
- b) complementa objetivos específicos da reeducação realizada no interior dos estabelecimentos penais;
- c) poderá ser alternativa especialmente útil no preenchimento de claros na indústria privada ou recompensa de serviços meritorios executados por prisioneiros cujos familiares têm problemas financeiros;
- d) é recurso eficaz para aumentar o pecúlio do condenado, assim atenuando dificuldades imediatas do egresso.

Condições

A primeira condição é o seu caráter

voluntário. Formulário especial será preenchido e encaminhado pelo candidato.

Custódia

Um período mínimo de custódia é pré-requisito em todos os casos. O "work release" não será autorizado a condenados de alguma forma ligados ao crime organizado ou em escala ampla, nem aos que cumprem sentença por delitos violentos; será igualmente recusado àqueles cuja presença na comunidade possa evocar reação pública desfavorável.

Condição Física

O candidato ao "work release" deve ter saúde perfeita. Todavia esta exigência não exclui a possibilidade de portador de deformidade física ser aproveitado em emprego, na comunidade, adequado à sua capacidade.

Comportamento e fatores emocionais: candidatos com desajustamentos emocionais ou de personalidade, bem como os agressivos e turbulentos, serão excluídos. Entretanto, o "work release" poderá ser aconselhado, em circunstâncias excepcionais e limitadas, a prisioneiros mental ou emocionalmente retardados, isentos de periculosidade, sempre que se tornar aparente que o emprego comunitário possa contribuir vantajosamente no reajustamento social subsequente à liberação.

* Pesquisa realizada pelo A. nos Estados Unidos; "Federal Prison System" é a designação recentemente aplicada ao antigo "Federal Bureau of Prisons".

** Superintendente do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo — IMESC —, Professor-Assistente de Psicopatologia Forense e de Criminologia na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — Departamento do Prof. Armando Canger Rodrigues, Titular de Medicina Legal.

Oportunidade

O "work release" não é um "status" destinado sumariamente a todos aqueles tecnicamente "capazes". Deverá existir estrita indicação para as oportunidades e responsabilidades que o programa provê. Este julgamento será feito pela Comissão de Classificação, relacionado ao período final da pena, às necessidades familiares e outras circunstâncias individuais em que o "work release" seja de real valor. As decisões nos casos de necessidades familiares somente serão tomadas após verificação de sua procedência.

Residência

Será dada preferência aos candidatos residentes nas vizinhanças da instituição penal quando o número de pretendentes ultrapassar o de colocações disponíveis. Não se trata, porém, de exclusão dos demais. Esta preferência será também respeitada quando houver conveniência em soltar um prisioneiro em determinada região. Certos itens serão ponderados cuidadosamente:

- a) é de se esperar que numerosos prisioneiros e seus empregadores queiram continuar a relação de emprego após a conclusão da pena;
- b) nenhuma comunidade tolerará sua transformação em "refúgio" de criminosos;
- c) haverá ocasiões em que o aproveitamento de um sentenciado em determinadas funções aconselhará sua transferência para outra prisão;
- d) será obtida a cooperação dos funcionários supervisores toda vez que se imponha vigilância dos condenados em seus empregos.

Tipos de Trabalho

Não devem ser feitas restrições no que concerne à natureza do trabalho. Espera-se que o gênero escolhido seja o que melhor satisfaça à finalidade do programa, consistente com o fato de que o empregado ainda se encontra em custódia. O critério de escolha incluirá a experiência anterior do pretendente, o treinamento a que foi submetido na prisão e a conveniência de se evitar soluções de continuidade após a soltura. O desequilíbrio entre salários e despesas aconselha a eliminação de empregos temporários, intermitentes ou de tempo parcial.

Cada oferta de emprego será investigada para determinar-se se atende integralmente aos objetivos do "work release". Embora não seja

um contrato de trabalho convencional, deve ficar bem claro que existem responsabilidades mútuas. Estas se justificam porque, não obstante assalariado, o empregado acha-se legalmente sob custódia e o estatuto do "work release" tem propósitos específicos de reintegração do homem na sociedade.

