

***Sergio Dario Seibel***

Este exemplar corresponde a versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Mental, pelo médico Sérgio Dário Seibel. Campinas, 28 de novembro de 1995.

  
Prof. Dr. ISAC GERMANO-KARNIOL  
Orientador

***O USO, O ABUSO E A DEPENDÊNCIA DE DROGAS:  
DA TEORIA À PRÁTICA NUM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO  
NO BRASIL.***

*Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação, da  
Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade  
Estadual de Campinas, para obtenção do título de  
Doutor em Saúde Mental.*

Orientador : ***Professor Doutor Isac Germano Karniol***

***Campinas, 1995***

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

UNIDADE	PC
N.º CHAMADA:	
	TUBARCOIP
	Se41u
V.	Ea.
TOMBO BC/	28785
PROC.	207/96
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	11/10/96
N.º OPD	

CM-00092808-7

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP

Seibel, Sergio Dario	
Se41u	O uso, o abuso e a dependência de drogas: da teoria a prática num serviço universitário no Brasil / Sergio Dario Seibel. Campinas, SP : [s.n.], 1995.
Orientador : Isac Germano Karniol	
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.	
1. Centros de tratamento de toxicomanos 2. Serviços preventivos. 3. Abuso de substâncias. I. Karniol, Isac Germano. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.	

11/10/96

1. Toxicomania - Dependência
2. Dependência
3. Drogas - Abuso - Dependência

## Banca Examinadora da Tese de Doutorado:

O uso, o abuso e a dependência de drogas:  
da teoria à prática num serviço universitário no Brasil.

**Orientador: Prof. Doutor ISAC GERMANO KARNIOL**

### Membros:

1.

2.

3.

4.

5.

Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas  
da Universidade Estadual de Campinas.

\_\_\_\_\_  
Data: 28.11.95  
\_\_\_\_\_

*"In memoriam"*

*No Professor-Doutor AUGUSTO LUIS NOBRE DE MELO, mestre e amigo, que me incutiu o interesse e me iniciou no apaixonante domínio da Psiquiatria.*

*No Professor-Doutor ARTHUR KISHINHEVSKY, amigo que se foi antes do tempo, quando era ainda grande o trajeto a percorrer aqui na Terra.*



*Ao Professor-Doutor ISAC GERMANO KARNIOL, pelo exemplo de profissionalismo, dignidade e compreensão na orientação deste trabalho; e pela amizade, meu especial agradecimento.*

*Ao amigo, Professor-Doutor HENRI LÔO, Professor Titular do "Service de Santé Mentale et de Thérapeutique - Centre Psychiatrique Sainte-Anne" da Faculdade de Medicina de Paris - Universidade de Paris V (René Descartes), que me ensinou e influenciou nos primeiros passos na difícil abordagem com dependentes de drogas.*

*À meus filhos, RENATA e FELIPE, pela paciência da espera e pela compreensão na realização deste trabalho.*

*À meus pais, ALBERTINA e SILVIO, pelo apoio de toda vida.*

## *Agradecimentos*

---

*À amiga, Professora MARIA JOSÉ SAROLDI, pelas inúmeras contribuições, valiosas discussões e sobretudo pela percepção de meus momentos, antes que eu mesmo a tivesse.*

*À colega e amiga, Doutora TEREZA CRISTINA CARUSO LEÃO, pelas discussões, incentivo e interesse na execução deste trabalho, bem como pelo apoio demonstrado em várias fases difíceis, toda a minha gratidão e carinho.*

*Ao amigo, Professor-Doutor GILBERTO PETTY DA SILVA, pelas valiosas colaborações e pela ajuda na obtenção das referências bibliográficas.*

*Ao Professor BENITO RODRIGUES, pelas correções ortográficas.*

*Ao meu primo e amigo, MOYSÉS RESNITZKY, pelas valiosas discussões e soluções gráficas.*

*À senhora SANDRA MORENO, secretária da sub-comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP pela eficiência e dedicação demonstrada.*

*Às senhoras ZANE CAMPOS e SALETE REGINA ESPÓSITO, que com toda a eficiência, paciência e sobretudo profissionalismo digitaram esse trabalho quantas vezes foram necessárias.*

*À MARIA LÚCIA ZAOROB que com o incentivo, interesse e apoio no momento da arrancada final desta tese, possibilitou soluções visuais até então não encontradas.*

*Àqueles que se manifestaram anônimos, porque tal oportunidade lhes foi oferecida, o reconhecimento pela coragem de se lançarem a um trabalho em um Núcleo experimental.*

## *Agradecimentos Especiais*

---

*Às autoridades que me julgaram merecedoras de sua confiança , ao possibilitarem a implantação do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD):*

- Doutor CELSO FERNANDO DE BARROS - Presidente do Conselho Estadual de Entorpecentes do Rio de Janeiro (CONEN-RJ).*
- Professor-Doutor CHARLEY FAYAL DE LYRA - Magnífico Reitor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).*
- Doutor FERNANDO LYRA - Ministro da Justiça.*
- Doutor HÉSIO DE ALBUQUERQUE CORDEIRO - Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS).*
- Ao amigo, Professor-Doutor JORGE ALBERTO DA COSTA E SILVA, que me abriu a oportunidade de implantar a semente do Núcleo que ora é objeto de estudo nessa tese.*
- Doutor LEONEL DE MOURA BRIZOLA - Governador do Estado do Rio de Janeiro.*
- Doutor TÉCIO LINS E SILVA - Presidente do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN).*
- Doutor THEODORO BUARQUE DE HOLANDA - Secretário de Estado de Planejamento do Rio de Janeiro.*
- Doutor VIVALDO DE FREITAS BARBOSA - Secretário de Estado de Justiça e Interior do Rio de Janeiro.*

## *Sumário*

---

Resumo.....	i
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. DEFINIÇÕES E CONCEITOS BÁSICOS.....	7
3. TENTATIVAS DE COMPREENSÃO DO FENÔMENO DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS.....	20
4. RETROSPECTO HISTÓRICO E MODALIDADES SÓCIO-CULTURAIS DA UTILIZAÇÃO DE ALGUMAS DROGAS.....	35
4.1. Ópio.....	37
4.2. Haxixe.....	41
4.3. Cocaína.....	41
4.4. Ayahuasca — O Santo Daime.....	43
5. COMPLICAÇÕES CLÍNICAS DECORRENTES DO USO DE DROGAS.....	48
5.1. Complicações clínicas do abuso da cocaína.....	49
5.1.1. Complicações no recém-nato.....	50
5.1.2. Complicações cardiovasculares.....	50
5.1.3. Complicações neurológicas e cerebrovasculares.....	53
5.1.4. Complicações pulmonares.....	54
5.1.5. Complicações gastrointestinais.....	55
5.1.6. Complicações oftálmicas.....	55
5.1.7. Complicações psiquiátricas.....	56
5.2. Complicações relacionadas às vias de introdução.....	62
5.2.1. Complicações da via endovenosa.....	63

5.2.1.1. As infecções causadas pelo uso de drogas por via endovenosa e a síndrome e imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA).....	64
<b>6. PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ATENÇÃO AO USO DE DROGAS — (NEPAD).....</b>	<b>71</b>
6.1. Projeto de implantação.....	72
6.2. Cronograma de implantação.....	78
<b>7. ORGANOGRAMA E CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....</b>	<b>90</b>
7.1. Organograma.....	91
7.1.1. Diretor.....	93
7.1.2. Secretária.....	93
7.1.3. Administração.....	94
7.1.4. Setores.....	94
7.1.4.1. Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos.....	94
7.1.4.2. Setor de Educação em Matéria de Drogas ou de Atenção Primária.....	95
7.1.4.3. Setor Clínico ou de Atenção Secundária.....	95
7.1.4.4. Setor de Reinserção Socioprofissional ou de Atenção Terciária.....	96
7.1.5. A multidisciplinaridade.....	96
7.2. Cronograma de execução.....	99
<b>8. METODOLOGIA DE IMPLANTAÇÃO DOS SETORES.....</b>	<b>115</b>
8.1. Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos.....	116
8.2. Setor de Educação em Matéria de Drogas ou Atenção Primária.....	117
8.2.1. Sub-setor de Enfermagem.....	122
8.2.2. Sub-setor de Serviço Social.....	124
8.3. Setor de Atenção Secundária.....	125
8.3.1. Programas e Questionamentos Terapêuticos.....	129

8.3.2. O Plano Familiar.....	132
<b>9. PERFIL DA CLIENTELA.....</b>	<b>133</b>
9.1. Perfil dos primeiros demandantes do NEPAD.....	134
9.1.1. Distribuição da demanda inicial.....	135
<b>10. COMENTÁRIOS.....</b>	<b>154</b>
<b>11. CONCLUSÕES.....</b>	<b>161</b>
<b>12. SUMMARY.....</b>	<b>167</b>
<b>13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>169</b>
<b>14. ANEXO.....</b>	<b>208</b>

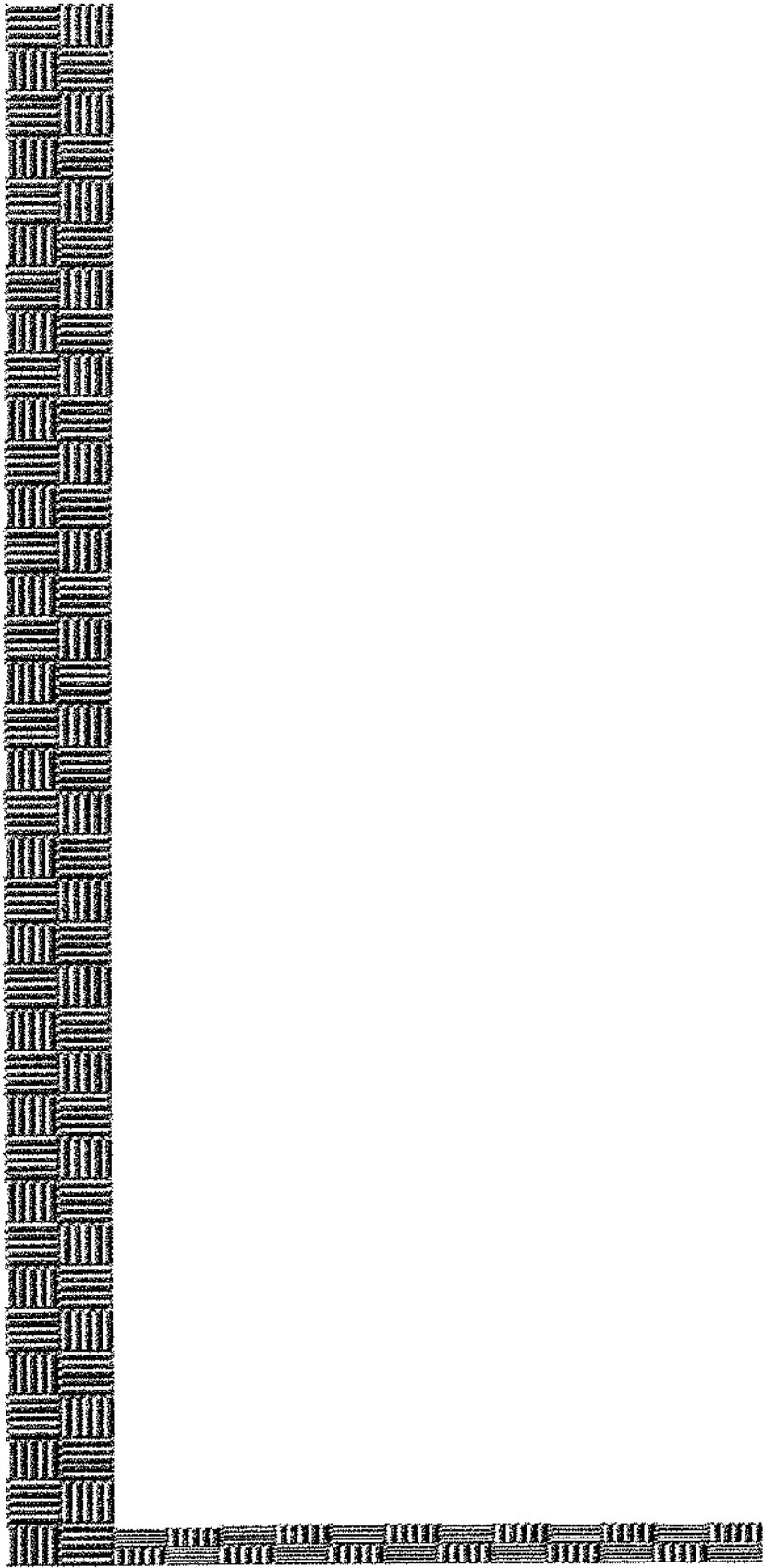
## **LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS**

TABELA 01	Recuperação e Equipamento de Unidade/Prédio Destinado ao Projeto.....	79
TABELA 02	Implantação da Coordenação Executiva e Núcleo Administrativo do Projeto.....	82
TABELA 03	Montagem da Assessoria Técnica de Planejamento .....	83
TABELA 04	Montagem da Secretaria Executiva do Projeto.....	85
TABELA 05	Montagem da Assessoria Administrativa, Financeira e de Recursos Humanos.....	87
TABELA 06	Montagem do Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos.....	89
	<u><b>ATENÇÃO PRIMÁRIA</b></u>	
TABELA 07	Atuação junto à comunidade.....	100



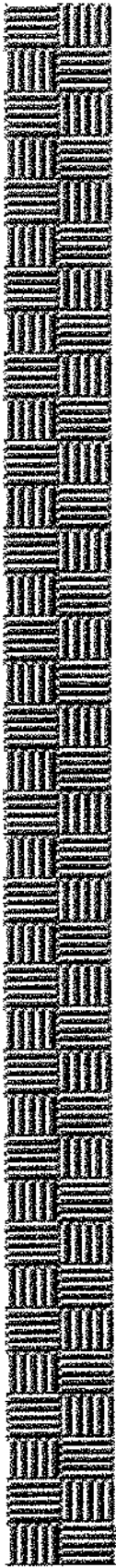
TABELA 08	Realização de cursos, palestras, conferências em instituições e associações representativas.....	101
TABELA 09	Mobilização dos órgãos de comunicação de massa no sentido de promoção dos programas a serem implantados.....	102
TABELA 10	Confecção de material impresso de informação e orientação...	103
<u>ATENÇÃO SECUNDÁRIA</u>		
TABELA 11	Atendimento ambulatorial.....	105
TABELA 12	Atendimento clínico.....	106
TABELA 13	Atendimento psicoterápico individual.....	107
TABELA 14	Atendimento psicoterápico grupal.....	108
TABELA 15	Atendimento psicofarmacoterápico.....	109
TABELA 16	Atendimento misto (psicoterápico e psicofarmacoterápico).....	110
TABELA 17	Atendimento de família.....	111
TABELA 18	Proposta para criação de um Setor de Internação.....	112
TABELA 19	Implantação do Setor de Internação.....	113
<u>ATENÇÃO TERCIÁRIA</u>		
TABELA 20	Reinserção sócio-profissional.....	114
Gráfico 1	Participação por sexo.....	137
Gráfico 2	Estado civil.....	138
Gráfico 3	Escolaridade.....	139
Gráfico 4	Profissão.....	140
Gráfico 5	Aquisição da droga.....	141
Gráfico 6	Repercursões sociais de consumo - Vida escolar.....	143
Gráfico 7	Repercursões sociais de consumo - Vida profissional.....	144

Gráfico 8	Drogas/álcool - C.A.G.E. Test.....	145
Gráfico 9	Motivações.....	146
Gráfico 10	Complicações clínicas .....	148
Gráfico 11A	Implicações sociais - Danos à vida.....	150
Gráfico 11B	Implicações sociais - Opiniões do próprio usuário.....	151
Gráfico 12	Consumo de várias drogas.....	153



*Resumo*

Esta tese representa a experiência de instalação de um núcleo de atenção integral e integrada ao usuário de drogas em um Serviço Universitário no Brasil. Apresenta uma revisão nos conceitos básicos, a compreensão do fenômeno de dependência a drogas, o histórico e modalidades socioculturais da utilização, abrangendo estudo cuidadoso das complicações clínicas relacionadas ao uso da droga. Relata a experiência, desde a criação do projeto até a sua implantação em área universitária, situação considerada pelo autor como ideal para seu funcionamento. Elabora o perfil dos demandantes e sua trajetória pelos Setores de Métodos Estatísticos e Quantitativos e de Atenção Secundária, bem como uma abertura à comunidade, no Setor de Atenção Primária. É um enfoque médico-psiquiátrico do tema e constitui subsídio para profissionais de outras áreas clínicas. O Núcleo de Estudos e Pesquisas em Uso de Drogas (NEPAD) pode ser considerado um incentivo para a abertura de outros núcleos a serem implantados no Brasil, respeitando-se as especificidades regionais, de acordo com os critérios da Lei 6368/76 sobre entorpecentes.



# *1. Introdução*

Ao longo de seu caminho sobre a Terra, o homem não pôde prescindir de viver em comunidade e, no transcorrer de sua história foi levado a criar normas para melhor conviver. Na tentativa de compreender o universo, o mundo, a si mesmo e ao seu semelhante veio aprimorando sua vida interior, sua pessoa, sua personalidade e sua espiritualidade.

Nas manifestações de sua espiritualidade criou mitos, deuses e religiões. A natureza fornecia-lhe plantas que apuravam sua sensibilidade e exacerbavam sua percepção. Assim, as primeiras drogas surgiram, associadas aos contatos e invocações espirituais. Aos poucos, passaram a ser empregadas pelas mais diversas razões, ora para auxiliar na solução de problemas da vida comunitária, ora para ajudar no aperfeiçoamento das relações interpessoais; como procedimento de exploração artístico-criativa ou como recurso de práticas médicas.

Existem muitas indagações acerca da utilização de drogas. Realmente, seu consumo vem aumentando em escalada. Autoridades em muitos lugares do mundo têm-se preocupado com esse tema, que somente agora começa a ser levantado no Brasil. Contudo, sua problematização exige questionamentos amplos em uma série de áreas que dizem respeito não apenas à saúde coletiva, onde ficarei restrito, devido à limitação do objeto do presente trabalho, mas também à educação preventiva e legislação por exemplo.

Em primeiro lugar, vários pontos caracterizam o fenômeno: o uso ocasional e mesmo controlado de uma ou várias drogas tende a crescer; temos visto também que a idade das primeiras utilizações tende a baixar. No que diz respeito ao uso de drogas não medicamentosas, no passado restrito a algumas classes sócio-econômicas, é atualmente estendido a todas elas. A gama das drogas disponíveis está aumentando e a utilização simultânea ou alternada de várias drogas se expandindo. O número de pessoas que experimentou uma ou várias vezes drogas aumenta. O que fazer face ao desafio daquilo que vem se delineando como um dos mais graves tormentos sociais do nosso tempo?

Temos visto que a atenção ao usuário de drogas tem sido encaminhada através de duas vertentes. A primeira segue uma perspectiva jurídico-policia; a segunda, meramente psiquiátrica. A primeira vertente não nos diz respeito, já que nossa área de atuação é a da

saúde. A segunda também não, já que apesar da existência de uma rede básica de saúde, o usuário de drogas, dependente ou não, continua marginalizado, estigmatizado, mal-tratado — a rede psiquiátrica está acostumada a tratar de doença mental, nossos psiquiatras e psicólogos não possuem formação adequada para lidar com a categoria que proponho estudar.

A primeira proposta deste trabalho, é a de não concentrar a atenção no grupo de drogas utilizadas, e sim na pessoa do agente, bem como da utilização que é feita da droga e não da droga em si. A segunda, é de evidenciar as limitações do modo estritamente médico de focar a questão da dependência das drogas, revelando desta forma a contradição de tentar acomodar um fato nitidamente complexo e de maneira alguma restrito ao biológico, a variáveis sociais. Neste sentido, procurei escapar a um modelo médico positivista de pesquisa e adotei uma abordagem antropológica do problema, o que me permitiu ampliar o campo de meu objeto de estudo.

O objetivo principal deste trabalho é produzir conhecimento sobre o fenômeno do uso do abuso e da dependência de drogas.

O objetivo geral do trabalho consistiu em articular um conjunto de conhecimentos que pudesse contribuir para a elaboração de um programa de atenção aos usuários de drogas, através da montagem de um Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas.

Os objetivos específicos foram:

- a) revisão de literatura sobre conceitos relevantes sobre o uso, abuso e dependência de drogas;
- b) descrever a experiência de criação do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (**NEPAD**).

Considerando-se ser proposta inovadora e pioneira, a montagem de um núcleo de atenção ao usuário de drogas, articulado por definição a atividades de estudo e pesquisa, ficaria por conta da articulação entre a universidade, o poder público e a iniciativa privada, viabilizando no sistema de saúde o enfrentamento da questão do consumo de drogas, nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária

Antes de tomar-se qualquer medida, foi necessário aprofundar certas questões acerca das conseqüências clínicas, não apenas do abuso de drogas, mas também das vias de utilização. Uma vasta pesquisa bibliográfica foi efetivada na literatura internacional disponível, principalmente européia e norte-americana, já que, na época, nada foi encontrado na produção nacional ou latino-americana.

O Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) surge da identificação da falta de um atendimento de cunho científico, especializado e integrado para a clientela-alvo. Resta-nos discutir as viabilidades políticas e técnicas de implantação e implementação de um programa de tal porte, sendo uma de suas metas a de criar-se uma nova visão de prestação de serviços públicos, aliando-se pesquisa, atendimento e ensino em uma estrutura ágil e dinâmica, dentro da Universidade.

A legislação brasileira previa a criação de uma instância que trabalhasse a questão de drogas de uma maneira científica; na prática nada havia de concreto.

Embora não se discutisse muito o assunto, foi publicada a Lei 6368, em 21 de outubro de 1976, que *"dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências"*.

Faltavam, de acordo com a Lei 6368/76, que rege a questão das drogas no Brasil, estruturas na área de "prevenção e tratamento". Uma proposta foi efetivada: — a criação do NEPAD — produto de um longo estudo sobre o assunto, iniciado em 1973, por pesquisa com usuários de drogas em Paris, onde estava fazendo minha formação básica em Psiquiatria, e que resultou em dissertação apresentada a Faculdade de Medicina de Paris para a obtenção do título de Assistente-estrangeiro em 1975.



CUNHA (1970), para justificar a metodologia empregada num trabalho científico qualitativo, relata que:

*"Em verdade, nenhum método é intrinsecamente bom ou mau, certo ou errado; é tão somente mais ou menos útil. "Methode ist Erlebnis", dizia Gundoff, e, sendo experiência, vivência, pressupõe-se que seja adequado a determinada situação, àquela realidade particular, para cujo esclarecimento se mostrou eficiente, pois que dela nasceu e para ela foi criado. Como aplicá-lo, pressurosamente, na análise de outras realidades – o que se costuma fazer com todo método vient de parâtre – corre-se um duplo risco, o provável de desfigurá-las e o quase certo de chegar-se a resultados decepcionantes".*

Tendo em vista ser o NEPAD a primeira estrutura brasileira a trabalhar com um elemento qualitativa e quantitativamente desconhecido de nossa realidade, ou seja, o usuário de drogas, não se utilizaram modelos adaptados de outras realidades, realizando uma análise comparativa através da literatura consultada, com práticas de outros países efetuadas na área de atenção ao usuário de drogas.

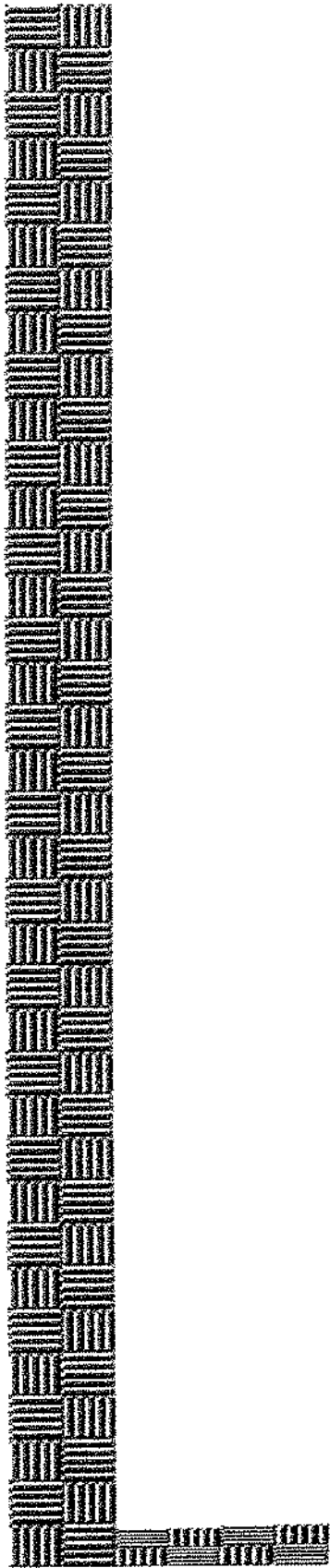
É preciso apontar para os limites da adesão sem crítica, para aplicação sem discernimento, de métodos que nos chegam pré-fabricados de países com situações muito diferentes, porque muito diversas são as suas condições socioeconômicas e culturais.

Passou-se então para a etapa do recrutamento, seleção e formação de pessoal que trabalharia nos diversos níveis de atenção, utilizando-se em toda sua plenitude o princípio da multidisciplinaridade.

Apesar das dificuldades mencionadas no corpo da tese, o cronograma de implantação permitiu a abertura e elaboração dos primeiros dados, para um maior conhecimento da problemática do abuso de drogas em uma parcela da população do Rio de Janeiro.

