

"Não é sempre fácil ser absolutamente exato

quando é necessário ser breve."

Sigmund Freud

Contextos Sócio-Histórico e Cultural

Podemos dizer, com alguma segurança, que a disseminação do uso de determinadas substâncias -e, por sua vez, a transformação deste uso em abuso - está intimamente ligada ao estabelecimento da produção em larga escala de medicamentos e outras panacéias. A trajetória de duas substâncias e um produto muito famosos pode ser usada como exemplo

A descoberta da codeína (1831) e da diacetilmorfina (1874) veio como resultado dos esforços empreendidos pelos químicos e farmacêuticos de então, que já buscavam um substituto eficaz para a morfina, descoberta por volta de 1803 por Sertuner. Contudo, a capacidade desta última em criar comportamento aditivo trazia problemas, o que já tinha sido apontado e reconhecido pelos médicos da época.

Este interesse na morfina tinha propósitos comerciais definidos e envolvia não apenas a (até agora) insuperável capacidade analgésica dos opiáceos, mas também o seu efeito sedativo sobre o sistema respiratório, numa época em que a tuberculose e os processos pneumônicos figuravam entre as principais causas de mortalidade.

Posteriormente, em 1898, o farmacologista Heinrich Dreser relatou para Friedrich Bayer & Cia. de Elberfeld, Alemanha, uma série de experimentos que ele havia conduzido com a diacetilmorfina. Registrou então que a droga era altamente eficaz no tratamento da tosse e

1 Medico sanitaria, pesquisador do NEPADNERJ, doutorando em Saude Coletiva na UNICAMP

2 Resumo da Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva (UERJ)

de outros desconfortos provocados pelas doenças pulmonares. Tais pareceres favoráveis incentivaram o laboratório Bayer a produzir e comercializar a diacetilmorfina com o nome de Heroína, assim batizada a partir do termo germânico *heroich*, que significa heróico, poderoso.

A história do uso de cocaína na América evoluiu mais rapidamente do que a dos opiáceos, contudo segue uma trama parecida. Em 1884, a cocaína pura já estava disponível para comercialização. Um ano após a sua introdução no mercado, a cocaína era vendida pelo laboratório Parke-Davis sob nada menos que quinze diferentes formas, incluindo cigarros, injetável e para ser aspirada. Além do Parke-Davis, outras companhias ofereciam kits sofisticados de cocaína, que incluíam até seringas hipodérmicas. A empresa orgulhosamente anunciava seu produto apregoando que "substitui a comida, torna o fraco corajoso, o silencioso loquaz e torna a dor suportável".

No final do século XIX, Angelo Mariani, após importar toneladas de folha de coca do Peru, produziu um extrato que, misturado ao vinho comum, gerou o "Vinho de Coca Mariani". Esta bebida tornou-se um sucesso imediato, com a sua publicidade apregoando que o produto libertava o corpo do cansaço, elevando o espírito, criando uma sensação de bem-estar. A fama conferida por seu vinho levou Mariani a ser condecorado com uma medalha pelo Papa Leão XII, um reconhecido adepto da bebida. Do outro lado do oceano, John Pemberton de Atlanta, Geórgia, comerciante de uma série de panacéias para males do fígado e problemas respiratórios, observando o sucesso do vinho Mariani, desenvolveu, em 1885, um novo produto ao qual denominou "Vinho Francês de Coca - o estimulante e tônico dos nervos", conforme slogan próprio. Pouco tempo depois, Pemberton modificou a fórmula de seu medicamento, transformando-o numa bebida soft, que foi rebatizada como Coca-Cola. Até 1903, a Coca-Cola era basicamente vinho de coca. A partir daí foi novamente modificada, perdendo então os extratos de folha de coca e mantendo apenas o seu sabor característico.

Após alguns anos, numa tentativa de controlar a comercialização e o uso desenfreado de drogas, surgiram nos Estados Unidos o Harrison Act e a chamada Lei Seca (1918), uma Emenda Constitucional que vigorou até 1933. Esta última ocasionou, como reflexo, um aumento notável na criminalidade. A revogação da Emenda foi um duro golpe no movimento de temperança e mostrou a irreversibilidade de uma sociedade totalmente abstêmia.