É imperativo evitar a exploração do trabalhador a todo custo. Especialmente no que se refere à remuneração do trabalho, que não deve ser inferior ao salário dos que desempenham tarefas equivalentes. Tais considerações aplicam-se igualmente às condições do trabalho. Os prisioneiros não poderão ser utilizados na reposição de mão de obra durante movimentos grevistas.

Dentro de limites razoáveis de conveniência, o "work release" não ficará restrito às horas "normais" de trabalho. Sempre que houver transporte adequado, não devem ser criadas dificuldades a horários diferentes ou horas extras.

Inexistência ou Insuficiência de Empregos

Em tais eventualidades poderá ser recomendada a transferência do sentenciado a estabelecimento onde o "work release" seja exequível, posto que outras condições de elegibilidade sejam satisfeitas.

Participação nas Despesas

Os prisioneiros do "work release" pagam sua parte no custo do transporte. Receberão indumentária adequada ao tipo e local de trabalho, e adquirirão com seus próprios recursos vestuário suplementar e muda de roupa. Tais compras podem ser feitas através dos setores encarregados da penitenciária ou diretamente, em dinheiro, nas casas comerciais.

Pagarão ainda ao estabelecimento penal despesas de alojamento e alimentação que aí recebem, bem como outros serviços normalmente oferecidos às populações carcerárias.

Estão obrigados a impostos e taxas sobre salários devidos por qualquer outro empregado. De igual modo satisfarão encargos trabalhistas previdenciários e sindicais. Não podem, contudo, abrir contas bancárias ou efetuar compras a prazo a não ser que o Diretor especificamente conceda autorização.

Financiamento

Prisioneiros sem recursos financeiros, quan-

do autorizados pelo Diretor, receberão adiantamento em dinheiro até o teto de US\$ 100,00 (cem dólares) para fazer face a despesas de vestuário e outras necessidades até que recebam o primeiro salário. Este empréstimo será compensado em parcelas mensais.

Segregação e Atividades Internas

Enquanto permanecem na penitenciária, fora das horas de trabalho, os componentes do "work release" participam das mesmas atividades institucionais que os demais recolhidos nas unidades de honra e de pré-libertação.

Na maior extensão possível, orientação e conselho ser-lhes-ão dispensados. Tais medidas serão freqüentemente necessárias em função de problemas decorrentes do emprego e condições de trabalho, além daqueles normalmente ligados a assuntos pessoais e familiares.

Tais sentenciados vivem em pavilhões especialmente designados. Estes serão preferentemente localizados fora da área de segurança; onde isto for impossível, uma seção de honra especial será organizada.

Não há, porém, regalias para eventuais fugitivos; serão tratados como se tivessem escapado das próprias unidades de segurança.

Inclusão no "work release"

Somente o Diretor ou Superintendente tem poder de incluir e excluir um prisioneiro do "work release", conforme parecer da Comissão de Classificação.

SUMÁRIO

O autor destaca o papel relevante do trabalho externo na empresa privada durante o dia, retornando à Penitenciária à noite, no sistema federal de prisões americanas.

Considera ainda o autor, que esta possibilidade deva ser estendida ao regime fechado brasileiro, mediante modificação da legislação penal.

O resultado previsto será, sem sombra de dúvida, sensível diminuição dos índices de reincidência criminal. O sucesso da experiência americana, bem como critérios rigorosos na avaliação das medidas de reabilitação penal aconselham sua introdução no regime fechado — principalmente para sentenciados em final de sentença.

Acredita, além disso, que a colocação do condenado na empresa privada deva ser até

mesmo considerada obrigatória para os liberandos condicionais e pré-egressos, pelos seguintes motivos principais:

- a) permitirá efetiva observação do desempenho do empregado em suas tarefas cotidianas, tornando-lhe assim possível ganhar a confiança do empregador;
- b) em consequência do exposto, criar-se-á vínculo empregatício estável;
- c) desempregados, o liberado e o egresso sentir-se-ão praticamente compelidos a delinquir novamente.