Em síntese, esta tese é o produto final de um longo caminho, iniciado praticamente logo após a minha formatura em Medicina. Longe de mim a pretensão de esgotar o assunto. Pelo contrário, no Brasil principalmente, somente há poucos anos vem-se

refletindo seriamente sobre essa questão social, mais do que apenas médica, ou seja, o tráfico e o uso de drogas, que conforme a vasta bibliografia consultada, tem aumentado progressivamente no mundo todo. Como sempre, à época, a bibliografia disponível sobre a questão no Brasil era quase inexistente.



## ***2. Definições e conceitos básicos***

Uma das maiores dificuldades deste estudo é, sem dúvida, a da tentativa de compreender as razões que levam um indivíduo à utilização da droga e suas conseqüências imediatas mais evidentes.

Na literatura atualmente disponível sobre o consumo de substâncias psicoativas, verifica-se que não existe consenso sobre o emprego dos termos comumente em uso, aumentando, a já enorme confusão existente. As definições mais precisas foram retiradas de As bases farmacológicas da terapêutica de GOODMAN e GILMAN (1991), que são:

- 1- **droga ou fármaco** *"é qualquer agente químico que afete os processos dos seres vivos, usado em terapia e também, comumente responsável por envenenamento doméstico e industrial, bem como, por poluição ambiental"*.
- 2- **medicamento** - BENET et al (1991) chamam atenção para que a *"utilidade de uma droga para a terapia depende crucialmente da sua capacidade em produzir efeitos desejados com efeitos colaterais apenas toleráveis."*
- 3- **abuso de drogas** - JAFFE (1991), narra que existe abuso de drogas quando há *"utilização, em geral por auto-administração, de qualquer droga de maneira diversa dos padrões aprovados por médicos ou pela sociedade, em determinada cultura"*. O autor acima traz a noção de condenação por parte da sociedade, fazendo referência a *"uso com propósitos não-médicos"*, como sendo menos pejorativa, mas com a mesma abrangência. JAFFE diz ainda que o uso com propósitos não médicos pode consistir no *emprego experimental* de uma droga, em uma ou algumas ocasiões. Pode ainda envolver a *utilização casual ou recreativa* de pequenas quantidades de uma droga, devido aos seus efeitos agradáveis, e a *utilização circunstancial*, na qual se buscam determinados efeitos da substância. Essas diversas formas de uso não-médico de uma droga podem levar a padrões de uso mais intensivos em termos de frequência ou quantidade e, em alguns casos, a padrões de *dependência ou utilização compulsiva de drogas*.

4- **utilização compulsiva** - ainda segundo o autor acima referido, quando se empregam drogas para modificação do humor e das sensações, os indivíduos continuam a fazer uso delas, mesmo não havendo indicação médica, comportando-se como se os efeitos das drogas fossem necessários para a manutenção de seu bem-estar. JAFFE faz ainda referência ao fato de a utilização compulsiva não necessariamente associar-se ao desenvolvimento de tolerância e dependência física.

*"A tolerância desenvolve-se quando, após administração repetitiva, uma determinada dose da droga produz efeito reduzido ou, por um outro lado, quando doses cada vez maiores devem ser administradas para que se consigam obter os efeitos inicialmente observados com a dose original". (JAFFE, 1991)*

A dependência física refere-se à alteração de um estado fisiológico (neuro adaptação), produzida pela administração repetitiva de uma droga, a qual leva à necessidade de administração contínua da mesma, de modo a impedir o aparecimento de uma síndrome estereotipada, chamada de **síndrome de abstinência**, característica de cada droga em particular.

5- **vício** - JAFFE (1991) utiliza o termo **vício** para designar

*"um padrão comportamental de uso de drogas caracterizado por envolvimento surpreendente com o emprego de dada substância (utilização compulsiva), a certeza de sua disponibilidade e grande tendência a recidivar após um período de abstinência".*

Considerar o vício como um ponto extremo no emprego contínuo da droga, torna possível descrever todos os padrões conhecidos de utilização de uma ou mais drogas, sem recorrer aos termos **vício** ou **viciado**, por trazer em si, uma conotação moral muito forte.

ALMEIDA et al. (1995) referem que, as tentativas de estabelecer-se uma nomenclatura para os episódios associados ao consumo de álcool e outras drogas data dos tempos bíblicos, mas foi somente ao final do século XVIII e começo do XIX que o conceito de beber excessivo como condição clínica aparece na literatura.

Segundo os autores acima, *'a história mais recente da evolução do conceito de dependência do álcool, sofreu grande influência do trabalho de BOWMAC E JELLINEK, que analisaram todas as classificações de alcoolismo, com o intuito de identificarem tipos puros de alcoólatras. Para eles, o alcoólatra verdadeiro, era aquele que tinha necessidade de álcool e uma inabilidade para abster-se. Em 1960, JELLINEK escreveu um importante livro: "The Disease Concept of Alcoholism", que até hoje influencia os seguidores dos Alcoólatras Anônimos. Ele propunha que somente quando o beber ocorre em conjunção com tolerância, abstinência e, perda do controle ou inabilidade para abster-se, é que o beber excessivo deveria ser chamado de alcoolismo e, portanto, uma doença'.*

ALMEIDA et al., relatam ainda que, em contrapartida EDWARDS e GROSS (1976), propuseram uma nova Síndrome, chamada Síndrome da Dependência do Álcool. Para isso partiram do princípio que a descrição desta Síndrome seria vista como uma idéia a ser testada empiricamente. Isto significava não se tratar esta Síndrome de uma verdade absoluta. Em outras palavras ela só seria compreendida no seu todo após uma aplicação em pesquisa.

Diferentemente do conceito anterior de alcoolismo colocado como doença por JELLINEK (1960), o conceito de EDWARDS e GROSS (1976) se apoia na perspectiva de um diagnóstico de alcoolismo. Assim, neste último, todo o esforço clínico consiste em achar um sintoma ou sinal patognomônico de doença alcoólica. O conceito de EDWARDS e GROSS (1976) estabelece que não se deve procurar um sintoma e sim um agrupamento de sintomas.

No que tange à etiologia da referida síndrome, EDWARDS E GROSS propõem que para ela concorreriam vários tipos de aprendizado. Estes surgiriam ao longo do curso da síndrome. Estes tipos de aprendizado dependeriam do significado simbólico do álcool numa determinada cultura, dos locais e condições nas quais se aceita o ato de beber ou de

aprendizados tais como o condicionamento. O que ALMEIDA et al. (1995) ressaltam aqui é o sintoma de abstinência, importante em todos os níveis de aprendizado. Quando os sintomas de abstinência aparecem, o indivíduo começa a beber para aliviar esses sintomas e, a partir daí começa uma associação cíclica que vai estimular um mecanismo importante no desenvolvimento e manutenção da dependência.

A Síndrome de Dependência do Álcool faz também uma distinção entre o fenômeno da dependência e os problemas relacionados ao uso de álcool, que a difere dos conceitos anteriores. Estes estabelecem como critério diagnóstico de alcoolismo problemas no trabalho e na família, e amnésia em período pós-ingestão alcoólica. O conceito síndrome marca duas dimensões diferentes: uma se refere à psicopatologia do beber e que seria a dependência do álcool em si e outra se refere aos problemas oriundos do uso e da dependência do álcool.

Os critérios acima descritos foram estendidos às outras drogas pela O.M.S., em suas Classificações Internacionais de Doenças - C.I.D.-9, atualmente válida e C.I.D.-10, a entrar em uso a partir de janeiro de 1996.

As tentativas de estabelecer-se uma nomenclatura para os episódios associados ao consumo de álcool e outras drogas, nos remete à Sociedade das Nações (S.N.), precursora da Organização das Nações Unidas (O.N.U.). A S.N. existiu de 1919 a 1946, tendo sido o primeiro Organismo Internacional (O.I.) a empregar termos como toxicomania, entorpecentes e vício, abstraindo-se, no entanto, de defini-los.

Em 1946, com a criação da O.N.U., foram elaboradas as primeiras tentativas de definição técnica, o que foi efetivado com maior ênfase a partir de 1948, pela O.M.S., a quem foi delegada a questão das drogas.

Em 1952, o Comitê de Peritos em Drogas que levam à Dependência, referendou, sem no entanto definir, o termo toxicomania, que passou a ser utilizado na "Convenção única sobre entorpecentes de 1961", tratando-a como *"um flagelo para o indivíduo e constituindo um perigo econômico e social para a humanidade"*, mas também não a definindo.

Os Organismos Internacionais (O.I.), apesar de seus esforços repetidos, até agora não foram capazes de formular definição acerca dos termos supracitados.

O mesmo Comitê, em 1975, recomendou a ampliação para termos como: costume ou hábito e adição. Sendo evidente o artificialismo dessa polarização, alertou para as dificuldades de operacionalização dessas diferenças. Reunido em 1968, o Comitê formulou o conceito de farmacodependência em substituição aos anteriores, como um

*"estado psíquico e, algumas vezes igualmente físico, resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, se caracterizando por modificações do comportamento e por outras reações, que compreendem sempre uma compulsão a tomar o produto, de modo contínuo, a fim de reencontrar seus efeitos psíquicos, e algumas vezes evitar o mal estar da privação. Esse estado pode se acompanhar, ou não, de tolerância. O mesmo indivíduo pode ser dependente de vários produtos".*

Essa definição levou a dar-se precisão ao sentido de termos que vão servir para caracterizar as substâncias capazes de dar lugar à farmacodependência, no entender de EDDY et al. (1965):

1. **dependência psíquica:** trata-se de um desejo incoercível de repetir as ingestões do produto, a fim de reencontrar-se as sensações agradáveis ou extraordinárias que ele é capaz de produzir;
2. **dependência física:** é um estado adaptativo, caracterizado pela aparição de distúrbios físicos, às vezes intensos, quando a administração do produto é suspensa bruscamente; seu conjunto constitui a síndrome de abstinência;
3. **tolerância:** é a diminuição dos efeitos sobre o organismo de uma dose fixa de uma substância, à medida que se repete sua administração. Esse fenômeno leva ao acréscimo das doses, para obter-se o efeito desejado.



As noções de costume e tolerância, no entanto, datam de anos atrás, quando LEWIN (1909) expôs detalhadamente a concepção de costume às substâncias tóxicas, no livro intitulado Efeitos acessórios dos medicamentos, definindo-o da seguinte forma:

*o costume aos medicamentos e aos venenos, que eu considero como uma função puramente vital, não se fundamenta em um aumento do rendimento da célula, mas pelo contrário, sobre um enfraquecimento da vitalidade celular, verdadeiramente condicionado por uma influência química. A adaptação é uma incapacidade adquirida de reagir normalmente a uma soma de excitação.*

Segundo ainda o autor supracitado, o termo **costume** se aplica "às reações somáticas, as quais até o presente não se percebeu alguma possibilidade de explicação fundamentada e satisfatória."

É assim que, segundo LEWIN, por exemplo,

*nos indivíduos acostumados ao uso da morfina, da cocaína ou da nicotina, um aumento súbito das doses até então suportadas sem acidente, em última análise pode dar lugar a uma intoxicação, tanto quanto se seus organismos não houvessem adquirido, por um uso anterior prolongado, uma "imunidade" frente aos efeitos tóxicos desses produtos.*

Um dado a mais, para reflexão, é a existência de substâncias que apresentam a característica da tolerância, não dando lugar a uma dependência física, nem psíquica, como tais definidas. É necessário, no estado atual de nossos conhecimentos, dissociar tolerância e dependência.

Houve, sem dúvida, uma abertura nos conceitos de dependência, valorizando os subconceitos de dependências física e psíquica mas, principalmente a psíquica, como "um estado mental particular, com grande bem-estar, produzido pela droga", nos levando a questionar se a qualidade e a intensidade de tais sensações sejam provenientes de dados essencialmente subjetivos, nos levando à convicção de ser a droga, apenas, um elemento a mais na obtenção de tais estados.

A questão central situa-se na posição intransigente do Comitê de Peritos da O.M.S., à princípio em "Farmacod dependência", atualmente em "Drogas Engendrando a Dependência", que de forma insistente restringe-se a responsabilizar o fenômeno da dependência a certas drogas; não levando em consideração a existência de grupos de indivíduos, que se tornam dependentes de certos produtos, e outros que não se tornam.

Não se pode reduzir o indivíduo a um mero substrato biológico, a um reservatório, que responde passivamente à ação da droga.

Até agora, as definições, conceitos e terminologias, oficialmente aceitos, recomendados pelos O.I., persistem na idéia de ser a dependência, a resultante do abuso de uma droga, ou de um conjunto delas; não dando margem ao estudo do conjunto integrado pela personalidade do consumidor de drogas, e a totalidade sociocultural. A Nona Classificação Internacional de Doenças da O.M.S. — revisão de 1975 — (C.I.D.-9), e atualmente em vigor, mantém, em seu dígito 304, referente a Dependência de Drogas, o critério do relatório supracitado de 1968, do Comitê de Peritos em Farmacod dependência da O.M.S.

A C.I.D.-10 que entrará em vigor em 1996, considera a síndrome de dependência como o

*"Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à capacidade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das conseqüências nefastas, ao desenvolvimento progressivo de outras atividades e obrigações em proveito do consumo desta droga, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado físico de abstinência. A substância tóxica específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), uma categoria de substâncias tóxicas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes".*

Nota-se que, apesar de haver algumas mudanças pouco significativas e formais, persiste-se na idéia de responsabilizar a dependência pelos possíveis malefícios causados pela droga e pela permanência dos critérios de tolerância e abstinência.

NOBRE DE MELO (1979), levanta interessante e importante questão, ao avaliar historicamente essa *"imensa babel de preconceitos, pressupostos, distorções e mal entendidos, que se vem formando em torno do assunto"*, acentuando que

*"tratadistas britânicos, dos fins do século XIX, ao mesmo tempo que se encontravam sinceramente persuadidos de que a masturbação conduz à loucura, refere-se a outros, que atiravam candentes anátemas contra o recém-introduzido hábito do café e, sobretudo, do chá, que consideravam agentes de dissolução moral e social. A cada dose de chá escreviam aqueles autores, experimenta-se como que um estranho e imediato sentimento de bem-estar, que é, todavia, ilusório e temporário, sendo que, em breve, sentir-se-á a necessidade de nova dose, ficando-se assim, a pouco e pouco, insensivelmente escravizado ao insidioso veneno, ainda que ao preço da miséria futura..."*

Continuando a idéia de NOBRE DE MELO, a O.M.S. colocada na vanguarda das investigações no domínio do consumo de drogas, não poderia deixar de tomar conhecimento dos *"crescentes e insistentes clamores surgidos, em decorrência dos supostos malefícios causados"* pelas então novas drogas colocadas nos mercados oficial ou clandestino — no caso: LSD e anfetaminas; com a distinção entre drogas que produzem dependência psíquica e as que produzem dependência física; *"reestabelecendo-se assim, aquela velha, superada e inaceitável separação, de cunho marcadamente dualista, entre o soma e a psique..."* O autor supracitado, então perito em Saúde Mental da O.M.S. faz ao professor Dale Cameron — à época chefe do Setor de Drogas daquela O.I., a observação: *"se acaso fora possível, em alguma parte do mundo, demarcar-se com precisão o limite onde termina o corpo e onde a alma começa..."*

Acompanhando o raciocínio do autor, ficaria aí a questão da dependência colocada em pressupostos metodológicos fortemente mecanicistas, "*coisas que nem mesmo na experimentação animal se admite hoje sem reservas*"; já que situa o tema em termos de organismo, comportamento, interações, reações; ao invés de pessoa e personalidade. Enfatiza-se aí também o tipo de droga para estabelecer-se qual o tipo de dependência — física ou psíquica — que ela, droga, seria capaz de determinar, não levando em conta o indivíduo em sua totalidade, inserido no mundo.

Saindo-se da especificidade da dependência de drogas, RUSSEL (1976) evidencia que a característica fundamental da dependência é a de ser um afeto negativo, que o indivíduo sente, quando está longe do objeto de dependência. Esse afeto pode variar, desde um leve desconforto, até um extremo sofrimento. O grau de dependência pode ser equacionado com o grau de dificuldade de estar-se sem o objeto da dependência.

ORFORD (1976), conceitua dependência psicológica como

*"estado que resulta da interação entre um indivíduo e um objeto, atividade ou pessoa. Esse estado inclui uma compulsão dirigida a um objeto, em cuja ausência o indivíduo freqüentemente experimenta desconforto. É um estado que transcende à dependência de substâncias, entrando aí como possibilidades as atividades recreativas, as pessoas, os objetos, a comida, etc".*

Tais critérios, ou a falta deles, traduzem a incapacidade dos peritos da O.M.S. em determinar as razões, não necessariamente médicas, que levam ao estabelecimento de listas para produtos a serem colocados sob controle. O homem primitivo, aparentemente, mostrava-se portador de uma certa sabedoria, ao procurar substâncias que lhe curassem ou aliviassem seus males, que lhe proporcionassem prazer, ou mesmo o acesso ao divino.

Um falso dilema, a meu ver, se coloca quando do emprego da palavra abuso, em se tratando de consumo de drogas.

Em seu afã classificatório, a O.M.S. acaba ultrapassando os limites do bom senso. Atribuir isoladamente à droga ou ao sujeito que dela faz uso ou ao social, a origem daquilo que a O.M.S. chama "**Abuso de drogas**" é simplificar a questão. É o mesmo que se recorrer a categoria ou ao rótulo de "doente mental" para qualificar a priori o drogado; a doença mental acaba sendo responsável por qualquer coisa.

O dígito 305.1 da CID-9 nos ensina que: "**Abuso de fumo**", são "*os casos em que o fumo entra em detrimento da saúde de uma pessoa ou de sua atuação social ou, em que ocorre a dependência do fumo*". A dependência está incluída aqui ao invés de em 304. – "*porque o fumo difere de outras drogas que determinam dependência, em relação aos seus efeitos psico-tóxicos*". Como ficam, então, os estudos clínicos e epidemiológicos que demonstram a importância etiológica do tabaco na produção, por exemplo, do carcinoma broncogênico, e do enfizema pulmonar?

Para melhor compreendermos o pensamento da O.M.S. acerca do que ela chama "**Abuso**", vemos no item 305.4, referente a *barbitúricos* e *tranquilizantes*, que seu abuso se refere a "*casos em que uma pessoa faz uso de drogas, em detrimento de sua saúde ou atuação social, em doses, ou por períodos superiores aos considerados como terapêuticos*".

Como ficaria, a partir dessas concepções, o enquadramento do diabético, que não pode prescindir de suas doses diárias de insulina para sobreviver, do infartado do miocárdio, que não dispensa o uso de anti-coagulantes; do enfisematoso, que não abre mão, em nenhuma hipótese, de seus bronco dilatadores? Seriam esses grupos abusadores ou dependentes de drogas? Com toda a certeza dependentes mas **classificados** em que categoria do nosso jardim das espécies?

FONTANELLA (1991) relata que cinco anos após a entrada em vigor da C.I.D.-9, a O.M.S., em associação com a *Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration - (ADAMHA)* norte americana, patrocinou um grupo de trabalho internacional, que trabalhou uma nova definição de **dependência**, a "*referência completa não sendo fornecida pelo autor*". Vejamos a nova definição:

*"Síndrome que se manifesta por um padrão de comportamento, no qual o uso de uma determinada droga psicoativa ou classes de drogas, recebe uma prioridade muito maior do que outros comportamentos que outrora recebeu valor maior. O termo "síndrome" é usado para significar um conjunto de fenômenos, em que todos precisam estar presentes na mesma intensidade (...) A síndrome de dependência não é absoluta, mas sim um fenômeno quantitativo que existe em diferentes graus. A intensidade da síndrome é medida pelos comportamentos que são eludidos, em relação ao comportamento de usar a droga, e pelos outros comportamentos que são secundários ao de usá-la (...) Nenhum ponto de corte preciso pode ser identificado para distinguir entre dependência de drogas e do uso de drogas recorrente, mas não dependente. Num extremo, a síndrome de dependência é associada ao "comportamento compulsivo de usar droga". (W.H.O. - A.D.A.M.H.A., citado por JAFFE, 1989)".*

Como é prática comum no Brasil e, possivelmente, no mundo, as palavras exatas vêm perdendo o valor, não se levando em conta diferenças nem tão sutis, quanto por exemplo, termos como **entorpecentes** e **narcóticos** que têm sido empregados como drogas em geral. Os termos acima são descritos no Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (2ª edição - 1986), significam:

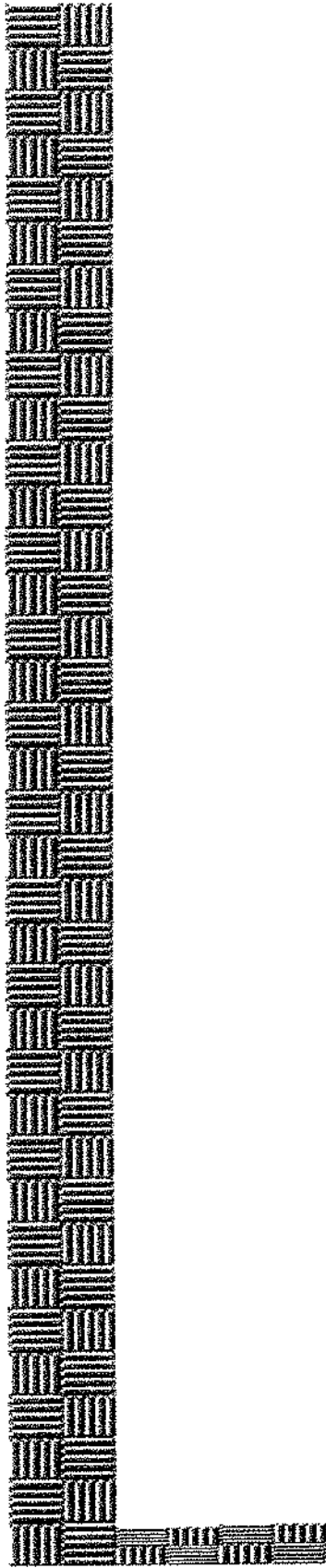
1. *Que entorpece.*
2. *Substância tóxica que produz estado agradável de embriaguez e, a que o organismo se habitue, vindo a tolerar doses grandes, mas que provocam a necessidade de seu uso, o qual acarreta progressivas perturbações físicas e morais; estupefaciente.*

Essa edição traz um avanço conceitual, onde é introduzida a noção de tolerância, que não havia na 1ª edição.

O mesmo se pode dizer em relação à palavra **narcótico** que, de acordo com o Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (1ª edição), é proveniente do grego "*narkoticós*", significando:

1. *Que produz narcose, que faz dormir.*
2. *Qualquer droga que entorpece os sentidos, induz ao sono, e cujo uso prolongado, vicia.*

Ora, tanto **entorpecente**, quanto **narcótico**, têm em Farmacologia, um sentido estrito, praticamente reservado ao ópio e seus derivados. Existindo drogas em que não sendo opiáceas, não se pode abranger de tal forma o conceito classificatório, que restringe entorpecentes e narcóticos a seus devidos lugares dentro da classificação geral das drogas psicoativas.



### *3. Tentativas de compreensão do fenômeno da dependência de drogas*



Estudando as relações que se estabelecem entre os homens e as drogas, conclui-se então que, até agora estas relações vêm se centrando quase que exclusivamente em um dos referenciais, ou seja: a **droga**.

BRAU (1968) relata que, nas sociedades primitivas, as drogas eram utilizadas por pequenos grupos de habitantes de regiões inacessíveis, tornando-se amplamente difundidas em nossos dias. Vivendo atualmente em um mundo em que a tecnologia e os meios de comunicação são ilimitados, não é mais necessário fazer-se uma longa viagem para procurá-las. Elas nos chegam pelos mais diversos meios.

Como foi visto anteriormente, esse costume vem de épocas antigas, quando se caracterizavam as monodependências, ou mesmo, as monointoxicações: quando o sujeito "tirava" tudo o que podia de uma droga, desse verdadeiro casamento com apenas a "sua" droga.

LÔO (1970) refere que, para se chegar ao fenômeno das toxicomanias modernas, é preciso que se reporte ao fato ainda relativamente recente das toxicomanias clássicas, quando os indivíduos que se drogavam prendiam-se, exclusivamente, à "sua" droga, e a ela eram fiéis.

O que caracterizava as toxicomanias clássicas eram os períodos de crise social ou política, quando os indivíduos sentiam que se diluíam certos privilégios de classe — como por exemplo, as conseqüências da crise de 1929 nos Estados Unidos, na época da Frente Popular em 1936 na França, ou ainda durante os períodos consecutivos às duas Grandes Guerras. Via-se que nesses momentos o número de morfinômanos, cocainômanos ou heroínômanos aumentava a tal ponto, que se chegava mesmo a falar em — **epidemias tóxicas** — em razão de seu aspecto cíclico. Hoje, o quadro que se apresenta a nossos olhos é bem diferente.

Segundo DENIKER et al. (1970) observa-se, nas numerosas regiões do mundo, uma evolução do consumo de drogas cujas principais características são as seguintes:

- 1- drogas tradicionalmente restritas a certas regiões geográficas tendem a se espalhar em outras;*
- 2- a idade dos usuários, que pela primeira vez consomem drogas, tende a baixar;*
- 3- o uso com fins não médicos de drogas que causam dependência e que outrora era limitada a algumas classes socioeconômicas, hoje se espalhou a quase todas as classes;*
- 4- a gama de drogas disponíveis vem aumentando e a utilização simultânea ou alternada de várias drogas se desenvolve nos seguintes tipos:*
  - a) a monointoxicação, que é o uso-fiel de uma única droga, seja isoladamente ou seja após um período-prévio de políntoxicação;*
  - b) a políntoxicação, intoxicação por várias categorias de substâncias psicotrópicas utilizadas de maneira simultânea ou por períodos alternados;*
  - c) a políntoxicação sobreposta a uma toxicomania eletiva: nesse grupo, a uma toxicomania prevalente se juntam recursos ocasionais descontínuos de utilização, mais ou menos prolongados.*
- 5- Um grande número de pessoas, sobretudo de jovens, rejeita as normas socioculturais tradicionais da sociedade. Essa atitude está muitas vezes ligada ao uso não médico de drogas que provocam dependência, sem que se possa provar relação de causa e efeito;*
- 6- Vem aumentando o número de pessoas que têm experimentado, uma ou várias vezes, drogas causadoras de dependência".*

Como se vê, os jovens usuários de drogas não se prendem mais a uma única droga, à "sua" droga. Eles utilizam várias e simultaneamente. Eles são politoxicômanos.