Determinados períodos de uso/abuso de substâncias podem ser considerados como **ciclo da droga**, conceituado como período sócio-histórico, tempo-dependente, no qual uma nova droga ou um modo "inovador" de utilização de uma droga é introduzido e adotado por grande número de pessoas. Seu uso institucionaliza-se em certos segmentos da população. O abuso de drogas é bastante influenciado por surtos nos quais pessoas consideradas de alto risco iniciam seu uso e tornam-se usuárias regulares de drogas específicas, até que, após um determinado período, este uso fique institucionalizado; as populações não-usuárias tendem a se ajustar à presença das usuárias e a seus novos padrões de consumo. Um ciclo da droga envolve tipicamente uma substância específica (maconha, cocaína) ou uma nova forma de uso (ex.: fumar a cocaína sob a forma de crack), que não existia ou era muito rara antes de sua introdução.

A nova droga é usada paralela ou concomitantemente a outras drogas (álcool e cocaína). Um ciclo da droga tem quatro fases principais:

1. **Fase de iniciação e expansão:** grande número de pessoas tidas como de alto risco é apresentado à substância e torna-se usuário regular ou dependente dela. Tal fato cria forte

demanda pela droga e, em contrapartida, expande-se o número de pessoas que a vendem (legal ou ilegalmente), com grande retorno econômico.

2. **Fase de pico:** ocorre quando são alcançadas as maiores proporções de pessoas usando e/ou distribuindo a substância.

3. **Fase de declínio:** começa quando menores proporções (comparadas aos anos anteriores) de neófitos iniciam o uso de uma determinada droga e/ou quando usuários regulares reduzem seu consumo, diminuindo assim a demanda e o retorno de ganho dos distribuidores.

4. **Fase de persistência:** ocorre quando proporções consideráveis de usuários de uma determinada droga não desistem mas mantêm os padrões de uso institucionalizados nas fases 1 e 2 durante a maior parte de sua vida adulta. As fases de declínio e persistência geralmente ocorrem juntas e estendem-se por muitos anos após terminada a fase de pico. Portanto, o período de tempo que define um ciclo da droga compreende aqueles anos nos quais há um aumento importante no consumo até o momento em que a fase de pico termina (i.e., quando ocorre um declínio na iniciação).

A faixa etária típica em que ocorre o início de consumo regular/abuso para a maioria das drogas é a adolescência e os primeiros anos da segunda década de vida. Quando a proporção daqueles que iniciam o uso de drogas na altura dos dezoito anos continua a crescer durante sucessivos anos, podemos dizer que está ocorrendo uma fase de expansão. Se a proporção daqueles que iniciam e permanecem como usuários regulares na faixa dos dezoito anos de idade se mantém estável por sucessivos anos, a fase de pico pode ter sido atingida. Se a proporção daqueles que iniciam ou aderem ao uso regular por volta dos dezoito anos diminui por sucessivos anos, a fase de declínio do ciclo da droga pode ter sido atingida. Se apenas alguns ou uma proporção muito pequena de indivíduos iniciam o uso na faixa dos dezoito anos (quando outros indivíduos o fizeram anos antes), um ciclo da droga pode estar fechado.

Parece-nos óbvio que qualquer eventual sucesso nas medidas de prevenção (primária, secundária ou terciária) ao abuso de drogas tem de levar em consideração o diversificado mecanismo de forças entre o indivíduo e a comunidade à qual ele pertence.

Há uma relação dinâmica que, desafiando o esforço de vários pesquisadores, não se associa tão-somente à unicausalidade da doença mental, aos desvios de conduta ou à marginalidade, entre outras tentativas de compreensão do fenômeno abuso de drogas.

Nesse sentido, vale mencionar a experiência dos que estudaram a questão do consumo de drogas à luz da antropologia social. Ao examinarmos o uso de substâncias psicoativas, a partir da observação das sociedades complexas contemporâneas, o quadro vislumbrado traz conclusões interessantes. A categoria **drogado** ("acusação") só é homogênea e descontínua em relação ao universo externo (não-drogados), a partir de um olhar superficial e ligeiro. Há um pensamento generalizado de que o assim chamado "mundo das drogas e dos drogados" é um conjunto de pessoas e hábitos, homogêneos, a partir de um padrão (norma) criado pelos não-drogados. Este conjunto seria definido simplesmente levando-se em consideração o fato de o sujeito ter em algum momento interagido com uma substância psicoativa ilícita. Desta forma, esta interação seria um primeiro passo em direção a uma escalada inevitável de consumo, passando de drogas mais leves para as mais pesadas, além de um afastamento gradual dos padrões sociais de comportamento ditos "normais". Evidentemente, na prática, isto não acontece na maioria das vezes.