Eis porque o autor vem aconselhando a revogação da segunda parte do § 2º do Art. 30 do Código Penal, onde o trabalho externo no regime fechado é limitado a serviços ou obras públicas, sob vigilância do pessoal penitenciário.

Será conveniente que nas instalações das penitenciárias seja reservada uma unidade destinada exclusivamente aos integrantes do trabalho externo, onde a segregação os proteja contra as pressões a que invariavelmente ficariam expostos no seio da população carcerária.

SUMMARY

The author points out the relevant role of work release at private companies during the day, with a return to the Penitentiary at night, under the United States federal prison system.

The author also ponders that such a possibility should be extended to the closed Brazilian system, pursuant to a modification in the country's penal laws.

The forecast results would undoubtedly be a significant decrease in criminal relapse rates.

The successful American experience, as well as strict criteria in evaluating penal rehabilitation measures, warrant its introduction in the closed system — particularly as regards convicts serving the final part of their sentences.

Furthermore, he believes that the placement of convicts at private companies should even be considered as mandatory for those released on parole or about to be released, for the following major reasons:

- a) it will allow for actual observation of the employee's performance in his daily tasks, thereby making it possible for him to earn the employer's trust;
- b) as a consequence of the above, a stable employment relationship would be created;
- c) if unemployed, both ex-convicts and those on parole will practically feel compelled to go into a life of crime again.

Hence the author's advocating, lately, the revocation of the second part of § 2 of Art. 30 of the Criminal Code, where work release under a closed system is limited to public service or works under the surveillance of penitentiary personnel.

It would be desirable for the penitentiary facilities to have a reserved unit intended exclusively for those under work release, where segregation would protect them against the pressures to which they would naturally be exposed in the midst of the penal institution's population.

SOMMAIRE

L'auteur relève l'important rôle du travail extérieur à d'entreprises privées pendant la journée, retournant à la penitencerie le soir, au système fédérale des prisons américaines.

Il considère aussi que cette possibilité devrait se répandre au régime fermé brésilien, par la modification de la législation pénale.

Le résultat prévu sera, sans aucun doute, une sensible diminution des indices de récidive criminale.

Le succès de l'expérience américaine, bien comme des rigoureux criteriums d'évaluation des mesures de réhabilitation pénale conseillent son