Além de todos os problemas, destaco este, colocado por quase todos os jovens consumidores de drogas atualmente: o da associação de várias drogas, as poliintoxicações. Essa relação de fidelidade tradicional do dependente à uma droga única, e geradora de estereótipos até hoje difíceis de desenraizar, não existe mais.

Nas comunidades tribais, mesmo atualmente, seu emprego é feito com fins místico-religiosos ou médicos. Nas sociedades de consumo mais evoluídas os jovens estão cada vez mais conscientes da situação social e utilizam a droga como uma modalidade de luta contra essa mesma sociedade de consumo. Isso talvez represente uma racionalização secundária dos usuários de drogas. Essa desesperança vivida de maneira passiva dá-lhes um sentimento de insegurança, de insatisfação que poderíamos chamar de frustração existencial, aliada a uma atmosfera social repressiva e a uma crescente desorganização da estrutura familiar tradicional.

No entanto, atribuir-se o uso de drogas, exclusivamente, a fatores socioculturais ou a sociopatias, equivaleria a ignorar a longa história de sua utilização tradicional. Da mesma maneira, explicar-se unicamente por uma patologia individual a maioria dos casos de utilização experimental ou ocasional de drogas, equivaleria a não se levar em conta o grande número de usuários incluídos nessa categoria.

De acordo com EY (1974), o problema da toxicomania pertence atualmente ao âmbito dos sintomas de crise sociocultural, e sob esse título, escapa à competência e à ação do psiquiatra, mas este não pode ignorar o que está por trás dos apelos que lhe são feitos.

A difusão atual das toxicomanias as faz penetrar no domínio dos fenômenos socioculturais que ultrapassam o nível médico. No entanto, restam os fatores individuais, psicopatológicos, que podem se manifestar, segundo EY (1974), da seguinte maneira:

- 1. Os usuários que, ao experimentarem a droga, revelam tendências psicóticas antigas, podem manifestar delírios, mais ou menos construídos, desencadeados pela intoxicação;*
- 2. os usuários que procuram muito mais no grupo do que na droga o amparo e o abrandamento de uma angústia de estilo neurótico. A transgressão é a mola-mestra de sua conduta, com o que ela*

*comporta de culpa e de possibilidades terapêuticas. Alguns consumidores só freqüentam ocasionalmente o grupo, uma ou duas vezes por mês, como meio de afirmação de sua originalidade e de libertação de suas identidades;*

*3. aqueles que se tornaram verdadeiros toxicômanos perversos, regredindo sem culpa, buscando "flashes", a satisfação imediata, fazendo os mais loucos escândalos e se expondo a todos os riscos".*

No Brasil, os usuários de drogas vinham sendo atendidos nas estruturas psiquiátricas tradicionais, nos consultórios médicos particulares, pelos órgãos de repressão e, pelo que pude avaliar, de acordo com FONTANELLA (1991) as instituições que trabalhavam especificamente com o tratamento de drogados em uma região de São Paulo — Campinas — eram todas de cunho religioso, não havendo nenhuma instituição científica que se preocupasse com o assunto, apesar da região possuir uma rede assistencial suficientemente complexa para servir de exemplo para outras regiões do país.

Ainda sob o aspecto sociocultural, um grande número de pessoas, sobretudo jovens, rejeita os padrões socioculturais tradicionais. Essa atitude é com freqüência ligada ao uso não médico de drogas. A própria palavra dependência é posta em causa, quando em trabalhos conceituados como o de ROBINS et al. (1974) mostra-se, com bastante clareza que a dependência independe da droga, uma vez que ao se remover a causa básica, o sujeito abandona a droga ou a substitui por outra forma de dependência.

Os autores acima citados, em extenso estudo, realizado com amostra de 651 soldados retornados do Vietnã, demonstra que houve um alarme falso no que dizia respeito à dependência de drogas. Quando a tropa americana que lutava no Vietnã desembarcasse de volta aos Estados Unidos, previa-se uma calamidade, pois era altíssimo o consumo de drogas opiáceas no teatro da guerra. Contudo, a grande maioria dos consumidores abandonou as drogas quando do regresso. O estudo acima referido revela que foi realizado um minucioso trabalho com soldados, tendo sido feitas entrevistas sobre consumo de drogas e sintomas sugestivos de dependência. Os autores introduziram uma avaliação objetiva, o teste na urina, o que assegura uma validação para os dados que o consumo de opiáceos no

Vietnã foi elevadíssimo, dos maiores já registrados na história da humanidade. Os autores aludem a cerca de 34% dos soldados que consumiam heroína.

No entanto, a diferença nas proporções de consumo nos períodos anterior, durante e posterior à guerra foi marcante. Os autores revelam que o governo americano, preocupado, chegou a instalar serviços especializados para atender os dependentes de opiáceos. Tiveram no entanto, a surpresa de verificar que os níveis de consumo caíram vertiginosamente, equivalendo-se aos níveis anteriores à guerra. O universo total estudado durante a guerra do Vietnã foi de 13.670 soldados.

Inúmeros autores, inclusive a própria O.M.S., ao se interessarem pelo problema da dependência às drogas, têm feito uma abordagem sistemática das substâncias por eles chamadas "geradoras" de dependência, apresentando classificações ou propondo definições destinadas a enquadrar a natureza da relação que se estabelece entre uma certa droga e o sujeito que a consome. Isso, no entanto, vem se mostrando ineficaz através dos tempos, pois, tomam como ponto de partida a **droga**, através do seu "poder de gerar dependência", não levando em conta a relação que ela poderá estabelecer com quem venha a consumi-la, como já foi dito anteriormente.

Essas descrições não nos fornecem qualquer indicação sobre as motivações pelas quais um sujeito qualquer iria à procura de qualquer droga.

Várias têm sido as tentativas de compreensão e explicação do fenômeno. Como princípio básico, a questão do uso e da dependência de drogas não pode ser vista a partir de uma visão estanque, independente da sociedade e da cultura.

Plenamente de acordo com CANGUILHEM (1966), quando o autor afirma que a transposição automática de conceitos científicos a contextos que não os que lhe deram origem, restringe ou elimina sua cientificidade. Isso para levantar a reflexão sobre como vem sendo focado o tema do uso de drogas em alguns de nossos círculos acadêmico-médicos.

O modo estritamente médico de focalizar o assunto da dependência de drogas evidencia a contradição de tentar acomodar um fato complexo e de maneira alguma restrito ao biológico à categorias determinadas por outros contextos. Por exemplo, o modelo

epidemiológico tradicional das doenças infecto-contagiosas, derivando daí conceitos fundamentais tanto ao raciocínio epidemiológico, quanto ao clínico, de contágio, transmissão, vacinação, epidemia que vemos na bibliografia disponível (QUADRA, 1983). Da mesma maneira, tenho visto vários autores tentarem trabalhar o conceito de história natural da doença para o que diz respeito a dependência de drogas. Ora, história natural da doença, visto criticamente, traduz a idéia de que a doença segue um curso definido e previsível, em que se sucedem etapas, quantitativamente diversas, com cronologia razoavelmente definida, o que não está provado para o caso da dependência de drogas. Voltarei ao assunto, ao discutir mais adiante a ineficiência e a inexequibilidade da idéia de prevenção, e propuser a ênfase na atenção, em vista do grande número de variáveis a serem levadas em consideração.

Não existe ainda um corpo doutrinário para aquilo que se convencionou chamar de dependência de drogas.

A classificação mais difundida, que apesar de pequenas modificações é, sem dúvida alguma a da O.M.S., que em sua CID-9 continua a dar à droga o caráter decisivo, como vimos anteriormente.

AUSUBEL (1961) publicou um trabalho enfatizando o consumo mais intenso de drogas. O autor refere três categorias de usuários de drogas:

- "1. insuficiência de maturidade: esta seria a única e verdadeira dependência de drogas, com poucas esperanças em termos de prognóstico. São indivíduos de personalidade imatura, caracterizada pela dependência dos familiares, incapacidade de tolerarem frustrações e de adiar a satisfação, ausência do senso moral e de responsabilidade;*
- 2. dependência reativa: esta forma ocorreria em jovens com personalidade normal, porém sujeitos a condições sociais estigmatizantes que lhes geraria comportamentos de rebeldia e de desconfiança nos valores da sociedade. As drogas seriam um recurso adaptativo, através das quais esses jovens descarregariam sua agressividade; ocorreria especialmente entre aqueles desfavorecidos socialmente;*

3. *dependência sintomática: seria uma forma pouco freqüente de dependência de drogas, ocasionalmente incidiria em pessoas com neurose de angústia, depressão e em psicopatas anti-sociais*".

O próprio autor, apesar de fazer uma interessante abordagem da questão, confunde-se, quando relata que "*o dependente reativo não seria um consumidor regular, e sim em fins de semana, em grupo, e sem envolvimento criminal*". Onde então, há dependência?

Os pacientes relacionados no item 3, usariam drogas como uma forma de automedicação e não para a busca do prazer. Segundo o autor, o consumo de drogas por esses pacientes não seria excessivo, pois utilizariam a dose suficiente para aliviar a angústia em uns, e como um meio de expressar tendências destrutivas em outros. Onde, ainda, há dependência?

A tendência científica atual tem sido a de falar-se em padrões de consumo leve, controlado, moderado, regular e intenso de drogas. Com isso, coloca-se por terra uma "classificação" não científica, elaborada por aqueles que mais conhecem o assunto, os próprios usuários; quando chamam as drogas de "leves" ou "pesadas". Ora, chamar uma droga de "leve" ou "pesada", seria não levar em conta que alguns usuários podem ter um tipo de reação àquilo que se convencionou chamar de droga "leve" e outro não, o mesmo acontecendo com as drogas "pesadas".

Apesar da atual tendência, na realidade, é praticamente impossível estabelecer-se níveis de consumo, pois estar-se-ia falando de freqüência de uso em um determinado período. Tal impossibilidade deve-se, a meu ver, basicamente, ao fato de não podermos confiar nas respostas que envolvem comportamentos clandestinos, estigmatizados pela sociedade.

É importante ressaltar, que não vi na imensa bibliografia disponível sobre consumo de drogas, qualquer descrição sobre níveis de uso.

No entanto, ADLER e LOTECKA (1973), publicaram inquérito epidemiológico efetuado entre 1600 estudantes secundários, com resposta de 1591 (99,4%). Quanto ao nível de uso de drogas, a amostragem foi distribuída em três categorias, de acordo com as informações fornecidas nos questionários. As categorias de cada um desses grupos foi:

- "1. não consumidores: aqueles estudantes que nunca usaram qualquer droga;*
- 2. experimentadores: aqueles estudantes que usam ou usaram droga, excluindo narcóticos, mas sem chegar ao consumo de uma vez por semana;*
- 3. consumidor habitual (com dois subgrupos): aqueles estudantes que usam drogas de uma a duas vezes por semana, e os que usam três ou mais vezes por semana".*

Se os autores, de acordo com o estudo acima, fossem considerar os dados em geral elaborados em outros estudos, através apenas da pergunta "já usou drogas?", teriam provocado um grande alarme, já que a maioria de sujeitos, considerados "experimentadores", responderiam sim à questão. No trabalho aludido, se fosse utilizado tal critério, a conclusão seria a de que 1151 (72,3%) estudantes teriam problemas com drogas.

Existem algumas tentativas clínicas de se entender o fenômeno por uma classificação de consumo. WURMSER (1974), após um trabalho de longos anos com usuários de drogas, publicou uma categorização onde dividiu os consumidores em três conjuntos, cujas características mais importantes seriam:

- "1. experimentador: é aquele que usou substâncias psicoativas poucas vezes e concluiu que não necessita de tais substâncias;*
- 2. recreativo: é aquele que consome drogas como álcool e maconha, em geral nos fins-de-semana, em festas na maioria das vezes, restringindo-se a esses eventos, utilizando a droga para descontraí-*  
*se;*



3. *compulsivos: são aqueles com manifestações psicopatológicas, em geral do tipo estado-limite, que perceberam que os efeitos das drogas os aliviam de seu sofrimento. A retirada da droga tende a provocar-lhe reações, tais como depressão, crises de angústia, atos de violência, tentativas de suicídio. Com esses pacientes, o mais difícil não é retirar a droga, e sim lidar com a necessidade emocional subjacente ao sofrimento que foi atenuado com os efeitos da droga".*

Em questão muito bem levantada por BEJEROT (1972), argumenta-se que a dependência à droga seria um sintoma de desajuste psicológico ou social. Frequentemente isto é verdade para uso de drogas, mas quando se chega ao estágio de dependência, esta é em si própria uma condição mórbida, com sua dinâmica própria, que mesmo sendo removida a causa principal do uso, ela não é influenciada.

MURAD (1974) publica um levantamento estatístico sobre o "Abuso de Drogas em Minas Gerais". Utilizando metodologia questionável, realizou estudo

*"através de cerca de 1700 questionários distribuídos a jovens e adultos (estudantes secundários, universitários e leigos) em Belo Horizonte e várias cidades do interior de Minas. Logo após 36 palestras e conferências sobre o assunto de drogas, os autores fizeram um levantamento estatístico do abuso de drogas que provocavam dependência no nosso meio (16% dos questionados responderam que têm usado drogas que provocam dependência, enquanto 84% responderam negativamente)".*

É discutível a ética de aplicabilidade de tal trabalho, já que a amostragem era constituída de pessoas que tinham acabado de assistir a palestras e conferências sobre "o abuso de drogas, bem feitas e em bases científicas, sem exageros ou apelos emocionais". Tal fato, em si, já provocaria no mínimo cautela aos respondedores, ainda emocionalmente envolvidos no conteúdo do que fora exposto e, principalmente levando-se em conta o momento político que vivia o país, já que no período de efetivação das palestras, junho de 1971 a dezembro de 1972, vivia-se sob a mais negra ditadura militar, estando a questão-drogas submetida à Lei de Segurança Nacional.

Em 1989, CARLINI et al. publicaram extenso trabalho sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas no Brasil em 1987. O item referente a "internações por dependência de drogas psicotrópicas, em 1987", continua sendo ainda a mais abrangente análise da planilha de dados encaminhada mensalmente ao Ministério da Saúde.

O estudo de CARLINI et al. põe a nu a questão de como são tratadas no Brasil as questões relativas a saúde como um todo, e as relativas ao uso de drogas, em particular.

Até então, segundo os autores, tal planilha, denominada Mapa Estatístico de Altas Hospitalares de Dependentes de Drogas (art. 10 § 2º da Lei nº 6368/76 e Resolução Normativa nº 3178 do Conselho Nacional de Saúde, publicado no Diário Oficial da União de 09.11.78) "*nunca tinha sido cobrada dos estabelecimentos de saúde por nenhuma instituição oficial*".

Apesar de se tratar de pesquisa oficial, autorizada pelo Ministério da Saúde, 40 estabelecimentos psiquiátricos (9,5%) dos 419 consultados enviaram ofício aos autores comunicando não internarem dependentes de drogas. Outros 21 não tiveram seus endereços encontrados pelo Correio. Com isso, 358 instituições foram consideradas para fins de análise.

Os autores ressaltam o fato que

*"40% dos estabelecimentos pesquisados enviaram todos os dados solicitados, enquanto que cerca de 14% responderam parcialmente à solicitação. Quase metade (46%) das 358 instituições não respondeu em nenhum momento as correspondências sistematicamente enviadas"*.

De qualquer maneira, foram obtidos dados sobre 3274 sujeitos internados. É interessante notar que o quadro de desorganização geral do Sistema de Saúde no Brasil acabou por dar importante contribuição, à inconsistência daquilo que as autoridades denominavam, à época, dependência de drogas. Seguindo os autores, a distribuição desses pacientes por diagnóstico que motivou a internação foi: 1018 (31%) foram internados por dependência de Cannabis; falta o dado por "dependência não especificada" e 15,3% por dependência de cocaína. Os autores chamam atenção para o fato que nos Estados do

Nordeste do país (principalmente Piauí, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Bahia), as porcentagens de pacientes internados por dependência de Cannabis foram bem mais altas que a média geral, chegando, no Rio Grande do Norte, a quase 80% do total de indivíduos em tratamento. Já a dependência por cocaína apresentou maiores porcentagens de casos no Sudeste do país, tendo o Rio de Janeiro apresentado uma proporção de pacientes com esse diagnóstico duas vezes maior que a média geral (32,4%).

Vê-se que o tempo de internação, em sua ampla maioria, não ultrapassou 30 dias. Os diagnósticos de dependência de morfina e de barbitúricos apresentaram maior proporção de internações curtas (0 a 7 dias), em relação aos outros quadros. O único diagnóstico que se distinguiu estatisticamente dos outros, por apresentar maior proporção de internações longas (mais de 30 dias), foi o de dependência de Cannabis.

Um dos fatos significativos, e que causaram estranheza aos autores, foi justamente o fato da dependência à Cannabis ter indicado internações bem mais longas do que as causadas por morfina ou barbitúricos, além do fato de ter sido o diagnóstico mais indicado como motivo de internação dos pacientes pesquisados, particularmente na Região Nordeste.

A minha experiência no tratamento com usuários de drogas ao longo de 20 anos e em trabalho anteriormente (1974) realizado mostra toda uma categorização de pelo menos alguns quadros psicopatológicos definidos como uso de drogas superveniente, como por exemplo sujeitos psicóticos, esquizofrênicos, ou portadores de doença neurótica ou personalidade psicopática. O distúrbio fundamental do sujeito psicótico é a alteração profunda da personalidade. Ele se caracteriza, segundo EY (1974) pela *"manifestação de uma tendência profunda a cessar de construir seu mundo em comunicação com o outro, para se perder em um pensamento autístico, ou seja, em um caos imaginário"*.

Não existe uma definição rigorosa para se chegar a compreender o que se denomina psicose esquizofrênica. A dissociação da personalidade é a consequência de um conjunto de distúrbios como a discordância, a incoerência ídeo-verbal, a ambivalência, o autismo, as idéias delirantes, as alucinações mal sistematizadas e de profundas perturbações afetivas no sentido de desligamento e da estranheza dos sentimentos.

A atração dos psicóticos para a droga, em particular para as substâncias psicodislépticas, pode ser explicada, segundo DENIKER et al. (1970), pela "*repercussão dessas substâncias sobre o psiquismo dos usuários e, notadamente, a possibilidade que elas têm de se levar a descompensações psicóticas*". Essa noção de psicose aparecida sob o efeito de substâncias psicotrópicas ou farmacopsicoses deve ser mais bem estudada.

Entre os neuróticos, JANET (1909) relata que os "*doentes da personalidade, caracterizados por conflitos intra-psíquicos que inibem as condutas sociais*" apresentam ambivalência, sentimento de inferioridade e ansiedade como características. Por seu aspecto infantil, o neurótico se coloca ao abrigo de qualquer responsabilidade. Ele procura na droga, seja um meio de se afastar das responsabilidades, de dormir o mais profundamente possível, seja a afirmação, o sentimento de poder, ou simplesmente um derivativo da angústia vital, que lhe acarreta a consciência de suas próprias fraquezas. Essa fuga é ilustrada pelo uso excessivo de tranqüilizantes e hipnóticos (SEIBEL, 1975).

Existe um terceiro grupo, constituído por aqueles que KURT SCHNEIDER (1965) denominou de *personalidades psicopáticas*, no qual, a meu ver, se enquadrariam os mais autênticos e legítimos usuários de drogas, até o momento praticamente inatingíveis e inintimidáveis, por ausência da capacidade de empatizar, no sentido único das realizações hedonísticas ou do sofrimento.

A impulsividade, a inconstância dos investimentos afetivos, a reatividade intensa aos estímulos externos, sob forma de cólera ou de crises de angústia, tais são algumas particularidades do caráter e da vida pulsional do psicopata, que o conduzem a sofrimentos subjetivos e aos conflitos com a sociedade.

Sugestibilidade, labilidade de humor, imaturidade, cada aspecto de sua personalidade torna o psicopata sensível às seduções da droga.

CAMERON (1971) formula um conceito para dependência de drogas, incluindo o álcool, estabelecendo que a dependência é essencialmente um comprometimento em que o indivíduo manifesta graus crescentes de investimento em torno da droga, às expensas de sua

participação na vida como um todo. Fixando a dependência no envolvimento psíquico, esse autor recomenda os dois critérios abaixo, para certificação de sua existência:

*"1. saber se a droga ocupa um lugar importante na organização de vida do indivíduo; isto é, se este emprega uma grande parte de seu tempo e de sua energia, em pensar, falar, procurar e, consumir drogas;*

*2. se o consumo de substâncias tóxicas substitui os outros mecanismos de adaptação; isto é, se ao defrontar-se com diversas circunstâncias da vida e de seus estados d'alma, a pessoa recorre a drogas, em vez de empregar outros mecanismos que estão à sua disposição. Estes, por falta de uso, tendem a atrofiar-se, e o sujeito passa o tempo na busca de meios para substituí-los a fim de reagir às situações novas ou antigas".*

Toda dependência a drogas é, em princípio, psicológica. No entanto, o conceito em si é diagnóstico, incentivando a refletir-se a questão, posta apenas em termos das modificações fisiológicas provocadas por esta ou aquela droga; não estando em absoluto provado que sejam determinantes, por si só, de dependência. Mesmo aqueles, cuja brusca interrupção do uso constante viesse a desencadear toda a série de fenômenos descritos, a meu ver, decorrentes de um rearranjo fisiológico, e como tais definidos por síndrome de abstinência.

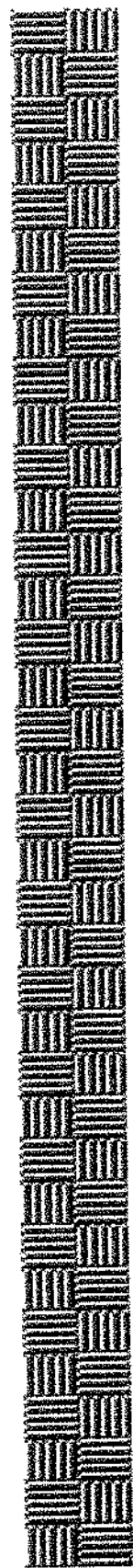
A droga não é a causa do uso, nem da dependência. Talvez seja mesmo sua consequência, como veremos adiante.

Temos que levar em conta que a gama das drogas disponíveis, principalmente as sintéticas, vem aumentando consideravelmente no mercado farmacêutico. Partindo do modelo bio-psico-sociocultural de "estar no mundo", proposto pela própria O.M.S., vemos que o encontro do indivíduo com a droga, em um determinado contexto sociocultural, tem naturalmente que levar em conta o conceito de personalidade; já que a droga em si é um objeto inerte e como tal, inócuo. Esse encontro pode se dar sob diversos pretextos, como por exemplo, terapêuticos, ou mesmo sob formas culturais de ritualização, sem considerar o altíssimo interesse comercial do tráfico que, criando uma necessidade de consumo, nada mais tem a fazer, senão administrar essa necessidade, mantendo o consumo.

JAFFE (1991) reforça a posição de CAMERON (1971), descrevendo a dependência de drogas como uma

*"síndrome em que o uso de determinada droga recebe prioridade muito maior do que outros comportamentos que anteriormente tinham maior valor. A síndrome de dependência não é absoluta, existindo graduações, e sua intensidade é avaliada pelos comportamentos associados ao uso da droga".*

Não há, segundo JAFFE, linha nítida que separe a dependência de drogas do uso não dependente, porém recorrente de uma droga. Em uma forma extrema, *"a dependência de drogas está associada a um comportamento compulsivo de uso de drogas, apresentando as características de uma doença crônica recidivante"*.



#### ***4. Retrospecto histórico e modalidades sócio-culturais da utilização de algumas drogas***

A droga, sempre esteve ligada a grandes interesses, legais ou não; cabendo aqui ressaltar o papel que sempre desempenharam na criação, propagação e fixação do uso, destacando-se, acima de tudo, o interesse do traficante, que tem em vista, única e exclusivamente o aumento de sua clientela, de seu lucro financeiro imediato.

Até o século XVIII, as drogas eram restritas aos países asiáticos, orientais. Mas, o comércio desenvolvido entre os países europeus e os da Ásia, principalmente Índia, China, Irã, Egito e Síria, marinheiros e comerciantes levaram ao tráfico clandestino de drogas, como se deu com a história do ópio, do haxixe, das diversas plantas até ao avassalador acréscimo das drogas sintéticas de nossos dias.

Não é nosso propósito relatar a história da droga. Um de nossos objetivos, ao introduzir neste capítulo o histórico de utilização de algumas drogas, foi o de reforçar uma de nossas hipóteses, ou seja, a de que a droga, embora tendo sido consumida pelo homem desde os tempos mais remotos, não pode, em hipótese alguma ser considerada a causa única de um uso intenso, ou mesmo daquilo que se convencionou chamar dependência.

É difícil, impossível mesmo, a obtenção de informações fidedignas sobre os problemas trazidos pelas drogas, tanto nos países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos.