Outra tendência marcante dentre os estudiosos da questão **abuso de drogas** é a utilização de conceitos oriundos das diversas correntes da psicologia e da psicanálise. Muitos autores focalizam instâncias tais como "fraqueza do ego", "superego insuficiente" e "inadequada identificação masculina", sugerindo a noção de predisposição psicológica ao abuso de drogas; em outras palavras, uma personalidade aditiva. Esses fatores predisponentes estariam ligados ao núcleo familiar e à relação com os pais. Se estes eram superprotetores ou negligentes, a criança teria um desenvolvimento inadequado. Como resultado, o jovem vivenciaria muitas dificuldades na tentativa de cooptar com as vicissitudes da vida. Este jovem seria mais propenso a utilizar drogas do que outro qualquer que tivesse crescido numa família mais convencional.

Diz-se que as características sociodemográficas, ambientais, de personalidade, das relações interpessoais de um indivíduo, assim como outras de origens diversas, são fatores vinculados ao risco de uso, abuso e dependência de drogas por adolescentes. São assinalados a seguir dez fatores de risco que constituem um resumo da literatura: baixo desempenho acadêmico, falta de prática religiosa, psicopatologia, desvio de conduta, busca de sensações, uso precoce de álcool, baixa auto-estima, relacionamento difícil com os pais, uso de drogas pelos amigos e por adultos (ambos conhecidos pelo estudante).

É bom também evitar a conotação rigidamente preventivista que caracteriza o discurso médico fundamentado no uso inapropriado do modelo epidemiológico das doenças infecciosas. Tal modelo, cuja transposição a um momento diverso esvazia-o de sua cientificidade, vem servindo de alicerce a uma série de desdobramentos de cunho moral e policial, conforme exposto por MORGADO (1983): "(...) a lógica empregada pelos países que têm algum consumo de drogas é a mesma do Regulamento Sanitário Internacional (...) e verifica-se que as categorias de reservatório do agente, rotas e vetor, são perfeitamente identificáveis nessas políticas".

Sem dúvida, a categoria de reservatório ou "rota natural de tráfico" tem sido sistematicamente aplicada a nosso país e a outros países da América Latina pelas nações do Primeiro Mundo. Devemos levar em consideração, em termos de política internacional, a possibilidade de que países como a Bolívia e a Colômbia, conhecidamente grandes produtores de folhas de coca e cocaína, estejam à mercê de sanções várias ou até mesmo uma invasão militar, que seriam plenamente justificadas e aceitas pela comunidade mundial, com o intuito de "erradicar" o "grande mal" do abuso de drogas.

Conceituação de Termos

É importante que a partir da discussão iniciada sejam esclarecidos os critérios que norteiam a conceituação de alguns dos termos utilizados no estudo e pesquisa do abuso de drogas. Inicialmente procurarei evitar a discussão sobre os termos **toxicomania, dependência química, farmacodependência, drogadição** etc., visto que estes se prendem a classificações de alguma forma já "oficialmente" abandonadas, ou que pertencem à ideologia de determinados grupos que atuam, principalmente, na área do tratamento.

Em tese, quaisquer substâncias podem ser usadas indevidamente no sentido de alterar o estado de consciência, vigília e senso percepção do sujeito. Sendo assim, seria muito mais prático utilizarmos o conceito de **droga de abuso** para quaisquer substâncias, sejam elas de natureza industrial (química, cosmética, farmacêutica) ou livremente encontradas na natureza. Estas podem vir a ser conceituadas como drogas de abuso, se usadas

exclusivamente com o objetivo de se conseguir delas um efeito psicoativo nãooterapêutico. Dentro deste princípio, uma substância é dita psicoativa quando determina alterações do estado natural de vigília, consciência e senso percepção do sujeito.

Atualmente, tal esclarecimento torna-se imperativo, visto que a imaginação, a criatividade das pessoas tem trazido ao "mundo das drogas" substâncias cuja finalidade inicial era absolutamente diversa de seu emprego posterior como substância psicoativa, tais como os solventes orgânicos e os desodorantes.

O conceito de droga lícita e ilícita também demanda esclarecimento. Ressalto a impossibilidade de uma separação conceitual nítida entre drogas ilícitas e lícitas (álcool e psicofármacos), uma vez que tal divisão não se prende a critérios médicos (farmacológicos), mas apresenta amplas flutuações nos diversos contextos socioculturais.