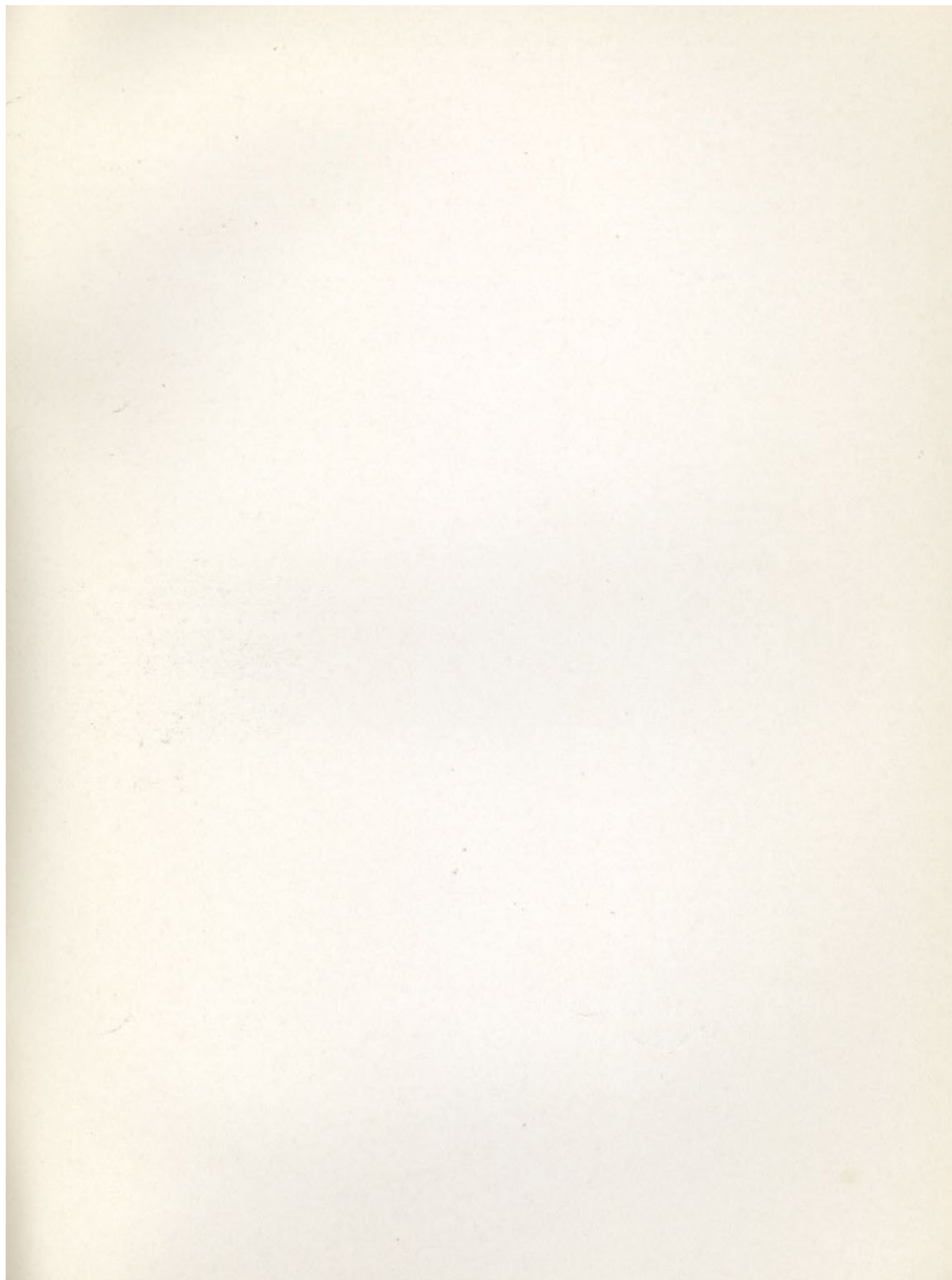
introduction au régime fermé, surtout pour les prisonniers en fin de sentence.

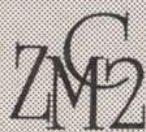
Il croit aussi que l'introduction du condamné à l'entreprise privée doit être considérée obligatoire pour les libérés conditionnellement ou les prisonniers en fin de sentence par les suivants motifs:

- a) Elle permettra l'effective observation du condamné quant à l'accomplissement de ses devoirs quotidiens, lui permettant de gagner la confiance de son employeur.
- b) Comme conséquence de l'exposé, il y aura des conditions de ce créer un lien d'emploi assuré.
- c) Chômeurs, le libéré et l'issu se sentiront pratiquement forcés à la réincidence.

Voici pourquoi l'auteur conseille la révocation de la deuxième partie du § 2º de l'Article 30 du Code Penal, où le travail extérieur au régime fermé est réservé à des services ou travaux publics, sous vigilance du personnel de la prison.

Il serait convenient qu'aux installations des prisons soit réservée une unité destinée exclusivement à ceux qui travaillent à l'extérieur pour les protéger contre les pressions auxquelles ils seraient invariablement exposés au sein de la population de la prison.





Composição e Impressão :
ZMC2 - PROMOÇÕES, PROPAGANDA E PUBLICAÇÕES LTDA.
Rue Fradique Coutinho, 825
SÃO PAULO - SP