Em uma perspectiva histórica, o consumo de drogas indígenas em culturas estáveis, sempre foi moderado: a demanda, a aquiescência de consumo e o consumo, sempre mantiveram um equilíbrio próprio dos rituais de utilização. Ultimamente, as modalidades tradicionais de consumo de drogas vêm se modificando. A disponibilidade dos produtos naturais purificados e de uma grande quantidade de substâncias sintéticas vem rompendo esse equilíbrio mantido durante séculos por essas culturas.

Procurarei, a seguir, traçar um quadro geral com um breve retrospecto histórico e modalidades socioculturais do consumo de algumas drogas. Em primeiro lugar será estudado o ópio, não só por aparentemente apresentar uma modalidade de consumo mais antiga, mas, principalmente para mostrar o quanto o comércio legal ou clandestino influi no consumo.



Passarei em seguida ao haxixe, não apenas por sua antiga história de consumo, mas também para que se conheça um pouco as freqüentes formas de utilização de uma das drogas mais utilizadas em nossos dias.

Em seguida, a cocaína que, sob diferentes formas de utilização, vem apresentando uma escalada de consumo imensa nos tempos atuais, com todas as conseqüências psíquicas e físicas, ainda relativamente pouco estudadas e conhecidas.

Para finalizar, o Santo Daime, por ser uma modalidade cultural brasileira, por seu conteúdo ritualístico de utilização e sua forma alucinógena de ação.

#### 4.1. ÓPIO

A apetência para o uso de substâncias modificadoras do estado de consciência é marcada no homem de todos os tempos, que utiliza tais substâncias pelas mais diversas razões: médicas, místico-religiosas ou mesmo pelos problemas cada vez mais difíceis colocados pela vida em comunidade, quer sejam alegados procedimentos de exploração artístico-criativas, ou ainda para facilitar as relações interpessoais. O uso de drogas, sendo tão antigo quanto a história da humanidade, em verdade, com ela se confunde.

LEWIN (1970) faz um extraordinário histórico da utilização das drogas, relatando o que se encontra em documentos muito antigos, pontos de apoio muito sólidos e concludentes para a história do ópio e do conhecimento de seus efeitos. Por exemplo, lê-se na Odisséia, de Homero, que

*"àquela época o uso do Népentes, o licor do esquecimento, era já tão conhecido que a descoberta dos efeitos do ópio deve ser localizada verdadeiramente muito tempo antes. Porque a Népentes era uma preparação opiácea", além de "procurar o esquecimento dos males".*

Em 1873, EBERS menciona haver descoberto um papiro egípcio da XVIII dinastia (1550 a.C.), que fala do ópio como "*capaz de impedir as crianças de gritar alto demais*".

No livro *De Medicina Egiptorum*, PROSPERO ALPINI constatou que a crença na eficácia terapêutica do ópio era grande, porque os egípcios melhoravam seu humor, tomando doze gramas de ópio por dia. HIPÓCRATES no século IV a.C. o preconizava para o tratamento da leucorréia e aquilo que ele chamava de "*sufocações uterinas*".

À época dos grandes médicos árabes, dos séculos X ao XII, e ao final das guerras de conquista dos muçulmanos, a paixão pelo ópio se propagou da Ásia Menor a quase todo o mundo então conhecido.

Os sucessos consideráveis de PARACELSUS, as maravilhas que ele realizou com a ajuda do ópio no começo do século XVI certamente também desenvolveram opiofagia crônica e, talvez no próprio PARACELSUS, como relata LEWIN.

Fora de qualquer relatório médico, existem algumas observações particulares de pessoas que se tornaram escravas do ópio como o Marquês de MUSSET, NERVAL e BAUDELAIRE. Em 1821, DE QUINCEY publicou aquele que é considerado ainda hoje o maior testemunho sobre o ópio: As Confissões de um Opiômano Inglês. Aos dezessete anos de idade, DE QUINCEY começou a tomar tintura de ópio, recomendada por um colega, por causa de "*terríveis dores de cabeça que duravam, seguidamente, cerca de vinte dias*". A partir de 1804, o autor faz uma narrativa detalhada de "*todos os prazeres e sofrimentos causados pelo ópio*", até 1812.

O ópio e o conhecimento de sua ação chegaram à China no século VIII, pela rota do Irã, graças aos árabes na Índia e China, que detêm cerca de 1/4 da população da Terra. Os anos foram passando, e relata-se que na última parte do século XII já existia na China um tráfico importante de ópio proveniente da Índia. Perto do final da dinastia Ming (o último imperador Ming reinou de 1628 a 1644), quando foi proibido fumar tabaco, apareceu o uso de fumar ópio, até então preparado sob a forma de doces e, com certeza, sem nenhum uso médico. Mais tarde, criou-se o hábito de fumar tabaco com um pouco de ópio. Por volta de 1800, o consumo de ópio tornou-se tão importante, que de nada adiantavam as medidas do

governo proibindo a importação e combatendo o tráfico. A última proibição de importar ópio na China data de 1820. Os ingleses que comerciavam com a Índia e a China, através da Companhia Britânica das Índias Orientais, sentiram uma desvantagem para seu comércio. Os ingleses viam a desvantagem de seu comércio, já que no decorrer do século XVIII, a Companhia pagou pelas importações de chá chinês, muito popular na Inglaterra, com três classes de produtos: prata inglesa, mercadorias inglesas e mercadorias indianas. Com a recusa da Inglaterra de exportar prata, a exportação de mercadorias inglesas continuou quase que sem alteração, mas a de mercadorias indianas quase que quadruplicou. O motivo desse aumento foi o ópio indiano introduzido na China desde o século XVII. Para defender esse crescente tráfico de ópio, altamente lucrativo, os negociadores da Companhia argumentaram que, se não exportassem o ópio indiano para a China, teriam de substituí-lo pela prata inglesa.

Os argumentos usados pela Companhia eram falsos, pois a balança comercial entre Inglaterra e China encontrava-se equilibrada, porque excluído o ópio, as importações, pela China, de mercadorias inglesas e indianas eram suficientes para cobrir o custo das importações das mercadorias chinesas.

O tráfico de ópio, além de constituir lucros diretos enormes para a Companhia, aumentava também os indiretos. Quando os chineses tomaram medidas enérgicas contra a importação de ópio, os industriais ingleses entraram em pânico, dando então amplo e total apoio à chamada Primeira Guerra do Ópio, que durou de 1839 a 1842, quando o imperador Lin-Tso-Siu resolveu interpelar a rainha Vitória, sobre como aquilo que era proibido na Inglaterra, poderia ser lícito na China. A Câmara dos Comuns decidiu, em moção adotada pela maioria absoluta que *"era inoportuno abandonar uma fonte de rendas tão importante quanto o monopólio da Companhia das Índias em matéria de ópio"*.

O único objetivo dessa guerra era comercial, cujo resultado foi o criar a necessidade à droga em milhões de pessoas.

Dois autores franceses, LAMOUR e LAMBERTI (1972), em um livro onde relatam, em uma perspectiva econômica e política, As Grandes Manobras do Ópio — falam do triângulo geo-político, formado pela Tailândia, pelo Laos e pelo Vietnã, conhecido por

Triângulo de Ouro, no qual *"a América do Norte iniciou uma cruzada desde o início dos anos 60, contra o comunismo que a conduziu a engajar meio milhão de jovens americanos em uma guerra interminável"*. (Na época da saída do livro, a chamada Guerra do Vietnã ainda não havia terminado). E nesses países transita pelo menos a quarta parte do ópio ilícito consumido no mundo,

*"não sendo mesmo menos paradoxal, que a Guerra do Vietnã tenha oferecido aos tradicionais traficantes locais de ópio uma nova indústria, a heroína e novos consumidores, os soldados americanos"*.

Ainda segundo os autores citados, as autoridades americanas foram obrigadas a admitir que, como estratégia de envenenamento das tropas americanas, o inimigo não faria tão bem feito como os seus "aliados", já que a insegurança e a corrupção generalizada reinavam no Sudeste Asiático pelo fato da guerra, permitindo-se que personalidades vietnamitas, tailandesas e laosianas, que gozavam da confiança dos americanos, fizessem fortuna nesse lucrativo tráfico ilegal, tendo ainda esse fato *"sido admitido pelas mais altas autoridades militares americanas"*.

O que se vê nesses relatos é a existência de interesses muito grandes permeando a questão. Interesses inconfessáveis, como a declaração das Guerras do Ópio em nome do "livre comércio" entre a Inglaterra e a China. Quando, no século XIX, foram descobertas e isoladas, a partir do ópio, a codeína, a morfina e a heroína, a planta — papoula — acabou por converter-se na matéria prima de algumas das mais perigosas substâncias entorpecentes da atualidade. Foi apenas em função desse poder que seu cultivo cresceu e se multiplicou, perdendo qualquer conotação de um inocente cultivo de belas flores.

## 4.2. HAXIXE

Haxixe, como descreve MOREAU DE TOURS (1845), é o nome da resina de uma planta cujo princípio ativo forma a base de diversas preparações usadas em quase todo o Oriente. Essa planta é comum na Ásia Meridional. É uma espécie de cânhamo, que os botânicos denominaram Cannabis indica, que não se distingue exteriormente do cânhamo ordinário, desenvolvido na Índia.

Em 1969, a O.M.S. divulgou uma relação de drogas sob controle internacional, onde dispõe 267 nomes para a Cannabis sativa e seus preparados; numa ampla distribuição geográfica da Cannabis sativa, com seus diferentes nomes, atribuídos a variedades da planta, assim como seus efeitos tóxicos, embora seus nomes sejam empregados alternativamente. No Marrocos e na costa norte da África é conhecida como kif; no Oriente Médio, Egito e Irã é conhecida como haxixe; na Índia a bebida preparada com o cozimento das folhas e copas é denominada bhang e o material resinoso que é fumado é o ganjá. Esse nome é também empregado na Jamaica, pois a planta foi ali introduzida por trabalhadores indianos. O nome *marijuana* ou *marijuana* como é conhecido nos Estados Unidos, veio do México; e maconha como é conhecida no Brasil, teria sido cunhada pelos escravos negros que, durante o domínio português, teriam trazido a planta do Norte da África. A marijuana e a maconha seriam a planta fêmea do mesmo cânhamo.

Os primeiros estudos conhecidos foram efetivados pelos cientistas que, em 1789, acompanharam Napoleão Bonaparte ao Egito.

## 4.3. COCAÍNA

A cocaína é um alcalóide vegetal, cuja origem remonta às plantações de coca pré-colombiana dos incas, nas encostas dos Andes. Os conquistadores espanhóis, os proprietários das minas e de plantações sempre incentivaram seu uso, obrigando os indígenas ao trabalho e pagando seu trabalho com folhas de coca.

Esta planta, *Erythroxilon coca*, foi encontrada por PIZARRO, no ano de 1533, em uso corrente no Peru, bem como em todos os países da cordilheira andina.

Além da propriedade de amortecedor das sensações de frio e fome entre os mascadores das folhas de coca da América do Sul, — os "*coqueros*", — desenvolveu-se neles um estado de caquexia progressiva. Esses sujeitos têm a aparência de velhos, quando apenas entraram na idade adulta, tornando-se apáticos em todas as circunstâncias da vida. Isto vale para todos os que mascam a folha da coca culturalmente.

A cocaína, tal como hoje utilizada, só foi refinada em 1859 pelo químico alemão NIEMAN; isolada das folhas secas da coca. Foi usada em medicina pela primeira vez em 1882, por FREUD e KOLLER, que procuravam uma substância capaz de anestesiá-lo localmente o olho durante intervenções cirúrgicas. Em 1885, o laboratório Parke-Davis a divulgava como uma "*droga maravilhosa que chegará a substituir a comida, fará do covarde um valente, do calado um eloqüente e libertará as vítimas do álcool e do ópio*". No final do século XIX, um empresário corso chamado ANGELO MARIANI, misturava a folha da coca com um vinho fino e o vendia como "Vinho Mariani" a figuras tão proeminentes como reis da Espanha, Grécia, Suécia e Noruega, bem como o Papa Pio X.

O processo de transformação da coca em cocaína, dá origem a uma pasta marrom, que depois de purificada, torna-se branca, e é conhecida como pasta-básica de coca (P.B.C.). Nessa etapa do processo, a pasta é encaminhada a laboratórios clandestinos, para completar o processo de refinação e depois exportá-la para o mercado consumidor. Em geral, o uso da P.B.C. não era muito difundido fora dos países produtores das folhas de coca, já que requer apenas um processamento rudimentar, tornando-se bem mais barata que a cocaína, sendo talvez mais consumida nesses países produtores pobres, de economia subdesenvolvida.

No entanto, JEKEL et al. (1986) publicaram uma nota no *Lancet*, chamando a atenção para um abuso epidêmico de pasta básica de cocaína nas Ilhas Bahamas, assim como no mesmo *Lancet*, em 1987, um editorial relata o fato do mesmo produto estar sendo por demais consumido nos Estados Unidos, sob a forma de cigarros. Esse material, vem sendo chamado de *crack*, por causa do som feito pelos cristais quando queimados, também

chamado "pedra" por causa de sua aparência. O *crack* pode ser fumado em um cachimbo de água (narguilé), ou pode ser fragmentado, misturado com tabaco, e fumado em um cigarro. Por esse meio, grandes quantidades de cocaína são liberadas pela rede vascular dos pulmões, produzindo um efeito similar à injeção endovenosa. Mudanças no padrão de abuso de cocaína podem ser devidas ao incremento da disponibilidade dessas modalidades, como vinhos, bem mais barata.

Nos países sul-americanos, incluindo o Brasil, a criatividade de usuários e traficantes, vem promovendo uma mistura de *crack* com maconha, fumada em cigarros, chamados *pitillos*.

#### 4.4. AYAHUASCA — O SANTO DAIME

O aparecimento da doutrina do Santo Daime está associado, principalmente, aos movimentos migratórios de nordestinos brasileiros em busca de trabalho na extração da borracha na região amazônica.

A doutrina do Santo Daime surgiu por volta de 1920, quando seu idealizador, RAIMUNDO IRINEU SERRA, chegou à região para trabalhar nos seringais.

Mudando-se para Rio Branco no Acre, IRINEU acabou abandonando os seringais e, por volta de 1930, dedicou-se a trabalhos espirituais.

No processo de aprendizagem da utilização da ayahuasca com os índios peruanos, o já mestre IRINEU aprendeu a reconhecer na floresta o cipó Banisteriopsis caapi (jagube), a folha Psicotria viridis (chacrona) e a preparar a bebida.

A antropóloga REGINA ABREU (1986), em documento não publicado, refere que *"no transcorrer da década de 70 muitas pessoas afluíram à comunidade"*, já então "rachada" após a morte de IRINEU e tendo, um seu antigo companheiro, padrinho SEBASTIÃO, criado seu próprio Centro (CEFLURIS). Essas pessoas eram nordestinos "expulsos" pelas

secas, gente do sul e estrangeiros de procedência latino-americana. As razões desse afluxo eram bastante variáveis.

A autora acima conseguiu detectar pelo menos três grupos de visitantes naquele período:

*"O primeiro, constituía-se de pessoas atraídas pelo fenômeno propriamente dito, ou seja, estudiosos interessados em conhecer e investigar a doutrina do Daime e seus adeptos. Nesse grupo, podemos destacar psicólogos e médicos de grandes centros urbanos atraídos pelo valor terapêutico e medicinal do Daime, estudantes de Rio Branco, jornalistas, historiadores, sociólogos, antropólogos, fotógrafos, cinegrafistas e representantes do Governo local. Mais tarde, em 1982, foram encaminhados à região, representantes dos Ministérios da Justiça e do Exército.*

*No segundo grupo, estavam todos aqueles que buscavam a "cura" para seus problemas individuais: a maior parte era de pessoas da própria região, alegando "doenças de nervos", raivas, depressões, dores de cabeça, enfim, tantos problemas localizados no próprio corpo, do tipo úlcera e dificuldades cardiovasculares, como também problemas ou doenças difusas, sem uma razão aparente, incompreensíveis, situados naquele terreno pouco palpável entre o corpo e a própria alma.*

*O terceiro grupo, formado por pessoas cujo objetivo era essencialmente religioso, ou seja, gente atraída pela doutrina e pela filosofia subjacente a ela. Esse grupo era menos homogêneo em sua composição e congregou também elementos dos dois primeiros grupos. Pois, se num momento o indivíduo vinha atraído pelo fenômeno ou pela "cura", não foram poucos os casos em que a religião se impôs, transformando sua própria vida".*

Em 1985, o presidente do recém-constituído Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), através da Resolução nº 04/85 designou um "Grupo de Trabalho para examinar a questão da produção e consumo das substâncias derivadas de espécies vegetais", visando à inclusão dessas substâncias na relação de produtos controlados, emitida por Portaria da



Divisão Nacional de Vigilância Sanitária (DIMED) do Ministério da Saúde e considerando ainda a necessidade de se conhecer e examinar os aspectos sociológicos, antropológicos, químicos, médicos e de saúde em geral.

O produto Santo Daime é uma infusão, preparada pela cocção da massa do cipó jagube, cujo nome científico é Banisteriopsis caapi e da folha chacrona, cujo nome científico é Psicotria viridis. Tendo em vista que a espécie de chá assim preparado, contém substâncias alucinógenas como a harmina, harmalina e dimetiltryptamina, a DIMED, em gestão anterior, houve por bem colocar um dos componentes do preparado, o cipó Banisteriopsis caapi, entre as drogas da lista de produtos proscritos, ou seja, interditou seu uso.

No trabalho acima referido da antropóloga REGINA ABREU, existem considerações quanto às características básicas, doutrinárias e rituais empregadas na comunidade "Céu do Mapiá", no interior da selva amazônica. Tais características, entretanto, são encontradas hoje, também nas principais capitais do país.

Para finalizar, já que não é o objetivo desse trabalho abordar todos os aspectos referentes ao uso do Santo Daime, e com base em diversas viagens às comunidades Rio Branco (Acre), Céu do Mapiá (Amazonas), Barão de Mauá (Rio de Janeiro) e Céu do Mar (Rio de Janeiro) e em relatório (não publicado) de dois integrantes do Grupo de Trabalho do CONFEN, KARNIOL e SEIBEL (1985), chega-se à conclusão preliminar:

*"após contatos com as autoridades locais da Polícia Federal, com o Comandante Militar da área, juizes de direito, professores universitários, intelectuais, jornalistas, além de governantes - aparentemente nada foi escondido aos visitantes, o que permitiu uma apreciação correta do que lá estava acontecendo e, em vista das entidades religiosas visitadas serem legalmente constituídas, consideradas algumas como órgãos de utilidade pública estadual e municipal, possuindo estatutos que são constantemente lidos e relidos no sentido do seu cumprimento; e tendo em vista os "padrões morais e éticos de comportamento, em tudo semelhantes aos existentes e recomendados na nossa sociedade, por vezes até*

*de um modo bastante rígido, são observados nas diversas seitas, a obediência à lei pareceu sempre ser ressaltada.*

*A partir destas e de algumas outras observações, chegamos às conclusões que recomendamos venham a ser levadas em conta no lidar com o problema:*

*1- As seitas que em seu ritual fazem uso do chá denominados Santo Daimé não buscam, especificamente, os efeitos alucinógenos de uma droga. Todo um contexto cultural, antropológico e histórico está envolvido e tem que ser considerado.*

*2- Aspectos importantes e significativos da história moderna do Acre parecem estar ligados a essas seitas.*

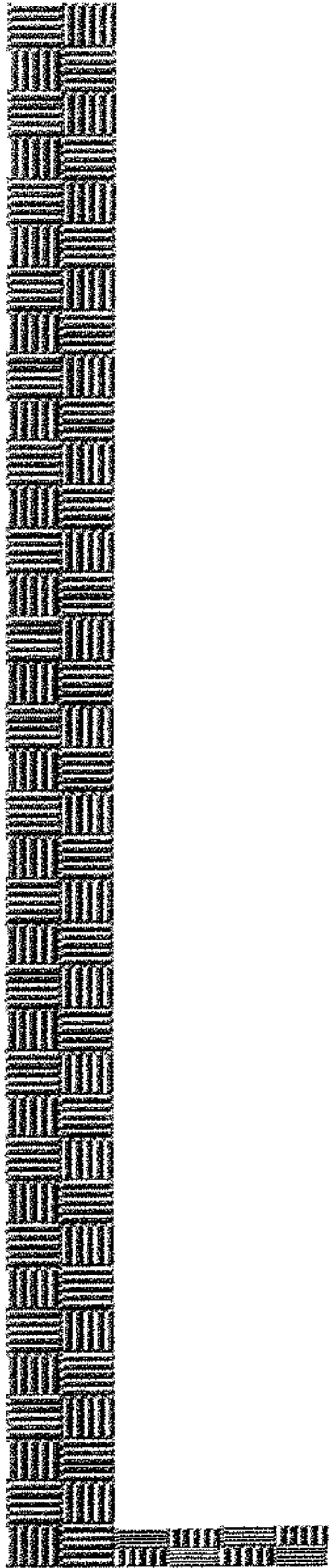
*3- O uso ritual do chá parece não atrapalhar e não ter conseqüências adversas na vida social dos seguidores das várias seitas. Pelo contrário, parecem orientá-las no sentido da procura de uma organização social, dentro de um contexto ordeiro e trabalhador.*

*4- Problemas podem advir do contato dessas religiões com elementos urbanos, em cujas tradição e história o uso do chá constitui uma novidade. Reconhecemos que podem surgir problemas mas, até agora não se constatou que do uso ritual, com características mais individualistas de abuso".*

Recomendou-se então:

- 1- Que o Banisteriopsis caapi, seja retirado da lista da DIMED. Essa proibição trouxe, até o momento, mais problemas e injustiças que soluções.
- 2- Que, de acordo com as diversas seitas, apenas o uso ritual, e se possível coletivo fosse permitido.
- 3- Que houvesse restrições ao uso das plantas pelos não pertencentes a essas religiões. Essa fiscalização, logicamente seria feita pelas próprias seitas.

- 4- Que houvesse uma idade mínima, a ser definida, para tomar o chá, e que não fosse usado por mulheres grávidas. Sabemos que isto fere aspectos fundamentais de algumas seitas, mas talvez seja esse o preço de uma convivência de diversos segmentos em uma sociedade. As próprias seitas deveriam então providenciar soluções nesse sentido.
- 5- Que um acompanhamento das atividades dessas seitas e do uso do chá fosse feito em conjunto com os dirigentes dessas entidades e os Conselhos Municipais e Estaduais de Entorpecentes.
- 6- Que estudos antropológico-culturais, psiquiátricos e farmacológicos fossem estimulados, no sentido de resgatar essa parte de nossa história.



## ***5. Complicações clínicas decorrentes do uso de drogas***

Existem vários estudos tendentes a mostrar a relação entre uso de drogas e comprometimento orgânico do indivíduo consumidor. Esse comprometimento é global, e se manifesta desde o período gestacional até a morte, passando por todos os sistemas.

Não pretendo, neste capítulo, fazer uma abrangente revisão da literatura, porque fugiria ao objetivo desta tese. Darei ênfase à cocaína e seus efeitos que, segundo critérios empíricos vem chamando a atenção no Brasil e no mundo nas últimas décadas. Com isto, pretendo exemplificar como a Medicina enfoca a possibilidade de complicações clínicas do uso ou abuso de drogas.

Em 1979, HERJANIC e TOMELLERI estudando filhos de dependentes de drogas, presos, nos Estados Unidos, chama a atenção para políticas erradas de tratamento, repressão e legislação, sem qualquer proteção para as famílias de dependentes a drogas, sem orientação para as esposas e filhos desses dependentes encarcerados.

## 5.1. COMPLICAÇÕES CLÍNICAS DO ABUSO DA COCAÍNA

CREGLER e MARK (1986), em extenso relatório sobre as complicações médicas do abuso de cocaína, tratam a questão como um *"desenvolvimento gradual, proveniente de um problema relativamente menor dentro de um quadro maior de saúde pública com sérias conseqüências econômicas e sociais"*.

Desde o começo da década de 1980, tem sido imenso o arsenal bibliográfico, não apenas referente a mortes súbitas relacionadas ao uso de cocaína, mas a complicações que afetam praticamente todos os sistemas orgânicos.

Alguns mitos vêm sendo associados à cocaína, como por exemplo, que seu uso é benigno, não leva à dependência e é afrodisíaca. Seu uso é freqüentemente associado à elite, por sempre aparecer ligado a pessoas ricas e famosas. No início, realmente seu custo era muito alto e seu preço servia como uma barreira para um amplo consumo. Em anos mais recentes, a cocaína tornou-se mais barata e sua disponibilidade e pureza cresceram. A pureza da cocaína à venda nas ruas é imprevisível, podendo variar de 10 a 100%.

A cocaína pode ser administrada por via intranasal, injetada por vias subcutânea, intramuscular ou endovenosa. Pode também ser utilizada por vias oral, sublingual, vaginal ou retal podendo, também, ser fumada.

A cocaína começa a ser citada como uma das drogas ilegais mais perigosas em uso atualmente, como se vê nos trabalhos de POLLIN (1985) e CREGLER e MARK (1986). As propriedades de reforço da cocaína, acoplada com sua relativamente curta meia-vida biológica, pode induzir a padrões de uso compulsivo. Esses padrões podem levar ao uso de muitas vias perigosas de introdução e a doses elevadas, com aumento de riscos de efeitos indesejáveis devidos, por exemplo, às ações cardiovasculares causadas pela cocaína. Até recentemente, havia pouca informação disponível sobre tais efeitos. Um aumento no número de complicações cardiovasculares e mortes relacionadas ao uso da cocaína, podem estar ligadas à popularidade e ao aumento de disponibilidade da droga. Segundo os autores acima citados, os grandes perigos da cocaína ainda não haviam sido adequadamente reconhecidos, seja pela população em geral, seja pelos médicos. Finalmente, os médicos se puseram de acordo diante das muitas complicações clínicas provenientes do uso de cocaína.