Em países islâmicos, enquanto o consumo de álcool é ilícito e severamente punido pelas leis do Corão, o mesmo não acontece ao haxixe, que é claramente tolerado. No Ocidente estas normas se invertem.

Um tranqüilizante benzodiazepínico prescrito a uma dona-de-casa por seu médico goza de um caráter lícito. Caso outra pessoa, que resida com esta mesma dona-de-casa, queira, por sua conta e risco, utilizar esta mesma substância, poderia sua atitude ter o mesmo respaldo, conferido pela indicação terapêutica?

Ao realizarmos um corte transversal numa população qualquer, encontraremos desde o não-usuário, "abstêmio", até o usuário contumaz, aquele que vulgarmente é caracterizado como "viciado" ou "dependente", passando pelo "experimentador" e pelo usuário "ocasional". Tais categorias são importantes, mas na maioria das vezes sofrem superposição, provocando um sério viés nos resultados apresentados em alguns estudos.

É de suma importância estabelecermos uma diferenciação do que seria abuso de drogas e do que seria dependência de drogas. Tais classificações são fundamentais na abordagem clínica, com o objetivo de determinar o grau de severidade e a linha terapêutica a ser conduzida no caso de cada paciente específico. São listados a seguir os principais critérios que diferenciam o abuso da dependência, de acordo com os dois principais manuais de diagnóstico usados internacionalmente, o CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), criado pela OMS (Organização Mundial da Saúde), e o DSM- (Diagnostic and Statistical Manual) da Associação de Psiquiatria Americana.

1. Critérios diagnósticos de abuso de substância psicoativa

a) Um padrão irregular de uso de substância psicoativa indicado por pelo menos um dos seguintes:

(1) uso contínuo, apesar do reconhecimento de que problemas ocupacionais, psicológicos ou físicos estão presentes ou se exacerbam devido ao uso de substâncias psicoativas

(2) uso recorrente em situações nas quais há ameaça de dano físico (ex.: dirigir ou operar máquinas em estado de embriaguez ou intoxicação)

(3) problemas com a Justiça (prisão devido a problemas criados pelo abuso)

- b) Sintomas perduram por pelo menos um mês, ou ocorrem repetidamente por um período maior de tempo.
- c) Não preenche os critérios de Dependência de Substância Psicoativa.
- 2. Critérios diagnósticos de dependência de substância psicoativa**
- a) Preenchimento de pelo menos três dos itens listados abaixo:
1. Ingestão da substância freqüentemente em quantidades maiores e por mais tempo do que a pessoa pretendia
 2. Desejo persistente ou uma ou mais tentativas malsucedidas de cortar ou controlar o uso da substância
 3. Grande quantidade de tempo gasto em atividades necessárias à obtenção da substância (ex.: roubo), usando a substância, ou recuperando-se de seus efeitos
 4. Intoxicação freqüente ou sintomas de abstinência levando ao não-cumprimento de tarefas no trabalho ou em casa (absenteísmo devido a ressaca; comparecer ao trabalho ou à escola intoxicado). Uso da substância em atividades com risco de dano físico (dirigindo veículo ou operando máquinas)
 5. Diminuição ou abandono de várias atividades ocupacionais e sociais devido ao uso da substância
 6. Uso continuado da substância a despeito do conhecimento de que este uso está causando ou exacerbando os danos sociais, psicológicos ou físicos
 7. Tolerância acentuada, aumento progressivo de doses para obter o efeito desejado
- Atenção: os itens seguintes podem não servir para os canabidióis ou alucinógenos**
8. Sintomas de abstinência
 9. Ingestão da substância freqüentemente com objetivo de evitar ou aliviar sintomas de abstinência
- b) Alguns dos sintomas persistem ou persistiram por pelo menos um mês, ou ocorreram repetidas vezes por um longo período de tempo.

Estudos Epidemiológicos

O primeiro inquérito de uso/abuso de drogas entre estudantes no Brasil foi realizado por ZANINI et al., em 1974. Foram entrevistados 1.894 universitários da cidade de São Paulo. Seus resultados mostraram que de 9 a 22% dos estudantes avaliados usaram drogas do

receituário médico sem prescrição e que de 2 a 10% já haviam experimentado drogas ilícitas ao longo da vida (ALV), sendo a maconha a principal delas.