### **5.1.1. Complicações no recém-nato**

MADDEN e PAYNE (1986), estudando oito recém-natos, cujas mães tinham história de uso de cocaína durante o período gestacional, não encontram sintomatologia evidente ou sinais de teratogenicidade nessas crianças. Os autores considerando relativamente pequeno o número de estudos no gênero, sugerem pesquisas posteriores.

### **5.1.2. Complicações cardiovasculares**

#### **Infarto agudo do miocárdio**

Até o início da década de 1980, sabia-se muito pouco acerca da relação entre o uso de drogas ilícitas, e as possíveis conseqüências cardiovasculares desse uso. No entanto, em 1982, COLEMAN et al. foram os primeiros a relatar o caso de um paciente que "cheirava" cocaína, e que apresentou dois episódios de isquemia do miocárdio.

KOSSOWSKY e LYON (1984) na esteira do trabalho supracitado, estudaram seis pacientes, usuários de cocaína, que apresentaram infarto agudo do miocárdio. Os autores discutem a possibilidade de os efeitos da cocaína serem similares aos das anfetaminas em sua estimulação do sistema nervoso simpático, podendo causar aumento do débito cardíaco e da pressão sanguínea.

SCHACHNE et al. (1984), descreveram um outro caso de paciente sem história pregressa de doença coronária que fez um espasmo artério-coronário com infarto agudo do miocárdio associado ao uso de cocaína.

CREGLER e MARK (1985) relatam o caso de um paciente com infarto agudo da parede inferior do miocárdio. Antes do infarto agudo do miocárdio, seu uso de cocaína era de três vezes por semana. O paciente foi readmitido na unidade coronariana intensiva seis meses após, com um extenso infarto agudo de parede lateral anterior do miocárdio. A dor no peito ocorreu 45 minutos após administração intranasal de cocaína.

Alguns pontos de reflexão são levantados por ISNER et al. (1986), a saber:

- 1- as complicações cardiovasculares não são unicamente atribuídas à administração parenteral de cocaína. Praticamente todos os eventos ocorreram após aplicação intranasal;
- 2- doença cardíaca anterior não é um pré-requisito para complicações cardíacas de uso de cocaína;
- 3- a maioria dos pacientes citados anteriormente e três do estudo de ISNER et al. apresentaram arteriogramas coronarianos normais e,
- 4- as conseqüências cardíacas não estão restritas a doses "maciças" de cocaína.

Os autores chamam a atenção para a ocorrência de um infarto agudo do miocárdio em qualquer paciente jovem que não apresenta fatores de risco coronários usuais, podendo-se considerar a suspeita de espasmo coronário relatado em usuários de cocaína, descritos pelos autores como "recreacionais".

## Arritmias cardíacas

CREGLER e MARK (1986) no relatório especial anteriormente citado, fazem extenso levantamento bibliográfico descrevendo a cocaína como um produto arritmogênico, cujo potencial permanece desconhecido, característica que pode ser atribuída ao efeito direto da droga ou, mais provavelmente, a seus efeitos nas catecolaminas.

As arritmias cardíacas com perigo de vida requerem imediato tratamento com drogas antiarrítmicas; o propranolol e a amitriptilina tem sido recomendados para o tratamento de arritmias ventriculares, (GAY, 1982).

Um estudo retrospectivo, publicado em 1981, por NAKAMURA e NOGUCHI, referente a mortes por *overdose* de cocaína em Los Angeles relata que em 20 mortes creditadas à cocaína, em 18 delas a cocaína foi a única substância identificada.

MITTLEMAN e WETLI (1984) descrevem 60 mortes atribuídas à cocaína nos quatro anos anteriores à publicação, causadas por uso "recreativo", nas quais 92% foram classificadas como acidentais.

BARTH e BRAY (1986) descreveram um caso de morte súbita de um homem de 45 anos de idade, enquanto fumava cocaína *free base*. A necrópsia apresentou ruptura da aorta ascendente. Os autores sugerem que a ruptura aguda tenha sido provocada por um grande incremento na pressão de sangue sistêmico devido aos níveis extremamente altos de cocaína em seu sangue, em presença de uma hipertensão arterial crônica.

Em 1987, EDWARDS e RUBIN descrevem um caso de ruptura de aneurisma dissecante da aorta relacionada ao abuso de cocaína.

Todos os autores até agora pesquisados, enfatizam a estimulação adrenérgica produzida pela cocaína, acarretando elevação da pressão arterial, taquicardia e vasoconstrição tendo como resultante elevação aguda de pressão na aorta, o que pode predispor esses pacientes a desenvolver aneurismas dissecantes.



### 5.1.3. Complicações neurológicas e cerebrovasculares

Em 1987 TUCHMAN et al. em correspondência enviada ao *JAMA*, chamam atenção para o fato de incidência da hemorragia intracraniana provocada por abuso de cocaína ser extremamente baixa, apesar de alguns casos terem sido publicados na literatura americana e apesar da demanda crescente de uso de cocaína na população.

Nesse mesmo ano de 1987, no entanto, WOJAK e FLAMM, publicam um estudo significativo sobre o aumento do número de pacientes e usuários de cocaína com hemorragia sub-aracnóide ou hemorragia intracerebral.

Os mesmos autores descrevem seis casos, sem outras causas evidentes senão o uso de cocaína. No entanto, permanece difícil a discussão acerca do processo fisiopatológico envolvido nessas hemorragias. Os autores acrescentam que, antes de se registrar morte por causa indeterminada, deve-se considerar que o uso da cocaína pode provocar morte por hemorragia interna e/ou arritmia cardíaca.

FACTOR e WEINER (1988) citam o caso de um jovem homem de 21 anos de idade, que vinha experimentando exacerbações cocaína-induzidas de sintoma previamente diagnosticado como os de síndrome de Gilles de la Tourette. Na realidade, os sintomas (tiques, ecolalia e coprolalia) tiveram início aos 10 anos de idade. O paciente relatou que após 20 minutos de auto-administração de cocaína via intranasal, a frequência e amplitude dos tiques motores e vocais aumentavam, correspondendo ao desenvolvimento de euforia maníaca. Os sintomas, com tais exacerbações, sempre apareciam após uso de cocaína, mas não após uso de maconha ou álcool. O caso acima é o segundo relatado de síndrome de Gilles de la Tourette, exacerbado por indução cocaínica, sendo que o primeiro foi referido por MESULAM (1986). Nos dois casos, a síndrome foi diagnosticada antes do uso de cocaína e, em ambos, tais exacerbações eram resolvidas com a descontinuidade do uso de cocaína com a reversão dos quadros em algumas horas.

Os autores concluem que o efeito da cocaína na transmissão dopaminérgica pode ser o responsável pelas alterações nas manifestações da síndrome de Gilles de la Tourette. A exacerbação da síndrome pela cocaína dá suporte, segundo os autores, a

hipóteses de que a síndrome pode ser o resultado de mecanismos dopaminérgicos centrais alterados, já que tal síndrome situa-se, a meu ver, naquele nebuloso limite entre a Neurologia e a Psiquiatria.

#### 5.1.4. Complicações pulmonares

Uma variada série de complicações, tem sido relatada como resultado do uso de cocaína. Dentre os vários sistemas orgânicos atingidos, o respiratório vem ganhando terreno, a partir da expansão do uso da cocaína *free base*, que é fumada.

MORRIS e SHUK (1985) trazem um caso de pneumomediastino em um jovem de 21 anos de idade usuário de cocaína fumada, sugerindo que a cocaína fumada pode causar ruptura alveolar com subsequente entrada de ar livre ao mediastino.

ITKONEN e SCHNOLL (1986) publicaram estudo com 19 pacientes fumantes de cocaína *free base*, todos admitidos em um programa para dependência química, onde 12 apresentavam sintomas respiratórios e 10 acentuada dispnéia.

Os autores acreditam que a cocaína *free base* usada freqüentemente produz anormalidade na troca de gases pulmonares que aparecem após relativamente breves períodos de uso. Os autores enfatizam que essas anormalidades podem persistir após sustação de cocaína *free base*

KHOUZAM (1987) faz menção, em correspondência enviada ao *Archives of Surgery*, que "alguns pacientes que fumam cocaína vêm apresentando enfisema subcutâneo de pescoço e mediastino." O autor atribui o fato ao poderoso efeito vasoconstritor da cocaína, capaz de produzir necrose da membrana mucosa da laringe naqueles que fumam cocaína, assim como sofrem o mesmo tipo de necrose do septo nasal aqueles que a usam por via intranasal.

### **5.1.5. Complicações gastrointestinais**

Todos os autores citados anteriormente, fazem referência ao aumento "dramático" do uso de cocaína, principalmente nos Estados Unidos nos últimos anos. Em vista disso, a quase unanimidade em reportarem os efeitos colaterais desse uso durante a década de 1980.

Em 1984, FISHEL e BARBUL, descreveram um caso de colite incomum, provavelmente exacerbada pela cocaína. O paciente consumia 1,5 a 2 gramas de cocaína três vezes por semana, fumada em *free basing*, um processo que transforma cloridrato em sulfato de cocaína. Após 15 minutos de uso de cocaína, tem início uma diarreia aquosa. Esse sintoma ocasionalmente é duplicado quando o paciente antecipa o uso de cocaína. A diarreia era essencialmente sem dor até mais ou menos um ano antes da admissão, ocasião em que o paciente começou a sentir câimbras abdominais dolorosas com movimentos intestinais durante o uso de cocaína. Não houve náusea e somente um episódio de vômito. Negou uso regular de outras drogas, exceto álcool, enquanto usava cocaína. Negou o uso de antibióticos, exceto quatro doses diárias de tetraciclina, por um período de quatro meses, até um mês antes da admissão, por uma doença não explicitada. O resto do exame clínico foi normal.

Na discussão, os autores chamam atenção para o fato da ocorrência de diarreia ser aparentemente bem conhecida entre os usuários de cocaína, mas raramente relatada na literatura médica. O mecanismo, já citado anteriormente, envolvendo isquemia de mucosa catecolamino-induzida é postulado para explicar o caso do paciente.

### **5.1.6. Complicações oftálmicas**

Em 1979, RAVIN e RAVIN relataram o caso de um homem de 32 anos de idade, que havia colocado cocaína no fórnix conjuntival dos dois olhos, causando úlceras e escaras em ambas as córneas.

### 5.1.7. Complicações psiquiátricas

Muitos são os autores que sempre tentaram estabelecer um padrão referencial de causalidade entre a gama cada vez maior de produtos disponíveis e a psicopatologia.

Um problema de ordem antes ética do que metodológica, no entanto, se coloca: todos os casos estudados, e citados pela imensa bibliografia consultada, tem que levar em conta que são pacientes vistos após o consumo de drogas. Seguindo a linha de DENIKER (1972), não nos parece que a droga em si cause qualquer psicopatologia em um terreno saudável.

Como deixo bem claro na linha de pensamento que estou tentando seguir, faço distinção entre aquelas experimentações únicas com uso de drogas, levadas pela curiosidade, pelo desejo de novas experiências, que a sociedade sempre colocou em um quadro de mitologia e mistério, daquelas outras experiências, tão agradáveis e exaltantes, que um distúrbio caracterial subjacente compele a uma busca de satisfação imediata. A dependência concretiza essas realizações. O uso da droga procederia de uma tentativa de autotratamento, de um desejo de se conhecer que os indivíduos em sofrimento, freqüentemente ao curso da adolescência, recorrem por vezes, de maneira reativa a fracassos sociais.

A droga, criando um lugar de pertinência, forneceria ao inadaptado social, um meio de se fazer admitir em um grupo, a viver uma experiência comunitária. No entanto, vamos procurar associar o uso de drogas com as várias categorias nosológicas existentes e, passando por aquilo que deveria ser mais estudado, ou seja, as psicoses induzidas pelo uso de drogas, o que DENIKER (1969) denominou de "farmacopsicoses".

Os dados do NIDA (1988) de prevalência referentes à ocorrência de transtornos psiquiátricos e transtornos do abuso do álcool e outras drogas são expressivos entre as pessoas diagnosticadas como portadoras de transtornos mentais.

Apresentavam transtornos mentais:

- 53% dos abusadores de drogas;
- 47% dos abusadores de álcool;
- 72% dos abusadores de drogas têm transtornos mentais e problemas com o álcool;
- 28% também apresentavam transtorno pelo abuso de substância tóxicas.

Os dados acima enfatizaram que o risco de transtornos mentais é 4,5 vezes maior entre pessoas com transtornos pelo abuso de drogas.

### **Bulimia e Doença Afetiva**

HATSUKAMI et al. (1984) estudaram 108 mulheres com bulimia, que foram avaliadas para doença afetiva e abuso de álcool ou drogas. Nessa amostragem, 43,5% tinha história de doença afetiva e 18,5% tinha história de abuso de álcool ou drogas. Aproximadamente 56% das pacientes com bulimia apresentaram um *score* que ia dos limites de depressão moderada a severa.

Os autores indicam claramente a alta prevalência de desordens afetivas e o abuso de álcool ou drogas encontrado entre mulheres que buscam tratamento para bulimia. Citam igualmente trabalhos de vários autores com o mesmo nível de prevalência.

MOLDAWSKY (1985) em estudo de um caso de paciente do sexo feminino, chama a atenção para o fato de só recentemente ter-se dado atenção para as complicações médicas da bulimia em si e dos efeitos das drogas usadas para induzir o vômito. Uma semana antes da admissão no serviço de emergência, por dores e dificuldades de deambulação, foi diagnosticada uma depressão severa. À anamnese a paciente revelou uso crônico de Ipecac, que tem como ingrediente ativo a emetina, capaz de provocar contrações diretamente depressoras do miocárdio e mudanças no eletrocardiograma. Os efeitos tóxicos mais comuns são diarreia e náuseas, além de vômitos. As conseqüências secundárias incluem fadiga, dispnéia, ataxia, arritmias e hipotensão arterial. Dores musculares, miosite regional

têm sido descritas na bibliografia. Diversos casos de abuso de Ipecac em pessoas com bulimia têm sido descritos como tendo um efeito depressor direto no miocárdio causando miocardite. O autor enfatiza o alerta que deve ser dado aos clínicos para a possibilidade de miopatia pela emetina.

HASIN e ENDICOTT (1985) chamam atenção para o fato de que a identificação de pacientes que provavelmente usam drogas ou álcool durante um episódio de uma síndrome afetiva é do maior interesse clínico, pois o uso de substâncias tóxicas pode comprometer seriamente o tratamento desses pacientes.

MITCHELL (1986) em artigo sobre abuso de laxativos como uma variante de bulimia, escreve que o uso de laxativos é um problema bem conhecido em clínica médica. Na discussão, os autores sugerem que bulimia com abuso de laxativos engaja esses pacientes em vários outros comportamentos anormais, como abuso de diuréticos e de enemas.

Em suas conclusões, os autores chamam atenção para o fato que os pacientes com abuso de laxativos, com vômito auto-induzido, complicam a bulimia e vêm sendo, na maior parte das vezes, hospitalizados por depressão apresentando alta média de comportamento auto-agressivo e tentativas de suicídio. Esses resultados sugerem grandes problemas no controle dos impulsos e uma severa psicopatologia no subgrupo de pacientes com bulimia que abusam de laxativos. De certa forma, fica aberta a questão para novos estudos.

HATSUKAMI (1986) confirma em seus estudos sobre pacientes bulímicos diagnóstico concomitante de doença afetiva e abuso de substâncias.

Em estudo comparativo, entre as variáveis examinadas, bulimia em grupo de abuso de substâncias, apresentava significativamente mais problemas que o grupo somente de bulimia ou o grupo de bulimia com doenças afetivas, tais como: tentativa de suicídio, problemas de controle de peso, problemas financeiros e de trabalho.

Acredito ser este trabalho desenvolvido por HATSUKAMI um importante referencial na distribuição de grupos de usuários de drogas usadas esporadicamente e os que o fazem de maneira habitual.

## Doença depressiva

No já citado trabalho de GAWIN e KLEBER (1986), os autores procuram demonstrar que o uso de cocaína é recentemente vivido como problema que envolve uma grande camada da população nos Estados Unidos, mas que a avaliação científica do uso da cocaína tem sido surpreendentemente restrita. Ao ver dos autores, há poucos estudos clínicos sistemáticos e detalhados dos usuários de cocaína, existindo dificuldades para interpretá-los por causa das distinções entre sintomas imediatos após o uso, e sintomas psiquiátricos duradouros.

Os autores referem que muitas vezes o uso de drogas é feito como auto-medicação para sintomas psiquiátricos. Relatam que em sua experiência clínica os usuários de cocaína freqüentemente mostram sintomatologia crônica, tendendo à "*distímia, depressão maior, ciclotímia ou atenção-deficitária*".

Em cada caso, a cocaína, segundo os autores, pode ser usada para:

- 1- reverter os episódios disfóricos ou estender os episódios hipomaniacos em distúrbio ciclotímico;
- 2- aliviar a disforia crônica ou distúrbio depressivo, ou
- 3- aliviar os sintomas de um distúrbio deficitário da atenção.

Ocorrendo auto-medicação, agentes farmacológicos convencionais, podem, ao ver dos autores, tratar os sintomas psiquiátricos mais efetivamente do que a cocaína, com menores despesas, disrupções psicossociais e riscos legais. Se os sintomas que sustentam o uso de cocaína puderam ser reduzidos pelo tratamento farmacológico convencional, cada tratamento poderia também facilitar crises de abstinência em pacientes que se auto-medicom.

## Esquizofrenias

PERKINS e TSUANG (1986) desenvolveram importante *follow-up*, (acompanhamento de dez anos) de usuários de drogas em pacientes com psicoses esquizofrênicas agudas ou crônicas.

Usuários de drogas com psicose crônica foram significativamente mais atingidos pela doença psiquiátrica do que os outros usuários de drogas, e expressivamente menos operativos nas tarefas ocupacionais do que os psicóticos agudos usuários de drogas. Os autores referem não ter havido diferenças nos padrões de consumo de drogas entre os dois grupos que usavam drogas e apresentavam sintomas psicóticos. PERKINS e TSUANG chegaram à conclusão que usuários de drogas com sintomas psicóticos crônicos formam um grupo distinto daqueles esquizofrênicos não usuários de drogas.

## Personalidades psicopáticas

KURT SCHNEIDER (1965) recusa-se, terminantemente, a admitir que

*"personalidades psicopáticas constituem, em si e por si, estados patológicos definidos e diferenciados. Ora, a personalidade psicopática não constitui, em absoluto, uma doença mental, nem do ponto de vista psicopatológico, nem jurídico-social. Tais personalidades são nada mais que variantes anormais da personalidade, que sofrem e fazem sofrer a sociedade".*

NOBRE DE MELO (1979) refere a existência da polarização do conceito das personalidades psicopáticas, da forma que se segue:

*"a) as personalidades psicopáticas só podem ser compreendidas como resultância e expressão de anomalias de integração dos fatores que respondam pela estrutura e dinâmica da personalidade normal;*



b) fora da aceção teleológica, sustentada por KARL SÖRNEDER, a qual negando às personalidades psicopáticas a condição de estados patológicos caracterizados, exalta a sua importância do ponto de vista do comportamento social.

*A vida de uma personalidade psicopática, acompanhada ao longo do tempo, é sempre pontilhada de acontecimentos anormais, de valorização extremamente variável, para cada um dos quais há que alvitrar solução-próxima e adequada à ocorrência mórbida ou fato-delituoso, que se pretende examinar".*

Seguindo ainda NOBRE DE MELO,

*"As personalidades psicopáticas constituem, em suma, ainda que não compulsivamente, o terreno fértil e básico sobre o qual gerenciam distúrbios neuróticos e psicóticos".*

Finalmente, a psicopatia não constituindo propriamente uma doença mental, passa então a pertencer mais ao âmbito jurídico-penal, por causa de suas implicações médico-legais, do que à esfera médico-clínica.

UDEL em 1985, discute a importância de se separar os sintomas psicopatológicos anteriores ao uso da droga das mudanças psicopatológicas associadas à intoxicação e ao uso.

A falta do reconhecimento da psicopatologia transitória secundária à intoxicação poderá determinar inadequado tratamento de uma desordem que poderia esclarecer a maneira pela qual a intoxicação regride.

MORRISON e SMITH em 1987, citam numerosos estudos que associam "distúrbios de personalidade anti-social a desordens provocadas pelo álcool e abuso de drogas". Numa revisão de adolescentes em tratamento de dependência química quando, encontraram

duplo-diagnóstico (abuso de substância e diagnóstico psiquiátrico), o distúrbio de conduta era o diagnóstico secundário em cerca de 50% dos casos.

## 5.2. COMPLICAÇÕES RELACIONADAS ÀS VIAS DE INTRODUÇÃO

Os usuários de drogas de hoje, em sua constante busca de novas emoções, encontraram na via endovenosa o *flash* que, segundo um antigo drogado, DUCHAUSSOIS (1971) é "*esse estado de felicidade indescritível, que só o amor e a droga podem trazer a um ser*".

LÔO (1970) refere que

*"essa reutilização tão apreciada pode ser provocada ou potencializada por uma modalidade de injeção particular, a "tirette". É necessário aspirar primeiro o sangue da seringa, esperar que a mistura do produto e do sangue se efetuem e depois empurrar rapidamente o êmbolo"*.

SEIBEL (1975) nota que pode-se ver então, nesses novos comportamentos, outra coisa além do prazer obtido por uma droga. Poder-se-ia falar do comportamento masoquista, que EY (1974) definiu como "*a procura e a provocação de seu próprio sofrimento para a obtenção do prazer sexual*". É necessário remarcar que aqueles que são mais tendentes ao masoquismo, no sistema pulsional sado-masoquista, consideram apenas uma espécie de retorno de alguém contra si próprio.

A investigação psicanalítica escolheu estudar a ligação do masoquismo com a culpa, a auto-punição, o desejo de castigo e de auto-destruição, fazendo desse aspecto libidinal da vida instintiva, seu objetivo de escolha para investigação, em razão mesmo de sua estrutura complexa.

Segundo os relatos acima, não estaríamos próximos da perversão enquanto prazer obtido por uma via para-sexual? Temos ainda que levar em conta, não apenas os mecanismos da dor provocada pela "picada" de agulhas, a "busca" de outros locais devido a esclerose dos vasos já muito utilizados.

Em artigos publicados em 1950, LÔO e BRETON, falando de uma "*toxicomania sem tóxico*", publicaram o caso de uma paciente, segundo os autores, "*com forte carga pitiática*", que havia se submetido a 152 punções lombares sem diagnóstico preciso. Entre nossos casos relatados há vários sujeitos que dizem se "picar" em via endovenosa, pelo simples prazer de se "picar", de "sentir a dor da picada". (SEIBEL, 1975).

É necessário ressaltar o aspecto mágico encontrado no uso da injeção e que é associado aos rituais de iniciação do novo usuário.

Enfim, é preciso mais do que nunca que fique claro que esta via de introdução comporta riscos conhecidos dos usuários de drogas, como os que desenvolveremos a seguir:

- 1- transmissões virais;
- 2- septicemias bacterianas;
- 3- reações febris, por erro de utilização ou envio de "poeiras", ou seja de substâncias tóxicas;
- 4- estado de choque por injeção rápida demais, destinada a obter um *flash* que leva a um estímulo e em seguida a uma depressão dos centros vasomotores e baroreceptores;
- 5- paralisias neurológicas de mecanismos não unívocos.

### **5.2.1. Complicações da via endovenosa**

SOMERS e LOWE (1986) chamam atenção para o problema de acesso vascular por via endovenosa em tempo prolongado de utilização. Quando os locais de acesso mais comuns ficam esclerosados, os sujeitos passam a usar os vasos do pescoço, das axilas e os femurais.

Os autores enumeram a variedade de problemas médicos freqüentes nos hospitais especializados em usuários de heroína. Casos, em geral, provocados pelo uso

freqüente de heroína adulterada e seringas contaminadas, tais como: linfangites, trombozes venosas, endocardites bacterianas, hepatites, nefropatias e síndromes da imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA). A essa lista, ele acrescentam gangrena localizada do escroto e pênis. Recentemente trataram três pacientes com gangrena localizada na genitália externa, secundária à injeção de heroína nos vasos femurais.

A gangrena da genitália externa, relatam os autores, pode resultar de uma variedade de causas, inclusive infecção (gangrena de Fournier), priapismo, terapia anticoagulante e trombose venosa. De uma forma atípica, a gangrena de Fournier é um processo auto-limitado, não fatal e facilmente tratado.

Todos os pacientes citados tiveram boa evolução, com exceção de um homem com 52 anos de idade que nos últimos dez anos usou drogas por via endovenosa. Uma nova radiografia de tórax revelou um pedaço de agulha quebrada alojada acima da clavícula direita, resultante de uma injeção de heroína na veia subclávia. O paciente recebeu alta após um mês e nunca retornou para revisão.

#### ***5.2.1.1. As infecções causadas pelo uso de drogas por via endovenosa e a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS/SIDA)***

Na última década, muito se tem estudado sobre a relação entre a AIDS/SIDA e sujeitos infectados após transfusão de sangue e derivados, aí contabilizados os usuários de drogas por via endovenosa.

O uso injetável de drogas, tem sido associado a doenças do fígado causadas pelo vírus da hepatite B e outras viroses. Com o aumento das graves complicações hepáticas e virais do uso parenteral de drogas, têm sido descritas novas viroses concomitantemente ao uso de álcool. A hepatite de vírus delta pode repetir e causar infecções do fígado somente em presença do vírus da hepatite B.

detectada em usuários de drogas parenterais, que tenham alguma infecção crônica: seja o vírus da hepatite B, seja associado ao da hepatite delta, ou quando há abuso concomitante de álcool.

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA), descrita pela primeira vez em 1981, é uma doença letal, consistindo em diminuição qualitativa da função imunológica.

Em 1984, o *Lancet* publicou carta de DES JARLAIS e CHAMBERLAND onde informa que dos 5964 casos de AIDS/SIDA, reportados pelo Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos, até setembro de 1984, a maior parte de pacientes heterossexuais usuários de drogas endovenosas era proveniente da Cidade de Nova Iorque e representava 65% dos casos; 25 dos 32 casos notificados pelo Departamento de Saúde eram mulheres não usuárias de drogas injetáveis, mas tinham um parceiro sexual usuário de drogas por via endovenosa (EV). No entanto, foram descritos 132 casos entre mulheres usuárias de drogas por via endovenosa, 145 casos entre homossexuais homens usuários de drogas EV, e 473 casos entre homens heterossexuais usuários de drogas EV.

HANRAHAN et al. (1984) em estudo publicado sobre 14 sujeitos heterossexuais e usuários de drogas EV, encarcerados em prisões do Estado de Nova Iorque; relatam que todos os sujeitos estudados usavam drogas EV antes de seu encarceramento. Apesar dos 14 sujeitos confinados desenvolverem sintomas da AIDS/SIDA entre 9,6 a 22,6 meses após o aprisionamento, todos eles apresentavam baixas taxas de leucócitos no momento da prisão.

As principais manifestações da AIDS/SIDA apresentadas pelos 14 presos foram:

- pneumonia relacionada a Pneumocystis carinii - foi a principal infecção oportunista em 12 dos casos (86%);
- toxoplasmose no Sistema Nervoso Central (S.N.C.) - 01 dos casos;
- candidíase disseminada com cryptococcoses: - 01 dos casos.

Os autores procuram mostrar a existência de um período de incubação prolongado para AIDS/SIDA em usuários de drogas EV e sugerem que a leucopenia pode preceder por alguns meses os sintomas de infecções oportunistas.

LAZZARIN et al. (1984) publicaram no *Lancet*, carta referindo "descrição de casos de italianos com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS/SIDA) caracterizada pela história de viagem ou estada em áreas endêmicas para AIDS/SIDA". Nos últimos dois anos, no entanto, os autores notaram um incremento no número de pacientes (naquele momento: 106 casos) com síndrome de linfadenopatia e uma alta prevalência (68% de anticorpos para vírus T-linfotrópicos humanos, tipo III (HTLV-III) entre usuários de drogas em Milão.

Os autores descrevem, o caso de um paciente de 26 anos, heterossexual, usuário de drogas EV que foi admitido no hospital com pneumonia e um déficit neurológico de alto grau. O paciente morreu pouco depois, em sofrimento agudo respiratório. A necrópsia revelou cryptococcose pulmonar e meningéia, herpes-vírus, pneumonia, e uma severa falência de órgãos linfóides, com baixa completa dos centros germinativos nos linfonódios, baço e apêndice.

Os autores observam que as informações clínicas, imunológicas e patológicas colhidas para análise deram suporte ao diagnóstico de AIDS/SIDA, apesar de ausência de contatos com áreas endêmicas relatadas na história, já que o paciente não havia saído da Itália nos últimos 5 anos.

À época, os autores concluíram que poucos casos de AIDS/SIDA em pacientes usuários de drogas como único fator de risco foram relatados na Europa. A observação, segundo LAZZARIN et al., de um caso autóctone de AIDS/SIDA positiva para anticorpos HTLV-III na população de usuários de drogas injetáveis de Milão, pode vir a mostrar a prevalência de anticorpos HTLV-III, podendo ter sido um aviso prévio do perigo possível de uma epidemia de AIDS/SIDA entre usuários de drogas na Itália.

Ainda em 1984, PINCUS em artigo publicado no *Public Health Reports*, chama atenção para os "sintomas primários e secundários desenvolvidos por pacientes com AIDS/SIDA". Descrevendo a relativamente alta prevalência de síndromes mentais orgânicas, geralmente de etiologia infecciosa, diz que os pacientes de AIDS/SIDA

*"necessitam ser estudados em termos de definição da etiologia e curso do desenvolvimento dessas síndromes, identificando-se fatores localizados na população de risco para seu desenvolvimento, e caracterizando melhor as síndromes discretas a fim de se formular diagnósticos diferenciais. As conseqüências da AIDS/SIDA (isto é, reações ao processo da doença) são virtualmente sempre significativas, podendo-se agrupá-las em ansiedade severa ou síndromes depressivas e eventual comportamento suicidário".*

Finalizando, diz o autor que

*"é necessário que se pesquise para chegar-se ao efeito de intervenções preventivas, reduzindo-se o "stress" e a incidência de distúrbios emocionais e disfunções psicológicas em pacientes com AIDS/SIDA, membros de populações de alto risco, que os pesquisadores devem examinar saídas e perspectivas na cultura "gay" e na cultura de usuários de drogas".*

GARRET (1985) completa o quadro acima citado, com a inclusão do Sarcoma de Kaposi às infecções oportunistas. Os autores chamam atenção para o fato do Sarcoma de Kaposi e AIDS/SIDA constituírem-se de uma doença agressiva com um curso rapidamente progressivo. Acentuam o fato da experiência prévia do Sarcoma de Kaposi, até então, com sua malignidade, não ter relações com a imunologia do paciente, nos Estados Unidos.

Ainda em 1985, FERRONI et al. publicaram estudo retrospectivo em dois grupos, que denominaram grupo A e grupo B. Os autores pesquisaram anticorpos HTLV-III nos dois grupos assintomáticos de usuários de drogas EV na Itália.

O grupo A foi constituído por 493 usuários, pacientes ambulatoriais de manutenção de metadona ou pacientes internados em serviços de doenças infecciosas em vários hospitais do Nordeste da Itália, por hepatite viral. O soro foi colhido entre 1979 e 1985. Outros usuários, que constituíram o grupo B, chegaram voluntariamente à comunidade terapêutica instalada em Milão, em vários períodos entre 1979 e 1985, e não usavam drogas por via parenteral, enquanto permaneceram na comunidade. O soro foi colhido entre março e maio de 1988.

No grupo A somente um soro de 139 coletados antes de 1982 era anti-HTLV-III positivo. Nos anos sucessivos a frequência foi 24% (1982); 21% (1983) e 29,2% (1984 e primeiro semestre de 1985).

A positividade para anticorpos HTLV-III no grupo B foi 7% (1981); 17% (1982); 47% (1983) e 53% (1984 e primeiro semestre de 1985).

No passado recente pensava-se que infecção prévia facilitava o início de infecção por HTLV-III, pela baixa qualidade de indução da resposta imunológica. Os autores observaram para a correlação entre positividade HTLV-III e doenças venéreas (9 casos); hepatite B passada ou atual (199 casos); hepatite viral crônica (25 casos) e ataques múltiplos de hepatite B, não-A - não-Be delta (60 casos).

Os autores concluem que o conhecimento de infecção por HTLV-III entre usuários de drogas EV na Itália teve início em 1981 e a alta percentagem de soropositividade encontrada em 1985 confirma que os usuários de drogas EV representam um muito alto grupo de risco de infecção HTLV-III, o que exige medidas educacionais e preventivas a serem adotadas, para prevenir um grande aumento da difusão da infecção pelo HTLV-III.

RODRIGO (1985) estuda a prevalência de anticorpos HTLV-III na Espanha, encontrando anti-HTLV-III em 112 usuários de drogas EV (37%) em amostragem de 303 usuários que evidenciaram hepatite B em 95 doadores de sangue não usuários de drogas EV.



O autor conclui que a prevalência de infecção pelo HTLV-III começou a aparecer na Espanha em 1983 e está ligada a extensão da história do uso de drogas.

Ultimamente, vem sendo descritos casos de transmissão vertical da AIDS/SIDA para recém-natos filhos de usuários de drogas EV.

THYSS e DUPONT (1987) relatam o caso de uma criança, nascida em 1981 na Riviera Francesa, quando lá começaram a aparecer os primeiros casos de AIDS/SIDA em usuários de drogas EV.

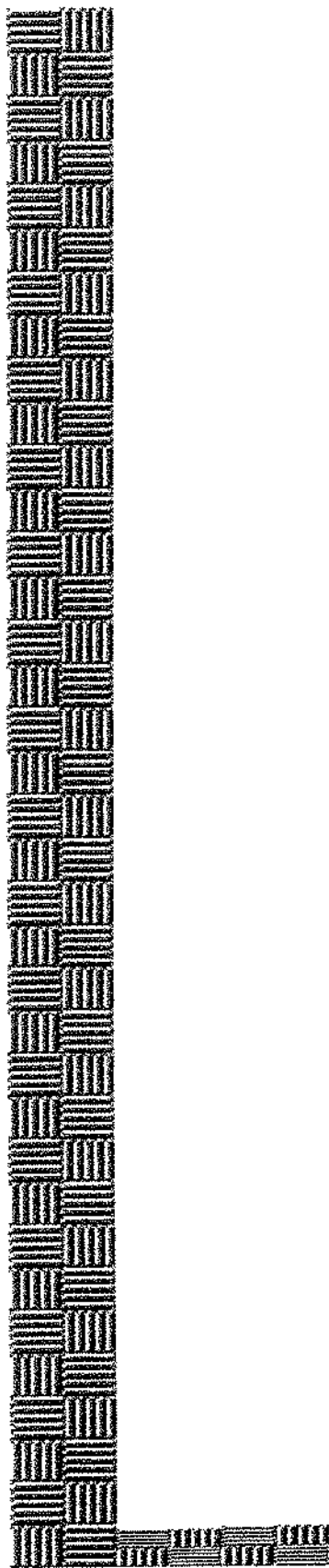
Os pais da criança, cujos sintomas começaram a aparecer na idade de 4-5 anos, eram usuários de drogas EV, tendo a mãe informado haver suspenso o uso de drogas durante a gravidez.

Essa infecção da criança, segundo os autores, é provavelmente devida à transmissão perinatal, já que a data de aniversário coincide com o aparecimento do vírus HIV na região. Os pais pertenciam a grupos de risco e a positividade HIV foi confirmada na mãe.

Os autores referem ser esse caso similar a alguns poucos relatos sobre crianças que provavelmente foram infectadas *in utero* ou por transmissão perinatal e que não apresentaram sintomas ou, muito poucos sintomas até por volta dos 7 anos de idade.

Segundo tabela dos casos notificados de AIDS/SIDA, fornecida pelo Centro de Referência e Treinamento em SIDA/AIDS, da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, o uso de drogas injetáveis foi responsável por 28% dos casos de 1980 até 30.09.1991 - correspondendo em números absolutos a 3727 casos -, logo após as provocadas pelas relações homossexuais (4476 casos - 33,7%). Os casos notificados pelo mesmo Centro de Referência, relativos a AIDS/SIDA por uso de drogas injetáveis via EV passou a representar 30,96% (correspondendo a 7495). Em segundo lugar, vem as provocadas pelas relações homossexuais (6826 casos - 28,19%), dados referentes a 30.04.93.

Os casos de AIDS/SIDA notificados até 31.01.95 no Estado de São Paulo, aumenta a prevalência de transmissão por uso de drogas injetáveis via EV, que passou a 10.019 casos representando 32,11%, mantendo dessa forma o primeiro lugar de casos infectados e identificados, sendo o segundo lugar mantido pela categoria transmissão homossexual (7495 casos - 28,97%).



***6. Projeto de implantação do  
Núcleo de Estudos e Pesquisas  
em atenção ao uso de drogas -  
(NEPD)***

## 6.1. Projeto de Implantação

A experiência de tratamento com usuários de drogas indicava que não era recomendável estabelecer-se programas únicos para simples usuários, ditos "recreacionais" e dependentes, ou seja, os verdadeiros usuários de drogas.

Os "acidentes" que podem ocorrer com o usuário "recreacional" são sobretudo médicos, devendo ser atendidos em emergência médica. Já no caso de dependentes, impõe-se um longo trabalho clínico (às vezes de desintoxicação), abrangendo acompanhamento psicoterápico e pedagógico que permita o paciente reestruturar sua personalidade e vir a organizar-se sem a droga.

Em princípio, a realidade a enfrentar era a seguinte:

- a) a existência da Lei 6368 de 1976 dispendo de várias resoluções não solucionadas até 1985;
- b) a ausência de estruturas de apoio, com bases científicas, destinadas ao atendimento a usuários de drogas.

Nenhuma estrutura de apoio com bases científicas havia sido, até então, criada para o atendimento aos usuários de drogas. Estes eram resgatados por unidades religiosas e policiais, sem preparo técnico adequado. As psiquiátricas tradicionais, que se propunham a tal atendimento, não se apresentavam organizadas para um atendimento especializado.

Tudo levava a crer que para um trabalho de tal porte, era imprescindível situá-lo na Universidade, por representar o centro mais autêntico de formulação de um conhecimento científico, intelectual e técnico, além de mais adequado pela capacidade de produção de um saber crítico e gerador de propostas renovadoras.

Por isso, o projeto foi efetivado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), por ser eu integrante, na época, de seu quadro docente, na disciplina de Psiquiatria e Psicologia Médica do Departamento de Especialidades Médicas da Faculdade de Ciências Médicas.

Para a realização do projeto tive a aquiescência do então, Magnífico Reitor, CHARLEY FAYAL DE LYRA, bem como do Conselho Universitário.

Após ouvida a instância oficial que cuidava da questão das drogas no Estado do Rio de Janeiro, ou seja, seu Conselho Estadual de Entorpecentes (CONEN-RJ) vinculado à Secretaria de Estado de Justiça e do Interior, dei início à elaboração do anteprojeto para implantação do então denominado "Centro de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas". Note-se que o Centro acima citado tinha a finalidade de dar execução à Política Estadual de Prevenção e Tratamento, formulada pelo CONEN-RJ, conforme o disposto nos Decretos nº 3781, de 09 de dezembro de 1980 e o de nº 5683 de 09 de junho de 1982.

Em seguida, foi assinado um primeiro convênio entre o Estado do Rio de Janeiro, através da Secretária de Estado de Justiça e do Interior e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com a interveniência do CONEN-RJ e do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) para a implantação do Centro, no âmbito da Universidade.

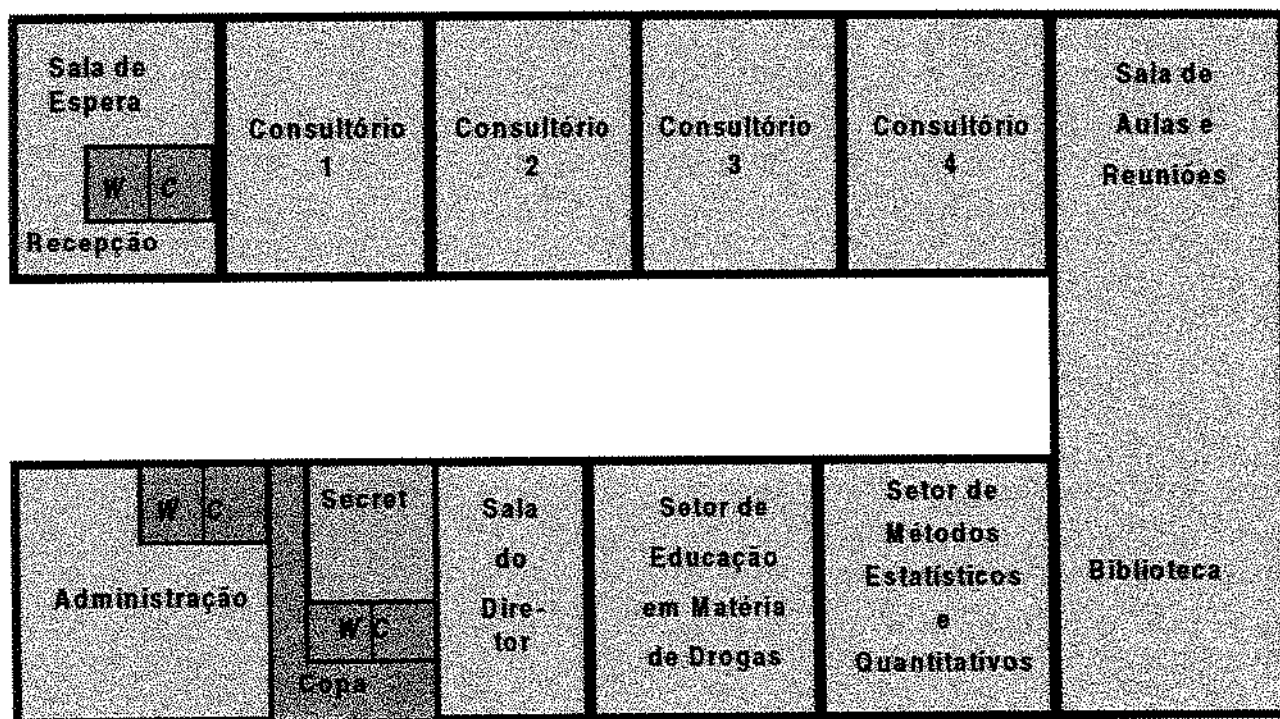
Nada existia e tudo, na prática, estava por se fazer. Após a execução do projeto, o problema que se colocava era o da escolha da sede de funcionamento do Centro. Foram visitados vários locais que se mostraram inadequados à idéia do projeto, por estarem situados em grandes estruturas psiquiátricas por demais estigmatizadas, inviabilizando, desta forma, um dos pontos primordiais do Projeto, ou seja, a abordagem extra-muros da questão - drogas. Como ponto de referência para a escolha do local, tomou-se a determinação de não fazê-lo dentro da área hospitalar, considerando-se ser o Centro uma instância basicamente de pesquisa e de não lidar *a priori* com sujeitos doentes mentais.

Selecionou-se, então, uma unidade, situada no campus da UERJ, e em seguida, foi efetivada a elaboração e assinatura de um segundo convênio com a mesma, para cessão do imóvel. Tal processo, foi o mais eficiente para garantir a continuidade do programa.

ficando aparentemente a salvo das interferências da política interna da Universidade, como, por exemplo, as eventuais mudança na gestão da Reitoria. Esta unidade foi recuperada e equipada mais tarde, sendo financiada através de convênios e outros recursos captados (TABELA 1).

Assim, foi possível contar com um espaço da Universidade que, há muitos anos tinha sido construído para ser a Faculdade de Medicina, e onde havia um andar desativado, sendo necessárias apenas uma adequação da planta física do local, o que foi feito por um arquiteto da UERJ, projeto aprovado e realizado por seu Departamento de Obras, conforme consta na Figura 1 e cujo fluxo da população demandante está indicado na Figura 2 (pag. 75).

**NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ATENÇÃO AO USO DE DROGAS - NEPAD - (Área: 400 m<sup>2</sup>)**



**FIGURA 1**

## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

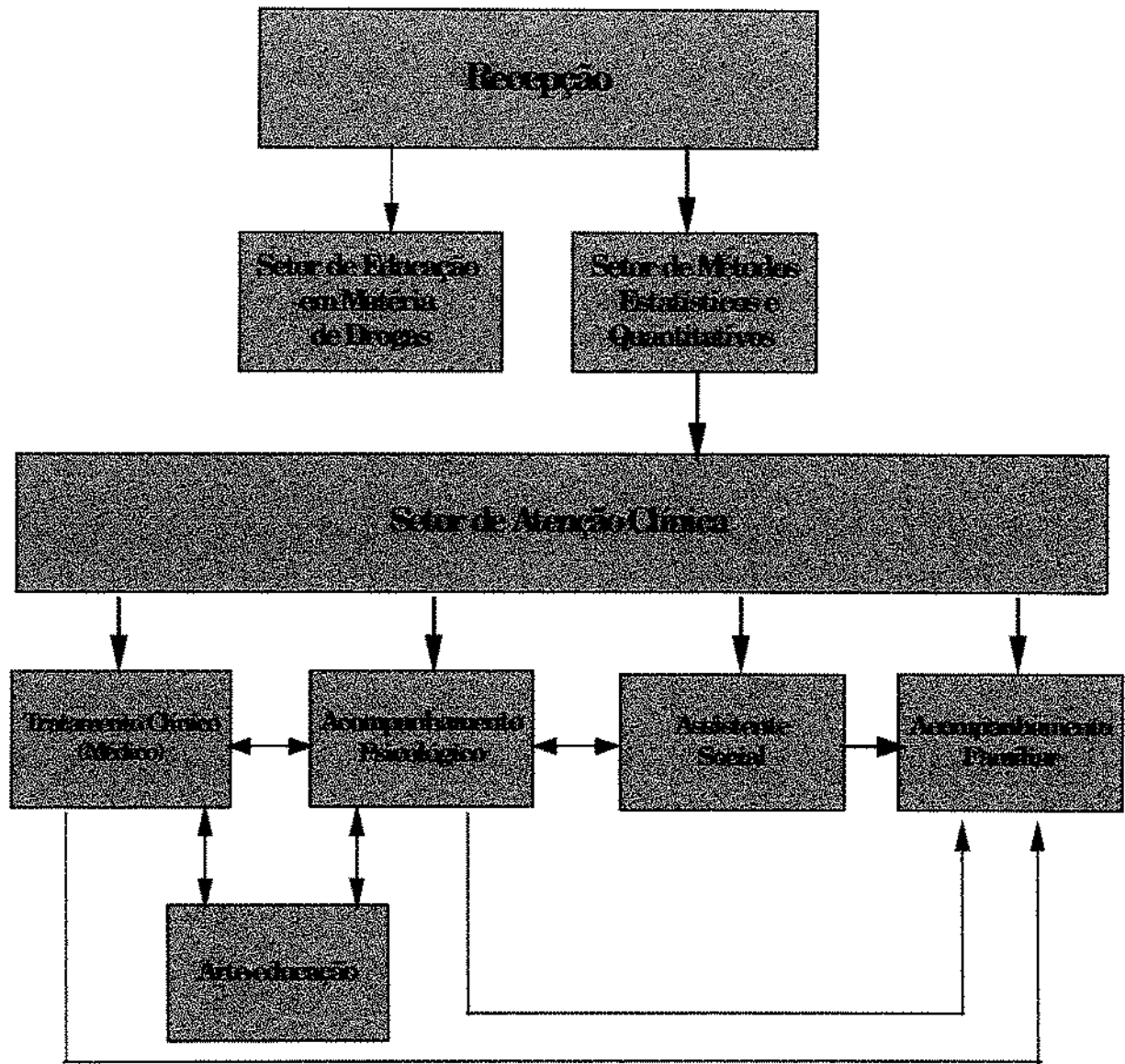


FIGURA 2

É necessário dizer que era imprescindível que o local não lembrasse o modelo asilar psiquiátrico tradicional, já que a proposta era a de intenso trabalho junto às comunidades envolvidas e que não se limitava, obviamente, apenas às comunidades de usuários de drogas, abrangendo profissionais de saúde, familiares de usuários de drogas, empresários e políticos. Buscava-se produzir em torno do tema "Uso de Drogas" condições para um debate com a sociedade. A finalidade era a de promover uma interação dos usuários de drogas com a comunidade *latu-sensu*, condição que não seria exequível na estrutura intra-muros asilar.

Desta forma, foram sendo afastados alguns locais inicialmente pensados como possibilidades. Um deles foi um espaço situado no Complexo Psiquiátrico de Engenho de Dentro, pertencente à então Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (DINSAM/MS) que, apesar de oferecer um bom local físico, carregava o estigma de situar-se em ambiente asilar, onde se encontravam doentes mentais, com patologias as mais diversas e, de longos anos de internação. Neste sentido, um dos objetivos do Projeto, era exatamente, discutir o processo Saúde/Doença com o aporte de variáveis sociais e questionar o modelo asilar ainda vigente, com a devida atenção ao comprometimento da sociedade no tratamento da questão-drogas, foi definida uma estrutura extra-muros onde tal interação pudesse se dar mais espontaneamente.

Como não havia previsão de verbas para a implementação do Centro, efetivou-se um terceiro convênio, celebrado entre o Ministério da Justiça e o Governo do Estado do Rio de Janeiro, assinado por seus representantes, o então Ministro de Estado da Justiça e o então Governador do Estado do Rio de Janeiro. A verba prevista, foi repassada através do projeto do Ministério da Justiça "Mutirão contra a Violência" para a Associação Fundo de Incentivo a Estudos e Pesquisas em Uso de Drogas - AFIPED (Estatutos no ANEXO), entidade criada com o objetivo de tornar-se a sociedade mantenedora do Centro, com verbas públicas e privadas, nacionais e internacionais destinadas ao desenvolvimento dos programas a serem implantados.



Foi firmado um quarto convênio entre a Reitoria da UERJ e a Presidência do INAMPS, a partir do qual o NEPAD foi considerado o primeiro centro de referência brasileiro do INAMPS para a assistência aos usuários de drogas, como previsto na lei 6368/76.

A burocracia interna da UERJ criou dificuldades, consumindo tempo significativo com tarefas administrativo-burocráticas. Não tendo podido interferido no terceiro convênio assinado diretamente entre o Ministério da Justiça e a AFIPED, conseguiram atingir este quarto convênio efetuado com o então INAMPS, que teve que ser assinado com a intermediação da UERJ, através de "taxas de administração", absurdas que atingiam de 30 a 34% dos valores conveniados. A liberação da verba destinada ao NEPAD era feita pelo INAMPS nos prazos corretos porém, na conta bancária da UERJ, só sendo repassada à conta bancária do NEPAD com cerca de 10 a 15 dias de atraso e após reiterada insistência.