Em 1978, COSTA e colaboradores realizaram um inquérito com 5.616 estudantes de 1°- e 2°- Graus das redes pública e privada da cidade de São Paulo. MORGADO reavaliou este estudo, a partir do grupo etário 14-25 anos. A proporção de uso ALV foi baixa. Outro dado interessante é que o uso de tranqüilizantes (drogas lícitas) foi superior ao de drogas ilícitas - 5% e 1,9%, respectivamente. Tais achados foram similares ao trabalho realizado com universitários.

Nos estudos realizados pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas, São Paulo), foram entrevistados respectivamente 16.151 e 19.183 estudantes de 1° e 2° Graus da rede pública de ensino, em dez capitais brasileiras. A prevalência de consumo ALV de várias drogas, evidenciada em levantamento realizado em 1987, aponta as seguintes taxas de consumo: inalantes (14,7%), benzodiazepínicos (5,1%), maconha (2,9%) e anfetaminas (2,8%). Em relação ao ano de 1989, os dados mostram um aumento percentual médio de 28% no consumo destas mesmas drogas. O aumento destes percentuais manteve-se no estudo subsequente, em 1993, conforme mostra o quadro a seguir:

Freqüência de consumo (uso na vida) de várias substâncias psicoativas em amostras de estudantes de 1°- e 2° Graus em dez capitais brasileiras (1987-1989-1993)

DROGAS	1987	1989	1993
Solventes	14,7	17,3	15,4
Ansiolíticos	5,9	7,2	5,3
Anfetamínicos	2,8	3,9	3,1
Maconha	2,9	3,4	4,5
Cocaína	0,5	0,7	1,2
Barbitúricos	1,6	2,1	1,3
Xaropes	1,3	1,5	1,3

Adaptado de GALDURÓZ et al , III levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes *de 1° e 2° Graus em 10 capitais brasileiras*, São Paulo, CEBRID, 1993.

Nos últimos anos, o indiscutível crescimento no número de indivíduos provenientes das famílias de classe média-alta, com graves problemas relacionados ao abuso de drogas, acarretou sérias dúvidas sobre qualquer relação exclusiva entre drogadição e status sócio-econômico. Não há como afirmar que a drogadição, enquanto "patologia social", esteja estritamente ligada aos estratos inferiores da pirâmide social.

A título de ilustração, em 1987, 84,8% da população brasileira de um a dezessete anos viviam em famílias compostas de casal com filhos. Portanto, não acreditamos que esta variável pudesse, a priori, exercer uma influência significativa enquanto fator predisponente para o consumo de drogas. Parece-nos que a associação entre lares desfeitos e filhos drogados, associação esta não confirmada por várias pesquisas, é antes fruto de desdobramentos de hipóteses baseadas na psicologia. Uma abordagem mais refinada do ponto de vista de categorias psicológicas ou psicanalíticas poderia de fato evidenciar relações mais sutis existentes num lar não explicitamente desfeito, mas em processo de desintegração. Neste sentido, o ambiente conturbado de litígio entre os pais/responsáveis poderia influenciar a busca de um refúgio para esta tensão doméstica no consumo de uma substância psicoativa.

Da mesma forma, não se pode considerar o grupo de experimentadores como problemático em relação ao abuso de drogas per se, pois dificilmente os indivíduos pertencentes a esta categoria são percebidos como drogados. Da mesma forma, o seu uso pode ser tão esporádico que seria falacioso associar algum dano físico, psíquico ou social devido a ou a partir deste padrão de consumo.

O consumo nos últimos trinta dias (UTD), com frequência de seis a vinte vezes ou mais, coloca o usuário muito próximo aos eventos que caracterizam a carreira problemática do drogadito. Dentre estes problemas, podemos destacar os danos físicos representados por múltiplas infecções, muitas vezes banais (piodermites em geral), mas às vezes gravíssimas, como as endocardites bacterianas, as hepatites e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). É importante assinalar que as três últimas infecções ocorrem em situações em que o usuário privilegia a via injetável. Problemas com a Justiça surgem a partir das múltiplas passagens do usuário de drogas pelo sistema policial, devidas ao simples porte de drogas ou a eventuais ligações com o seu tráfico. Todavia, esta questão que envolve a interação entre o abuso de drogas e a criminalidade é mais complexa do que possa parecer à primeira vista. Na verdade, até o momento atual não foi possível demonstrar, cientificamente, o tipo e a natureza desta correlação.

Uso Injetável de Drogas e a Disseminação de HIV/AIDS: Política de Redução de Danos

Outro aspecto importante da questão abuso de drogas vem chamando a atenção das autoridades da Saúde Pública e dos profissionais da Saúde em geral. O número de casos notificados de AIDS tem crescido muito na categoria uso injetável de droga. Neste ponto, é necessário outra explicação: na maioria das vezes usa-se a expressão **uso de drogas por via endovenosa (EV)**, o que, apesar de ser prática muito comum, não representa 100% dos casos: muitos indivíduos injetam drogas por via intramuscular ou subcutânea; daí o termo "uso injetável de drogas" ser mais apropriado.

A falta de estudos específicos também dificulta a avaliação da quantidade de usuários de drogas que poderia estar utilizando a via injetável. Um inquérito realizado em 1989, numa amostra de estudantes secundaristas regularmente matriculados em escolas públicas e particulares no Município do Rio de Janeiro, mostrou que 14 indivíduos (0,7% de um total de 2.114) referiram o uso (pelo menos alguma vez na vida) de drogas por via injetável. Considerando-se que o Rio de Janeiro tem uma população superior a 3,5 milhões de habitantes na faixa etária de 15 a 49 anos, o autor sugere que pelo menos 35 mil pessoas

poderiam já ter utilizado a via injetável pelo menos uma vez na vida nessa cidade. Podemos incluir ainda que, dentre a população de usuários de drogas em tratamento, cerca de um terço dos usuários de cocaína refere seu uso injetável com frequência superior a uma vez por semana. **Extrapolando** mais uma vez este dado, podemos sugerir uma população de pelo menos 10 a 12 mil usuários de drogas injetáveis (UDIs) no Rio de Janeiro. Tal número pode ser considerado modesto se o compararmos aos quase 250 mil usuários desse tipo existentes na cidade de Nova Iorque, onde um número estimado em 40 mil está em tratamento regular. É possível, contudo, que este número de UDIs no Rio de Janeiro seja ainda maior, visto que há um percentual significativo de jovens fora da escola, e ainda um grande número de meninos e meninas de rua que, além de terem uma elevada taxa de prevalência de consumo de drogas, também têm relatado o uso de drogas por via injetável.

Em relação à prevalência de HIV entre injetadores de drogas, há uma ampla variação nas taxas, de acordo com a população pesquisada. No Rio de Janeiro, por exemplo, um estudo utilizando a metodologia e o questionário desenvolvidos para o Estudo Multicêntrico da OMS sobre uso injetável de drogas e risco de infecção pelo HIV mostra que, entre 69 UDIs testados em 1990, foi encontrada uma soroprevalência de 33%. Em 1991, o número cumulativo de indivíduos testados subiu para 107, e a taxa de prevalência foi de 38%.

O Estado de São Paulo teve o primeiro caso notificado de AIDS devido a UDI em 1983, e hoje apresenta taxas de soroprevalência em torno de 70% na cidade de São Paulo e 60% na cidade de Santos.

Não havendo dúvida de que a cocaína é a droga de escolha referida pela maioria dos UDIs entrevistados em nosso meio, podemos afirmar que há maior frequência de injeções por esta ser uma característica primária da cultura de uso desta droga de abuso. Tal característica, por sua vez, está relacionada ao efeito psicoativo da substância, que tem uma ação relativamente fugaz, se comparada aos opiáceos (heroína, morfina, metadona). Dependendo da dosagem, a meia-vida da cocaína na corrente sanguínea pode ser de meia a uma hora. Os opiáceos têm uma meia-vida relativamente maior, com níveis atuantes em média por quatro a cinco horas. Este número elevado de injeções comprovadamente aumenta o risco de infecção pelo HIV entre os usuários de cocaína injetável. É comum a reutilização do mesmo equipamento (seringas e agulhas) quer individualmente quer em grupo. O efeito é parecido com o de uma transfusão, visto que microquantidades de sangue são injetadas, num curto espaço de tempo. A prática de compartilhar o equipamento (seringas, agulhas, algodão ou recipiente onde se mistura a droga com água) tem desempenhado um papel de suma importância na epidemia de HIV/AIDS, em diversos países do mundo.

Em quase todos os países onde a transmissão de HIV entre UDIs representa um problema de saúde pública, uma das abordagens criadas, para prevenir a disseminação do vírus, é proporcionar acesso legalizado a equipamentos descartáveis de injeção. A Legislação brasileira sobre abuso de drogas (Lei nº 6.368/76), diferentemente do que ocorre em alguns países europeus e nos EUA, não permite a organização livre de grupos de usuários de drogas (não confundir com grupos anônimos, de mútua ajuda), e também coloca na ilegalidade o estabelecimento de programas de distribuição e/ou troca de seringas e agulhas.

A avaliação destas ações preventivas efetivadas ou em andamento em várias partes do mundo tem mostrado resultados favoráveis tanto no sentido de diminuir a velocidade de disseminação do vírus, quanto no de aumentar o engajamento destes usuários em programas de tratamento para abuso de drogas.

O risco de disseminação do HIV entre os UDIs e a partir deles para seus(suas) parceiros(as) sexuais é considerado muito elevado. Por este motivo há uma necessidade urgente de estabelecer programas de prevenção dirigidos aos UDIs e de fortalecer os programas já existentes para a população em geral, principalmente no que diz respeito ao uso de preservativos.

Sendo assim, recomendam-se ações diretas, tais como aconselhamento, oferta de preservativos, agulhas e seringas descartáveis e tratamento. Embora polêmica, a oferta de seringas e agulhas descartáveis tem contribuído para diminuir a velocidade com que o vírus HIV vem se disseminando entre os usuários de drogas injetáveis. Esta estratégia representa o eixo principal da política de redução de danos.

Comentários

Há sinais evidentes de que o abuso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool, provoca graves fissuras no tecido social. O álcool contribui diretamente para um considerável percentual de internações psiquiátricas, em número muito maior do que as internações por abuso de drogas ilícitas. Além disso, é muito provável que o abuso de álcool contribua de forma significativa para a mortalidade por causas violentas que atualmente, em nosso país, é a principal causa morfológica na faixa etária de 15 a 29 anos.

Ao que parece, o consumo de álcool precede e/ou funciona como um fator predisponente ao consumo de outras drogas de abuso. É quase certo também que, ao interferir nos mecanismos de censura interna, o álcool, assim como outras drogas, dificultaria a manutenção do comportamento preventivo em relação à AIDS e a outras doenças sexualmente transmissíveis.

Não há dúvida de que o maior consumo de substâncias psicoativas ocorre por conta das drogas lícitas: álcool, cigarro de tabaco e tranqüilizantes. Este consumo é maior tanto na frequência ALV quanto na UTD. Em seguida vêm as drogas ilícitas: inalantes, solventes, maconha, cocaína e, em menor escala, outras substâncias do receituário médico, usadas ilicitamente (xaropes, anfetaminas, moderadores de apetite e anticolinérgicos centrais).

Os dados mostram que este consumo de substâncias psicoativas, embora ainda não tão elevado como nos países do Primeiro Mundo, está sem dúvida crescendo muito rapidamente, inclusive com o surgimento de uso injetável de drogas. Há necessidade de realizar estudos periódicos, com finalidade de melhor evidenciar não só a importância de determinadas variáveis na gênese do consumo de drogas em geral, como também o crescimento ou diminuição deste consumo.

A natureza dinâmica do fenômeno abuso de drogas, sua origem multifacetada e a complexa combinação de circunstâncias biológicas, sociais e comportamentais que expõem algumas pessoas ao risco de abusar das drogas fazem com que o prognóstico das tendências individuais seja uma tarefa extremamente difícil.

É fundamental que seja estabelecido, em nossas comunidades, um amplo debate sobre a questão do abuso de drogas. Não importa se a coordenação se dará em nível central (federal), estadual ou municipal. O que importa é que não há, até o presente momento, uma política definida para a questão das drogas no Brasil. Tal fato deveria causar espanto, pois o assunto recebe um imenso espaço quase que diariamente na mídia, além de ser um assunto em pauta nas discussões do dia-a-dia entre as pessoas em geral.

Em primeiro lugar é preciso abandonar a postura maniqueísta de que só as drogas ilícitas causam danos: o álcool e os tranqüilizantes devem fazer parte do rol das substâncias a serem trabalhadas, quando efetivamente se executar um programa de prevenção ao abuso de drogas.

É possível que este trabalho de prevenção seja iniciado nas faixas etárias mais baixas, a partir das quatro últimas séries do 1º Grau, por exemplo. Inicialmente se abordaria a questão das drogas lícitas (álcool, tranqüilizantes, tabaco), que a esta altura já fazem parte do cotidiano desta população-alvo.

Creio que a familiarização das crianças (pré-adolescentes) com o debate sobre as questões pertinentes ao abuso de drogas e as possíveis medidas para controlar o seu uso (beber controlado, não usar tranqüilizantes sem orientação médica e não fumar) possam criar uma nova forma de se conviver com a questão das drogas.

A partir daí seria, a priori, mais fácil entender a necessidade de não usar drogas ilegais. É importante evitar, na didática da prevenção, atitudes moralistas e repressivas. Estas costumam embalar as campanhas antidrogas e só fazem ratificar a hipocrisia dos adultos perante os adolescentes. É flagrante a tentativa de se vender, através da mídia, felicidade e prazer a partir do uso de substâncias que, conforme exposto ao longo do texto, são drogas, independentemente do balizamento social.

Para finalizar, é importante ressaltar que não se pode pensar a questão do abuso de drogas dissociada da grave crise social que o nosso país atravessa há muito tempo. Por que não apontar também as enormes dificuldades enfrentadas pela maioria da população brasileira, no seu (difícil) acesso ao sistema de saúde? Este, em fase de franco sucateamento, de longa data incapaz de fazer frente à demanda dos usuários, acaba por forçar esta população à busca de "auxílio" num simples balconista de farmácia que, respaldado pelo descontrole fiscal e pela impunidade, "receita" qualquer panacéia, inclusive tranqüilizantes e outros medicamentos controlados.

Seguindo esta mesma trajetória, como não enxergar que o Estado e a sociedade, ao empurrar milhões de pessoas para a margem, negando-lhes o direito a educação, moradia e trabalho dignos, obrigam a que alguns destes cidadãos procurem formas alternativas de conquistar renda e poder? Quem não reconheceria atualmente que o comércio das drogas é muito lucrativo e pode fazer com que alguns de seus "chefes" até cheguem ao poder constituído? Basta interpretar o que diz o noticiário. Infelizmente não é possível aprofundar tal assunto neste texto. Entretanto, estes pontos merecem toda a atenção e constituem um subsídio indispensável ao debate da questão abuso de drogas.

Referências Bibliográficas

- BECKER, H. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press, 1973.
- BUCHER, R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- BYCK, R. (Ed.). *Cocaine papers: Sigmund Freud*. New York: Meridian Books, 1974. (Com introdução do autor).
- CARLINI-COTRIM, B., CARLINI, E. O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na cidade de São Paulo. Parte I: estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual. *Revista ABP/APAL*, v. 9, n. 2, p. 49-58, 1987.
- et al. *II levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de 1° e 2° graus* -1989. São Paulo: Escola Paulista de Medicina. Departamento de Psicobiologia, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, 1991.
- CLIMENT, A. et al. Predicción dei riesgo de uso de drogas por parte de estudiantes de secundária. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 107, n. 6, dic. 1989.
- COSTA, M. J. T. O. et al. Investigação sobre farmacodependência na população escolar da cidade de São Paulo. *Revista do IMESC*, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 7-62, 1979.
- EDWARDS, G., ARIF, A. Los problemas de la droga en el contexto socio-cultural. *Cuadernos de Salud Pública*, Ginebra, n. 73, 1981.
- IBGE. *Crianças & adolescentes: indicadores sociais*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1987.
- INABA, B. S., COHEN, W. E. *Drogas, estimulantes depressores, alucinógenos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- INEM, C. L., ACSELRAD, G. (Orgs.). *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- LIMA, E. S. *Drogas nas escolas: quem consome o quê?* Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) -Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1992.
- MASUR, J. *A questão do alcoolismo*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- MORGADO, A. F. Epidemiologia da dependência de drogas em grupos populacionais do Brasil. *J. Bras. Psiq.*, v. 32, n. 5, p. 281-92, 1983.
- Consumo de drogas - um enfoque pouco emocional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jan./mar. 1985.
- MUSTO, D. F. Opium, cocaine and marijuana in american history. *ScientificAmerican*, v. 265, n. 1, p. 20-7, 1991.
- ZANINI, A. C. et al. Concept and use of psychoactive drugs among university students in São Paulo. *Drug Forum*, v. 6, n. 2, p. 85-9, 1978.