De acordo com o que estava previsto (TABELA 2) foram efetuados contatos com organismos nacionais, como o DINSAM/MS que em seu primeiro momento, após assinatura de um quinto convênio, cedeu alguns quadros técnicos para que se desse partida ao programa. foram feitos contatos com Organismos Internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS). Tais contatos, embora realizados dentro do previsto, não puderam ser formalizados em tempo hábil, devido ao meu afastamento da direção do NEPAD.

Tal descrição está sendo feita para se ter idéia da complexidade de uma tarefa desse porte, onde a atividade científica ficava, muitas vezes, relegada a segundo plano, tal a multiplicidade de ações burocrática exigida.

Por questão de adequação ao organograma da UERJ, o Centro passou a denominar-se Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) em 24 de junho de 1986. Esta denominação foi aprovada e promulgada em reunião do Conselho Universitário da UERJ, através da Resolução nº 537 de 23 de março de 1987 e através da Portaria nº 265 do Reitor da UERJ, em 07 de abril de 1987, foi designado o Professor SERGIO DARIO SEIBEL para exercer o cargo de diretor do NEPAD.

Em outros países, as verbas, sem grandes burocracias, normalmente provindas de uma fonte única, são destinadas diretamente ao pesquisador. Desta forma, fica muito simplificada a ação burocrática e, facilitado o aspecto científico e de atendimento (KARNIOL, comentário pessoal).

O programa propriamente dito incluía a intervenção seletiva nos níveis de atuação primário (educação), secundário (tratamento) e eventualmente terciário (reinserção sócio-profissional), que seria sistematicamente montado no decorrer das implantações das fases anteriores. Esta última fase não chegou a ser implementada na minha gestão, dado o meu desligamento da direção do NEPAD.

## **6.2. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO**

A Tabela 1, diz respeito à recuperação e equipamento de unidade/prédio destinada ao projeto. Quanto ao cronograma de atividades proposto, foi cumprido à risca. Quanto à Etapa/Fase 1 da Tabela 1, foram visitados vários locais que, eventualmente fossem compatíveis com a ideologia proposta e já citada anteriormente. O tempo necessário para localização e captação do imóvel mais adequado no campus da UERJ foi como previsto e indicado, 1 mês. Dentro desse mesmo tempo, foi elaborado e assinado Convênio com a UERJ, para cessão e ocupação do imóvel, conforme Etapa/Fase 2 Tabela 1.

O início da obra de recuperação e da aquisição de equipamentos (mobiliário, aparelhos de ar condicionado, recursos audio-visuais, micro-computadores, entre outros) se deu em três meses, paralelamente à localização do imóvel e à elaboração do convênio de sua cessão. No início do quarto mês, as obras já estavam terminadas de acordo com Etapas/Fases 3, 6 e 7 da Tabela 1.

O orçamento para recuperação do imóvel e aquisição de equipamentos diversos foi feito a partir da verbas do terceiro convênio entre o Ministério da Justiça e o Governo do Estado do Rio de Janeiro (Projeto Mutirão Contra a Violência - Ruas em Paz). A composição deste orçamento levou três meses para ser efetuada de acordo com Etapa/Fase

4 da Tabela 1. A UERJ colaborou na viabilização das obras de recuperação, isto é, cedendo profissionais como engenheiro, arquiteto e projeto arquitetônico, outros tipos de mão-de-obra e material para as obras (Etapa/Fase 5 da Tabela 1). Esta captação se deu em cinco meses pela necessidade de complementação de compra de outros equipamentos que foram sendo necessários à medida em que o núcleo se instalava.

**TABELA 1:** Recuperação e equipamento de Unidade/Prédio destinada ao Projeto

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

ETAPAS / FASES	DEZ 1985	JAN 1986	FEV 1986	MAR 1986	ABR 1986	MAI 1986	JUN 1986
1-LOCALIZAÇÃO DO IMÓVEL NO CAMPUS DA UERJ	X						
2-ELABORAÇÃO E ASSINATURA DE CONVÊNIO UERJ PARA CESSÃO DO IMÓVEL	X						
3-OBRAS DE RECUPERAÇÃO E EQUIPAMENTO	X				X		
4-COMPOSIÇÃO DO ORÇAMENTO P/ RECUPERAÇÃO DO IMÓVEL	X	X			X		
5. CAPTAÇÃO DE RECURSOS PARA AS OBRAS DE RECUPERAÇÃO DA UNIDADE E EQUIPAMENTO	X	X	X		X		
6-INÍCIO DAS OBRAS DE RECUPERAÇÃO E EQUIPAMENTO				X	X	X	
7-ENTREGA DAS OBRAS DE RECUPERAÇÃO E EQUIPAMENTO							X

A Tabela 2, diz respeito à implantação da Coordenação Executiva e Núcleo Administrativo do Projeto. Quanto ao Cronograma de Atividades proposto, será mostrado a seguir o caminho seguido, de acordo com o desenho da Tabela. Nas Etapas/Fases 1 e 2 da Tabela 2, mostrou-se o período do término da versão final de elaboração da minuta do projeto, bem como da elaboração e redação final. Como se vê, tais itens levaram 2 meses para serem efetivados. A Etapa/Fase 3 da Tabela 2 faz referência aos contatos iniciais com Organismos e Instituições nacionais e internacionais que eventualmente pudessem fornecer suporte técnico, político e financeiro, para o bom andamento do Núcleo, não apenas em sua implantação mas, principalmente, para sua consolidação como um núcleo capaz de, como bem diz seu nome, desenvolver estudos e pesquisas em abuso de drogas. A Etapa/Fase 4 da Tabela 2, foi a de Montagem, Elaboração, Discussão e Assinatura de Convênios, não apenas com Agências Financiadoras de Projetos na área-alvo mas, também com entidades, principalmente médicas, visando geração de intercâmbio com Centros de Estudos especializados como, por exemplo, os Protocolos de Intenções assinados com o Centro de Estudos em Oftalmologia do Hospital da Cruz Vermelha do Rio de Janeiro. Com o Instituto de Medicina Social da UERJ, a partir do Protocolo de Intenções firmado, dá-se início a uma ampla troca de informações em uma área nova de pesquisas, ou seja, epidemiologia em uso de drogas, e também, no espírito do Protocolo, foi solicitada colaboração, para que, através da AFIPED houvesse repasse de verbas para o IMS / UERJ dos convênios mantidos com a Financiadora de Estudos e Projetos do Ministério da Ciência e Tecnologia (FINEP / MCT). Com isso eliminou-se certos detalhes da burocracia da UERJ, como taxas de administração, na reestruturação do espaço físico do IMS. A elaboração e operacionalização da Etapa/Fase 4 demorou três meses.

A Etapa/Fase 5 da Tabela 2, é referente à montagem da Assessoria Técnica de Planejamento. Tal montagem se fez, conforme já anteriormente descrito, à partir da contratação de um médico, que passou a exercer as funções de Assessor Técnico de Planejamento, durando dez meses.

A Etapa/Fase 6 da Tabela 2, nos remete à montagem da Assessoria de Recursos Humanos, Administrativos e Financeiros, que durou cinco meses. Essa Assessoria foi problemática, no que dizia respeito a quadros especializados, com formação específica em

Administração Pública, que nos interessava. A solução foi subdividir a Assessoria de Planejamento em gestão administrativo-financeira, com o Diretor assumindo o gerenciamento de Recursos Humanos e, dividindo as demais tarefas administrativas e financeiras com o Assessor de Planejamento; contratando-se técnicos com experiência em administração financeira pública e, um técnico em contabilidade, contra prestações de serviços (terceirização) e assistência *full time*.

As atividades-meio neste momento de nossa experiência tornaram-se tão complexas e demoradas que, a muito custo conseguimos nos dedicar a finalidade em si do projeto, que era o problema do abuso de drogas. Surgiram acusações de se estar privilegiando a burocracia em detrimento das atividades científicas dentro da própria equipe.

A Etapa/Fase 7 da Tabela 2, foi criada para responder a uma pergunta que a todo momento nos preocupava: mesmo com os dados empíricos que tínhamos em mãos, que faziam crer na demanda pelo serviço, os pacientes iriam recorrer ao centro? Foi então, efetivado um roteiro de divulgação pela imprensa, através de jornalistas e publicitários motivados pelo tema. Paralelamente, criou-se um esquema de palestras, conferências, participação em Congressos, Cursos e outras formas de divulgação técnico-científicas. Tais procedimentos foram executados em Colégios, Faculdades, entidades ligadas à Cúria Metropolitana, Academia de Polícia Civil, onde pudéssemos divulgar nossa ideologia de trabalho, bem como a abertura do NEPAD. Tal divulgação, como demonstrado na Tabela 2, foi construída para atuar de forma permanente, daí, como se observa não haver previsão para seu término, com momentos de maior ou menor intensidade, de acordo com nossos interesses de estimular-se ou não a demanda reprimida.

Na Etapa/Fase 8 da Tabela 2, referente à Seleção e Treinamento de Recursos Humanos técnicos, a preocupação era grande, não apenas com o nível quantitativo mas, sobretudo com o qualitativo. Para tal, dividiu-se o cronograma em várias fases entre processo de seleção e treinamento, já que a idéia inicial não era a de manter-se um quadro fixo mas, com mobilidade suficiente para uma real inserção na rede pública de saúde e educação do Rio de Janeiro. A primeira fase, de seleção e treinamento do quadro técnico inicial, teve a duração de quatro meses.

**TABELA 2:** Implantação da Coordenação Executiva e Núcleo Administrativo do Projeto

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

ETAPAS/FASES	OUT 1985	NOV 1985	DEZ 1985	JAN 1986	FEV 1986	MAR 1986	ABR 1986	MAI 1986	JUN 1986	JUL 1986	AGO 1986	SET 1986
1. ELABORAÇÃO DA MINUTA DO PROJETO	X											
2. ELABORAÇÃO DO PROJETO		X										
3. CONTATOS COM ORGANISMOS E INSTITUIÇÕES NACIONAIS/ INTERNACIONAIS			X									
4. ELABORAÇÃO DISCUSSÃO ASSINATURA DE CONVÊNIOS			X	X	X							
5. MONTAGEM DE ASSESSORIA TÉCNICA DE PLANEJAMENTO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
6. MONTAGEM DE ASSESSORIA DE RECURSOS HUMANOS, ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS						X	X	X	X	X		
7. DIVULGAÇÃO DO PROJETO ATRAVÉS IMPRENSA, PALESTRAS, CONFERÊNCIAS, CURSOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8. SELEÇÃO E TREINAMENTO DE RECURSOS HUMANOS						X	X	X	X			

A Tabela 3 mostra especificamente o tratamento detalhado dado à montagem da Assessoria Técnica de Planejamento, como já referido anteriormente. A Etapa/Fase 1 da Tabela 3, retorna ao ponto de Elaboração da Minuta do Projeto, que, como se reforça, consumiria efetivamente dois meses. A Etapa/Fase 2 da Tabela 3, nos mostra o tempo de dois meses levado entre a Elaboração e a Entrega do Projeto. A Etapa/Fase 3 da Tabela 3, diz respeito à Análise e Discussão dos Convênios a serem assinados, a essa altura, já ampliados para Protocolos de Intenções com o Ministério do Exército, SUNAMAM e PETROBRÁS. Isso durou três meses. A Etapa/Fase 5 da Tabela 3, mostra claramente a necessidade permanente de acompanhamento e avaliação do projeto, assim como a previsão de Reavaliações e/ou Reformulações do Projeto (Etapa/Fase 6 da Tabela 3) a cada dois meses.

**TABELA 3:** Montagem de Assessoria Técnica de Planejamento

**CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

ETAPAS/FASES	NOV 1985	DEZ 1985	JAN 1986	FEV 1986	MAR 1986	ABR 1986	MAI 1986	JUN 1986	JUL 1986	AGO 1986
1-ELABORAÇÃO DA MINUTA DO PROJETO	X									
2-ELABORAÇÃO E ENTREGA DO PROJETO	X	X								
3-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS CONVÊNIOS A SEREM ASSINADOS		X	X	X						
4-ACOMPANHAMENTO E EXECUÇÃO DOS CONVÊNIOS			X	X						
5-ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO		X	X	X	X	X	X	X	X	X
6-REAVALIAÇÃO E/O REFORMULAÇÕES DO PROJETO				X			X			X

A Tabela 4 acompanha a montagem da Secretaria Executiva do Projeto. Como é visualizado à Etapa/Fase 1 da Tabela 4, tal montagem durou dois meses, e teve caráter provisório, já que estávamos em processo de negociação com o diretor do H.U.P.E. para cessão da Secretária do Centro de Estudos do H.U.P.E. que mostrava interesse e eficiência profissional comprovada. Tal processo acabou não tendo continuidade e as negociações foram interrompidas.

A Etapa/Fase 2 da Tabela 4 sobre Datilografia do Projeto, foi feita em um mês, é incorporada à Etapa/Fase 2 da Tabela 3, confirmando-se o prazo total de dois meses.

A Etapa/Fase 3 da Tabela 4, como caracterizada, foi programada para ser de caráter permanente, o que foi confirmado na prática. O início efetivo de funcionamento da Secretaria Executiva se deu a partir da inauguração do NEPAD, correspondente ao quarto mês da Tabela.

A Etapa/Fase 5 da Tabela 4 acabou não sendo posta em prática, como relatado anteriormente, pelo tom técnico de cientificidade que se pretendeu dar ao NEPAD, ou seja, trabalhar-se com o conceito de integração de ensino, pesquisa e assistência. Isso queria dizer que todo projeto assistencial estaria automática e sistematicamente ligado à pesquisa, inclusive sobre a abordagem terapêutica que se julgasse adequada a cada caso.



**TABELA 4: Montagem da Secretaria Executiva do Projeto**

ETAPAS/FASES	NOV 1985	DEZ 1985	JAN 1986	FEV 1986	MAR 1986	ABR 1986	MAI 1986	JUN 1986	JUL 1986	AGO 1986
1-MONTAGEM DA SECRETARIA EXECUTIVA PROVISÓRIA DO PROJETO	X	X								
2-DATILOGRAFIA DO PROJETO		X								
3-DATILOGRAFIA DE CORRESPONDÊNCIA E AGENDAS DE ENDEREÇOS DE INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS NO PROJETO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4-INÍCIO DE FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA EXECUTIVA					X					
5-CRIAÇÃO DA ASSESSORIA DE DIVULGAÇÃO DE COMUNICAÇÃO DE MASSA		X	X	X						

Ressalta-se que havia na época, como que um consenso quanto à existência de demanda por atenção ao problema do uso de drogas. Diversas entidades procuravam o Núcleo, por razões que iam desde um interesse genuíno pela proposta, até para figurarem como colaboradores de algo importante que estava sendo feito na área. Estas solicitações provinham, às vezes, de entidades com poder político tal que, não era possível recusar esta colaboração. Na prática, muitas vezes, apenas uma sobrecarga burocrática era mais uma vez desencadeada. Assim sendo, frequentemente, quando deveria estar junto com a equipe, estava ocupado em reuniões improdutivas. Talvez aqui esteja um dos motivos que me levaram a ter dificuldades para conduzir o projeto em fases mais adiantadas. Numa área

sujeita a múltiplas pressões e com uma equipe ainda em formação, portanto imatura, o resultado final muitas vezes pode se desviar e, questões pessoais tornaram-se sobrevalorizadas.

A Tabela 5, referente à Montagem de Assessoria Administrativa, Financeira e de Recursos Humanos, teve a seguinte orientação de cronograma:

A Etapa/Fase 1 da Tabela 5, que diz respeito à montagem inicial propriamente dita da Assessoria acima referida, durou um mês.

O levantamento (Etapa/Fase 2 da Tabela 5) das necessidades de Recursos Humanos, teve a duração de um mês.

Já a Seleção dos Recursos Humanos acima citados, também durou um mês. Houve particulares dificuldades quanto a essa etapa, já que não se dispunha de quadros técnicos nem de apoio da UERJ. O recrutamento e seleção foram sendo feitos em dois universos: jovens recém-formados nas diversas Universidades e, profissionais um pouco mais maduros, mas que se encontravam fora do mercado formal de trabalho, sendo que uma médica, apesar de pertencer ao quadro docente da disciplina de Psiquiatria da FCM/UERJ, tinha mais de 6 empregos fora da Universidade. É necessário deixar claro que o pessoal inicialmente cedido pela UERJ tinha bem mais horas de trabalho fora da instituição, o que inviabilizava o trabalho no NEPAD.

A estratégia empregada para o treinamento de Recursos Humanos, como se vê na Etapa/Fase 4 da Tabela 5, foi a de treinamento em Serviço, com caráter permanente, através de Reuniões Clínicas, Programas de Reciclagem e Educação Contínua.

Finalmente, a montagem de instrumentos de controle orçamentário, como indicado, teve caráter permanente.

**TABELA 5: Montagem da Assessoria Administrativa, Financeira e de Recursos Humanos**

ETAPAS/FASES	MAR 1986	ABR 1986	MAI 1986	JUN 1986	JUL 1986	AGO 1986
1-MONTAGEM INICIAL DE ACESSORIA DE ADMINISTRAÇÃO. FINANCEIRA E RECURSOS HUMANOS	X					
2-LEVANTAMENTO DE NECESSIDADES DE RECURSOS HUMANOS	X					
3-SELEÇÃO DE RECURSOS HUMANOS		X				
4-TREINAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	X	X	X	X	X	X
5-MONTAGEM DE INSTRUMENTOS DE CONTROLE ORÇAMENTÁRIO	X	X	X	X	X	X

A Tabela 6, acompanha a Montagem do Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos.

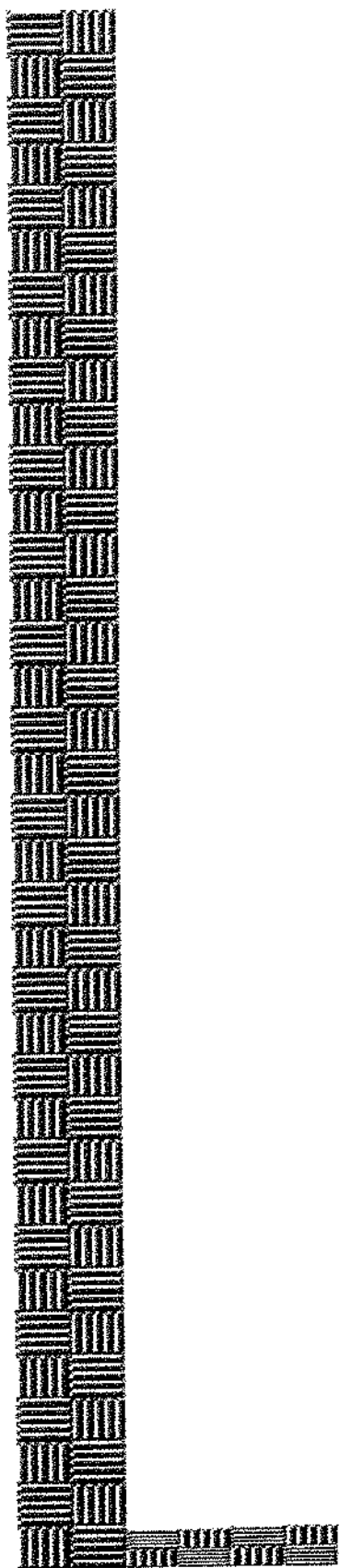
Na abertura de negociações para seleção e contratação de epidemiologistas, deparou-se com algumas situações problemáticas. A primeira delas foi a de, apesar da ampla pesquisa de mercado executada, não se ter encontrado sanitarista/epidemiologista com disponibilidade para integrar-se ao projeto. A solução encontrada foi intermediária: abriu-se contato com um jovem médico, recém-egresso da Residência em Psiquiatria na UERJ, à época contratado pela DINSAM/MS e que trabalhava no Instituto de Psiquiatria Infantil do Centro Psiquiátrico Pedro II, um dos próprios da DINSAM no Rio de Janeiro. O jovem ex-residente, mesmo estando bem integrado à Psiquiatria Infantil, despertou para a idéia oferecida de uma especialização em Saúde Pública, tendo sido comissionado junto ao NEPAD, por força do Convênio assinado entre o NEPAD e a DINSAM, já referido anteriormente. Quanto ao segundo técnico, havia também um estagiário no Setor de Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz do MS (ENSP - Fiocruz /MS), que aceitou a idéia de um estágio remunerado até a obtenção de sua

contratação definitiva. Houve também um terceiro jovem médico, ainda residente na disciplina de Psiquiatria da FCM/UERJ, interessou-se pela idéia do trabalho de micro-informática junto ao setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos. Na época (1986), ao menos no Rio de Janeiro, a idéia de aplicação de informática em Medicina, e principalmente na área de estudos e pesquisas em drogas, estava em seus primórdios. Entre os pontos discutidos e por mim exigidos, estava a inscrição nos cursos de pós-graduação (mestrado e eventualmente doutorado) de cada integrante, não apenas do setor supra-referido, mas de todos (de prevenção e clínico) ligados oficialmente ao NEPAD. Alguns casos, sem um evidente interesse acadêmico, não o fizeram. O cronograma foi seguido à risca, tendo sido executado nos dois meses previstos. Contratados os incipientes sanitaristas, foi dada partida à montagem do Setor, o que foi realizado em dois meses.

O início das atividades de pesquisa ocorreu nos três primeiros meses de funcionamento operacional do NEPAD, conforme identificado na Etapa/Fase 3 da Tabela 6, cujos resultados iniciais e reorientações a serem seguidas foram avaliadas e executadas em 1 mês. Como mostra a Etapa/Fase 4 da Tabela 6. Estas duas últimas iniciativas tiveram o ponto de partida urgente, pela necessidade de se estabelecer o perfil demográfico e psicossócio-cultural da clientela demandante ao NEPAD, o que foi feito, como já citado anteriormente, através de questionário fechado e elaborado no NEPAD, para que se pudesse organizar e orientar o programa terapêutico a ser de forma concomitante executado. Nos três meses citados na Etapa/Fase 2 da Tabela 6, entraram também testes-piloto e pré-testes de confirmação, antes da definição do questionário a ser aplicado. O desenvolvimento do primeiro trabalho epidemiológico, como indicado na Etapa/Fase 5 da Tabela 6, seria de aplicação definitiva, com possíveis reformulações de conteúdo para um conhecimento real do perfil da clientela demandante.

**TABELA 6:** Montagem do Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos

ETAPAS/FASES	DEZ 1985	JAN 1986	FEV 1986	MAR 1986	ABR 1986	MAI 1986	JUN 1986	JUL 1986
1-NEGOCIAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE EPIDEMIO- LOGISTA	X	X						
2-MONTAGEM DO SETOR			X	X				
3-INÍCIO DAS ATIVIDADES DE PESQUISA				X	X	X		
4-RESULTADOS INICIAIS E ORIENTAÇÕES A SEREM SEGUIDAS						X		
5-DESENVOLVIMENTO DOS TRABALHOS EPIDEMIOLÓGICOS							X	X



## *7. Organograma e Cronograma de Execução*

## 7.1. Organograma

A partir da inserção oficial do NEPAD no organograma geral da UERJ, foi elaborado o organograma final interno do Núcleo pelo Diretor Geral da Unidade, obedecendo às diretrizes administrativas estabelecidas pelo PROAHSA e às necessidades deste núcleo (Figura 3). Da mesma forma um fluxograma de atendimento foi estabelecido (Figura 2).

Como mostra a figura 3, este organograma era constituído pelo Diretor, uma Secretária, uma Administração e pelos setores técnicos.

## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

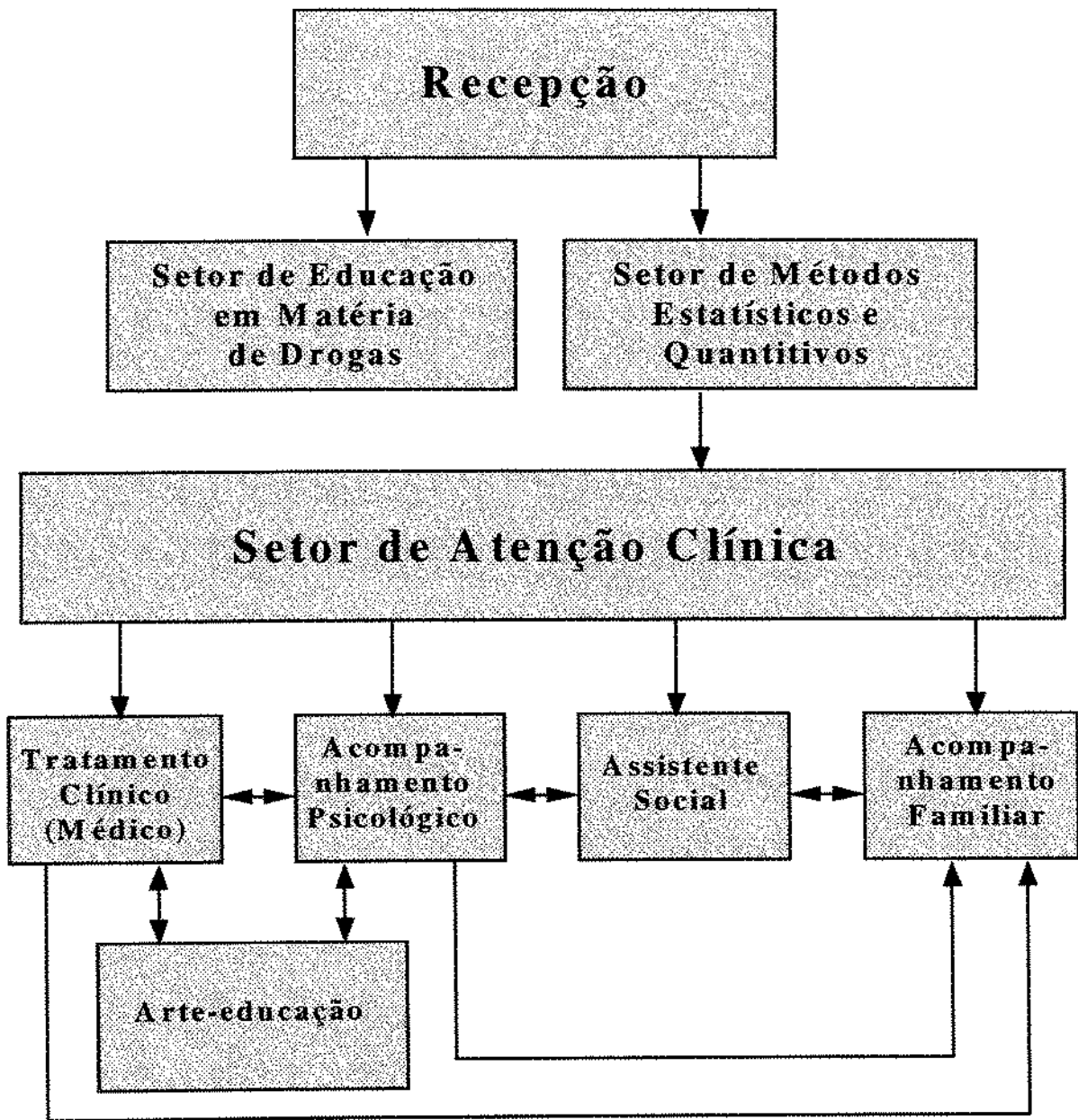


FIGURA 2



## ORGANOGRAMA

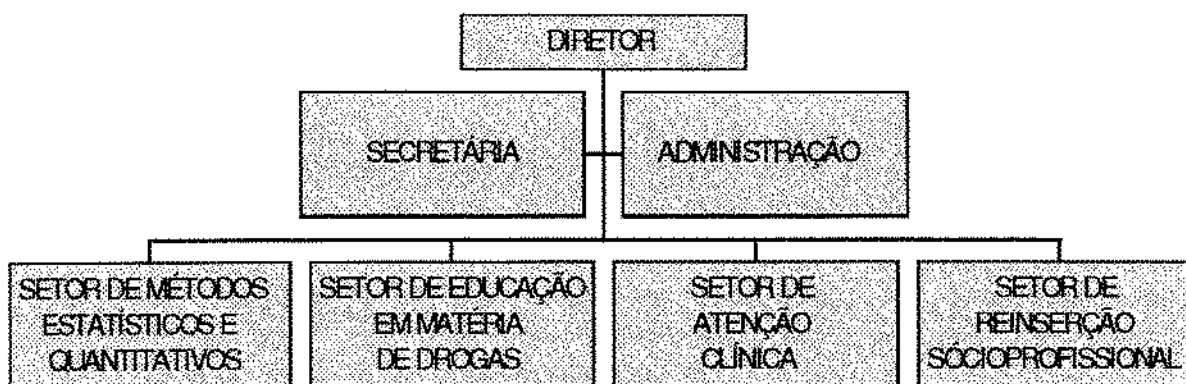


FIGURA 3

### 7.1.1. Diretor

A natureza do trabalho deste seria de coordenação, que consistiria em: programar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades dos profissionais do NEPAD nos programas de assistência, ensino e pesquisa.

### 7.1.2. Secretária

De acordo com as normas do PROAHSa e tratando-se o NEPAD de um Núcleo de um de pequeno para médio porte, o trabalho da Secretária seria de supervisão de nível médio, que consistiria em orientar e coordenar a execução das tarefas relacionadas a sua área, de modo a atingir os objetivos do Núcleo. A Secretária, conforme indica o Organograma, estaria diretamente subordinada ao Diretor do NEPAD.

### **7.1.3. Administração**

O que acabou sendo denominado "Administração" no Organograma final foi, durante a fase de implantação do Projeto chamado de Assessoria da Recursos Humanos, Administrativos e Financeiros. Esta mudança se deveu aos problemas surgidos em virtude da não adaptação dos quadros especializados. Em outras palavras, não se encontrou um profissional com formação superior em Administração que estivesse em acordo com o perfil definido pela Unidade. Daí, a necessidade de reorientação do planejamento anterior e da nova denominação no Organograma final.

Desta forma, a Administração do Núcleo ficou nas mãos do Diretor, dividindo suas tarefas com o Assessor de Planejamento.

### **7.1.4. Setores:**

Os setores subdividiram-se em 4: 1) Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos, 2) Setor de Educação em Matéria de Drogas ou Atenção Primária, 3) Setor de Atenção Clínica ou Secundária e 4) Setor de Reinserção Socioprofissional ou Atenção Terciária.

#### ***7.1.4.1. Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos***

Nos últimos anos a questão do uso de drogas tem sido, , em particular no Brasil, alvo de uma série de opiniões contraditórias e de medidas descontínuas. O pequeno número de trabalhos em âmbito nacional coloca o dilema de se repetirem estudos norte-americanos e europeus, os quais, além de expressarem sociedades de características socioeconômicas e culturais diferentes dos nosso, dão ênfase, muitas vezes, a drogas cujo uso é raro em nosso meio. Outra questão, também perigosa, foi cair-se no xenofobismo absoluto, renegando estudos internacionais, sob a alegação de que nossa sociedade era particular.

Este setor era composto por três médicos sanitарistas em formação, que colocariam em campo as orientações fornecidas pelo Diretor. Sua finalidade era a criação e gerenciamento dos programas terapêuticos a serem efetuados a partir da clientela - alvo. Neste sentido, contava-se também com um aparelho de micro-computação que formaria o banco de dados.

#### ***7.1.4.2. Setor de Educação em Matéria de Drogas ou de Atenção Primária***

Previu-se para o setor de atendimento primário, um trabalho junto às comunidades clientes. Como não houve oportunidade para sensibilização de tais comunidades, o trabalho foi iniciado junto as escolas municipais, estaduais e federal, que compunham a rede básica de educação próximas ao NEPAD. Os profissionais envolvidos em tal tarefa foram, um médico psiquiatra, uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga e uma socióloga.

#### ***7.1.4.3. Setor Clínico ou de Atenção Secundária***

O atendimento clínico, inicialmente planejado para uma clientela ambulatorial, dado não se conhecer o perfil da clientela de demanda, foi composto por 4 médicos psiquiatras e 4 psicólogas que dariam suporte ao movimento inicial.

A finalidade era a de receber e tratar a população já de alguma forma prejudicada por um uso complicado de drogas.

#### **7.1.4.4. Setor de Reinscrição Socioprofissional ou de Atenção Terciária**

Tal setor não chegou a ser implementado, devido a meu desligamento precoce do programa.

#### **7.1.5. A Multidisciplinaridade**

Para o funcionamento integrado dos 4 (quatro) setores descritos no organograma, havia que se pensar a formação de uma equipe multidisciplinar, que trabalhasse segundo os conceitos abaixo desenvolvidos.

Para que o Núcleo atingisse os objetivos propostos, necessitou-se desta equipe multiprofissional, definida segundo as normas do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA - 1983) o qual foi instituído através de convênio entre a Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo:

*"Equipe multiprofissional é um grupo de pessoas, com diferentes níveis de preparo técnico em diferentes áreas, que participam da prestação da assistência à saúde e à população de forma integrada e cooperativa, visando o alcance dos objetivos comuns. Com o paciente em seu centro, esse grupo compreende:*

- médicos (generalistas ou especialistas);*
- enfermeiros/as;*
- nutricionistas;*
- assistentes sociais;*
- psicólogos;*
- terapeutas ocupacionais."*

Em virtude da falta de previsão de Recursos Humanos e Financeiros para a implantação e implementação do projeto, foi preciso contar com a disponibilidade dos recursos provenientes do Convênio assinado com o Ministério da Justiça e do outro Convênio assinado com o então INAMPS. Tais convênios não permitiam a contratação de pessoal permanente: fez-se então pagamento contra prestação de serviços, utilizando as verbas dos Convênios, autorizado pelo Magnífico Reitor e pelo Egrégio Conselho de Curadores da UERJ, a cujo gabinete o Núcleo estava vinculado. A promessa de abertura de contratação de pessoal assim que houvesse disponibilidade jamais se consumou.

Ainda de acordo com as normas da PROAHSA,

*"definir a equipe necessária e o pessoal desta na instituição é a tarefa mais difícil e também a mais importante. Não determinados elementos que são indispensáveis no que tange ao estabelecimento de quadro de pessoal embora, não exista nenhum sistema de previsão de pessoal que seja universalmente aplicável, o que significa não existir desenho perfeito para serviços ou programas, apenas algumas linhas de ação".*

A solução para o planejamento de Recursos Humanos do NEPAD, foi recrutar profissionais já contratados pela UERJ, receptivos à idéia de trabalhar em um projeto novo, ou então, pessoal de fora da Universidade, também receptivo à idéia. Mais tarde, o Governador do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de seu Secretário de Planejamento, abriu a possibilidade de aproveitamento de pessoal do Estado, já que naquele momento acabava de concretizar-se concurso para efetivação de médicos para a rede pública estadual.

Com o intuito de formar-se uma equipe multiprofissional, foram, então, recrutados e selecionados quinze profissionais da área de saúde: médicos, (sanitaristas e psiquiatras), psicólogos, assistente social, enfermeira e socióloga. Um médico-clínico viria a ser contratado, de acordo com a necessidade.

A PROAHSA mais uma vez recomenda que

*"o planejamento de Recursos Humanos pressupõe a disponibilidade de pessoal capacitado. O recrutamento, seleção e treinamento representam, provavelmente, os problemas mais gerais que servem para prever ou prover qualquer tipo de serviço."*

Para contornar o problema da inexperiência dos profissionais no trato com usuários de drogas, houve a necessidade de estabelecer-se um treinamento sistemático de seis meses, antes da abertura do Núcleo.

O conteúdo programático desse treinamento abrangia: aulas expositivas, seminários, debates, leituras obrigatórias de texto e críticas, assim como previsto o levantamento de questões e exposições a respeito da questão do abuso e da dependência de drogas.

Minha experiência e visão da questão a ser trabalhada, apontava para a importância de se considerar não a droga em si, mas a pessoa, a personalidade e a circunstância existencial, não só do usuário de drogas mas daqueles que de alguma forma iriam lidar com os mesmos.

Tendências errôneas vinham sendo repetidas em diversas atuações internacionais, daí o cuidado em levantar-se a crítica, já que se considerava, até então, a droga o elemento nocivo a ser combatido.

A literatura utilizada foi o conjunto de relatórios da OMS, os trabalhos de OLIEVENSTEIN, que aqui esteve, a meu convite, em três ocasiões, para discussões teórico-práticas com o grupo, relatando suas experiências no Centro Marmottan de Paris. Embora não se utilizando referências teóricas propostas por OLIEVENSTEIN, aproveitou-se a inegável experiência de abordagem e conduta desse pesquisador em relação a usuários de drogas, dependentes ou não.

## 7.2. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Trabalhou-se a Atenção Primária com um conceito operacional que era o de uma situação definida como problemática antes mesmo do surgimento de uma doença propriamente dita, por exemplo, abuso de drogas com complicação e repercussão na saúde física e/ou mental da população envolvida. Para tanto procurou-se não operar com o conceito de prevenção, por estar demais ligado ao modelo médico das doenças infecto-contagiosas que são *prevenidas* com o uso de vacinas. Em se tratando de um trabalho com variáveis médicas, psiquiátricas e também psicológicas e sociais, julgou-se conveniente trabalhar com comunidades, onde não havia, *a priori*, uma demanda terapêutica específica para que se criasse uma sensibilização para o problema-alvo: o da questão drogas.

Para isto, como mostra a Etapa/Fase 1 da tabela 7, foi realizada uma atividade sistemática de observação de campo e seleção das comunidades próximas à área de instalação do NEPAD, assim como com entidades das comunidades organizadas que conosco estavam em contato, como por exemplo: comunidades eclesiais de base, pastorais do menor e penal, associações de moradores, etc..

A Etapa/Fase 2, da tabela 7, é referente a contatos interinstitucionais, intersetoriais e solicitação de recursos materiais para estudo de avaliação sobre a conveniência de instalação dos programas comunitários de sensibilização para questões emergentes, que talvez não fossem de interesse da discussão imediata por parte dessas comunidades, expectativa comprovada na fase inicial de execução.

A Etapa/Fase 3, da tabela 7, de elaboração de cronograma de execução de atuação primária junto à comunidade, foi executada de acordo com o previsto, isto é, em um mês.

As Etapas/Fases de 4 à 11, da tabela 7, não foram executadas, tendo-se então optado por um trabalho junto às escolas, de acordo com a descrição na página 121.

Pelas mesmas razões, as Etapas/Fases a que se referem as Tabelas 8, 9 e 10 não foram implementadas.

**TABELA 7: Atenção primária****ATUAÇÃO JUNTO À COMUNIDADE**

ETAPAS/EASES	JUL 1986	AGO 1986	SET 1986	OUT 1986	NOV 1986	DEZ 1986
1-OBSERVAÇÃO DE CAMPO-SELEÇÃO DAS COMUNIDADES	X					
2-SOLICITAÇÃO DE RECURSOS MATERIAIS/CONTATOS INTERINSTITUCIONAIS E INSETORIAIS	X					
3-ELABORAÇÃO DO CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO		X				
4-PRIMEIRA REUNIÃO-MOTIVAÇÃO E ESCLARECIMENTO DE OBJETIVOS		X				
5-SEGUNDA REUNIÃO-IDENTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA REFERENTE AO USO INDEVIDO DE DROGAS QUE NÃO O ÁLCOOL		X				
6-TERCEIRA REUNIÃO-PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA EMERGENTE		X				
7-QUARTA REUNIÃO-PONTUAÇÃO DO PROBLEMA EMERGENTE, DISTRIBUIÇÃO DE TAREFAS E PASSOS A SEGUIR		X				
8-VISITAS DE ACOMPANHAMENTO À EXECUÇÃO DAS TAREFAS			X			
9-QUINTA REUNIÃO-DINÂMICA DE GRUPO SOBRE O PROBLEMA PONTUADO E SEU DESENVOLVIMENTO				X		
10-SEXTA REUNIÃO-AVALIAÇÃO DOS TRABALHOS DE COMUNIDADE				X		
11-AVALIAÇÃO E REPROGRAMAÇÃO				X		



**TABELA 8:** Realização de Cursos, Palestras, Conferências em instituições e associações representativas

ETAPAS/FASES	JUL 1986	AGO 1986	SET 1986	OUT 1986	NOV 1986	DEZ 1986
1-ELABORAÇÃO DO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO CURSO I DIVULGAÇÃO E INSCRIÇÕES	X					
2-INÍCIO DO CURSO I		X				
3-ELABORAÇÃO DO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO CURSO II DIVULGAÇÃO E INSCRIÇÕES			X			
4-INÍCIO DO CURSO II				X		
5-ELABORAÇÃO DO CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO CURSO III DIVULGAÇÃO E INSCRIÇÕES					X	
6-INÍCIO DO CURSO III						X
7-PALESTRAS E CONFERÊNCIAS	X	X	X	X	X	X

**TABELA 9:** Mobilização dos órgãos de comunicação de massa no sentido de promoção dos programas a serem implantados.

ETAPAS/FASES	NOV 1985	DEZ 1985	JAN 1986	FEV 1986	MAR 1986	ABR 1986	MAI 1986	JUN 1986	JUL 1986
1-DIVULGAÇÃO DO PROJETO ATRAVÉS DE PALESTRAS/ CONFERÊNCIAS/ CURSOS QUE NÃO OS ESPECÍFICOS DO PROJETO	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2-MOBILIZAÇÃO DE REPRESENTANTES DOS ÓRGÃOS DE COMUNICAÇÃO (CONVITES P/ PARTICIPAÇÃO DE MESA REDONDA SOBRE O PROJETO)			X						
3-ELABORAÇÃO DE CAMPANHA PROMOCIONAL VISANDO ESCLARECER OS OBJETIVOS DO PROJETO, ASSIM COMO ATRAIR O PÚBLICO META		X	X						
4-MONTAGEM DE DIVULGAÇÃO SISTEMÁTICA ATRAVÉS DOS ÓRGÃOS DE COMUNICAÇÃO DE MASSA DAS ATIVIDADES DO PROJETO				X	X	X	X	X	X
5-MONTAGEM DE UMA ASSESSORIA DE DIVULGAÇÃO DE COMUNICAÇÃO DE MASSA			X	X	X				
6-INÍCIO DE FUNCIONAMENTO DA DIVULGAÇÃO SISTEMÁTICA DAS ATIVIDADES DO PROJETO					X	X	X	X	X

**TABELA 10 : Confecção de material impresso de informação e orientação**

ETAPAS/FASES	AGO 1985	SET 1985	OUT 1985	NOV 1985	DEZ 1985	JAN 1986	FEB 1986	MAR 1986	ABR 1986
1-COMPRA DE MATERIAL NECESSÁRIO P/ CONFECÇÃO DE FOLHETOS E OUTROS	X								
2-CONFECÇÃO E ELA- BORAÇÃO DO CONTEÚDO DOS FOLHETOS POR ETAPAS A PARTIR DA 4ª REUNIÃO C/ A COMUNIDADE		X							
3-DISTRIBUIÇÃO DE FO- LHETOS/MATERIAL INFORMATIVO A PARTIR DA 5ª REUNIÃO C/ AS COMUNIDADES		X	X						
4-ACOMPANHAMENTO DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL INFORMATIVO			X						
5-AVALIAÇÃO			X	X					
6-REPROGRAMAÇÃO				X	X				

A Tabela 11 mostra a sistemática de implantação daquilo que denominamos Atenção Secundária, seguindo nomenclatura proposta pela Organização Mundial de Saúde e que diz respeito à atenção dada à doença já instalada. Como deu-se prioridade a usuários de drogas outras que não o álcool, orientou-se a dinâmica ambulatorial para o atendimento preferencial à usuários complicados de drogas sem importar quais. Paralelamente ao andamento do atendimento ambulatorial, foi-se ampliando a necessidade de novos especialistas médicos, principalmente por esse período (1985-86) ter representado um momento importante, pois aumentava-se em todo o mundo a prevalência das relações entre

usuários de drogas injetáveis (U.D.I.) e a Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS), bem como a evidência de outras doenças infecto-contagiosas pelo uso compartilhado de drogas injetáveis e promiscuidade sexual, tanto entre indivíduos de comportamento homossexual quanto heterossexual. O conceito de "grupos de risco" para contaminação, passou para o de "comportamento de risco". Mas, como anteriormente foi dito, abriu-se espaço para contratação, principalmente, de um médico, clínico geral ou infectologista, o que porém, acabou não se dando pela minha curta gestão frente ao NEPAD. Ainda na Etapa/Fase 1 da tabela 11 de levantamento de necessidades de Recursos Humanos, por necessidades estratégico-operacionais, a atividade acabou restringindo os Recursos Humanos especializados a médicos-psiquiatras, psicólogos, assistentes-sociais, enfermeiras desviada de função e ex-usuário de drogas que fazia o trabalho de recepção a novos demandantes.

Como já anteriormente referido, houve grandes dificuldades na Etapa/Fase 2 da tabela 11, pois o Reitor da UERJ, prometia uma solução a curto ou médio prazo quanto à efetivação do pessoal capacitado mas apesar de nossa insistência, adotou uma postura insensível às necessidades do serviço e para com as crises que se avizinhavam entre pessoal captado e a direção do NEPAD, preferindo não se comprometer junto ao Conselho Universitário. Com isso, a contratação sempre esteve por conta dos convênios assinados, que, por sinal, não privilegiavam contratação de pessoal.

A Etapa/Fase 4 e 5 da tabela 11 ficou prejudicada pela própria dinâmica adotada a partir da inauguração do NEPAD, e também pelas dificuldades de ordem burocrática, passando-se a atingir ao máximo a confecção dos próprios materiais didáticos, sem contar com o significativo aporte de material de escritório recebido da UERJ.

A Etapa/Fase 6 da tabela 11 de início de treinamento conjuntos está intimamente relacionadas às Etapas/Fases 7 e 8 da mesma tabela. O treinamento foi permanente e em serviço, o que acabou por dinamizar a rigidez inicial dos cronogramas de implantação e execução.

As Tabelas de 12 à 17 são detalhamentos da tabela 11, expostos nas páginas 126 a 128.

**TABELA 11: Atenção secundária**

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

ETAPAS/FASES	ABR 1985	MAI 1985	JUN 1985	JUL 1985	AGO 1985	SET 1985	OUT 1985	NOV 1985	DEZ 1985	JAN 1986	FEV 1986	MAR 1986	ABR 1986
1.LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE RECURSOS HUMANOS	X												
2.CAPTAÇÃO DE REC. HUMANOS P/ ATENDIMENTO AMBULATORIAL		X											
3.ELABORAÇÃO DO CONTEÚDO PRO- GRAMÁTICO/ PROPOSTAS		X											
4.SOLICITAÇÃO DE MATERIAL		X											
5.CONFECCÕES DE MATERIAL DIDÁTICO			X										
6.INÍCIO E TREINAMENTO CONJUNTO			X										
7.TREINAMENTO ESPECÍFICO			X	X									
8.TREINAMENTO DE CAMPO					X								
9.AVALIAÇÃO					X								
10.EFETIVAÇÃO DE PESSOAL					X								
11.OPERACIONALIZAÇÃO					X	X	X	X	X	X	X	X	X

**TABELA 12: Atendimento clínico**

ETAPAS/FASES	ABR 1985	MAI 1985	JUN 1985	JUL 1985	AGO 1985	SET 1985	OUT 1985	NOV 1985	DEZ 1985	JAN 1986	FEV 1986	MAR 1986	ABR 1986
1.LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE REC. HUMANOS	X												
2.CAPTAÇÃO DE REC.HUMANOS P/ ATENDIMENTOS ESPECÍFICOS (CLÍNICOS)	X	X											
3.ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE ATUAÇÃO CLÍNICA		X	X										
4.INSTITUCIONALI- ZAÇÃO DA PROPOSTA/ FORMULAÇÃO DE LINHAS DE CONDUTA A SEREM ADOTADAS		X	X										
5.SOLICITAÇÃO DE MATERIAL		X											
6.CONFEÇÃO DE MATERIAL CIENTÍFICO			X										
7.TREINAMENTO CONJUNTO DE REC. HUMANOS			X										
8.TREINAMENTO ESPECÍFICO CLÍNICO E PSICOTERÁPICO			X	X									
9.TREINAMENTO DE CAMPO					X								
10.AVALIAÇÃO					X								
11. EFETIVAÇÃO DE PESSOAL					X								
12.OPERACIONALIZAÇÃO					X	X	X	X	X	X	X	X	X

**TABELA 13: Atendimento psicoterápico individual**

ETAPAS/FASES	ABR 1986	MAI 1986	JUN 1986	JUL 1986	AGO 1986	SET 1986	OUT 1986
1.LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE RECURSOS HUMANOS	X						
2.CAPTAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	X	X					
3.ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE ATUAÇÃO PSICOTERÁPICA INDIVIDUAL		X	X				
4.FORMULAÇÃO DE PROPOSTA DE LINHAS DE TRABALHO		X	X				
5.SOLICITAÇÃO DE MATERIAL		X					
6.CONFEÇÃO DE MATERIAL CIENTÍFICO			X				
7.TREINAMENTO CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS		X	X				
8.TREINAMENTO ESPECÍFICO			X	X			
9.TREINAMENTO DE CAMPO				X			
10.AVALIAÇÃO				X			
11.EFETIVAÇÃO DE PESSOAL				X			
12.OPERACIONALIZAÇÃO				X	X	X	X

**TABELA 14: Atendimento psicoterápico grupal**

ETAPAS/CASES	ABR 1986	MAI 1986	JUN 1986	JUL 1986	AGO 1986	SET 1986	OUT 1986
1. LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE RECURSOS HUMANOS	X						
2. CAPTAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	X	X					
3. ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE ATUAÇÃO PSICOTERÁPICA GRUPAL		X	X				
4. FORMULAÇÃO DE PROPOSTA DE LINHAS DE TRABALHO		X	X				
5. SOLICITAÇÃO DE MATERIAL		X					
6. CONFECÇÃO DE MATERIAL CIENTÍFICO			X				
7. TREINAMENTO CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS		X	X				
8. TREINAMENTO ESPECÍFICO			X	X			
9. TREINAMENTO DE CAMPO				X			
10. AVALIAÇÃO				X			
11. EFETIVAÇÃO DE PESSOAL				X			
12. OPERACIONALIZAÇÃO				X	X	X	X



**TABELA 15: Atendimento psicofarmacoterápico**

ETAPAS/FASES	ABR 1985	MAI 1985	JUN 1985	JUL 1985	AGO 1985	SET 1985	OUT 1985	NOV 1985	DEZ 1985	JAN 1986	FEV 1986	MAR 1986
1.LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE R. HUMANOS	X											
2.CAPTAÇÃO DE R.H. P/ ATENDIM. ESPECÍFICO (PSI-COFARMACOPÁTICO)	X	X										
3.ELABORAÇÃO DE PROPOSTA PSI-COFARMACOTERÁPIA		X	X									
4.FORMULAÇÃO DE LINHAS		X	X									
5.SOLICITAÇÃO DE MATERIAL		X										
6.CONFEÇÃO DE MATERIAL CIENTÍFICO			X									
7.TREINAMENTO CONJUNTO		X	X									
8.TREINAMENTO ESPECÍFICO			X	X								
9.TREINAMENTO DE CAMPO				X								
10.AVALIAÇÃO				X								
11.EFETIVAÇÃO DE PESSOAL				X								
12.OPERACIONALIZAÇÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X

**TABELA 16:** Atendimento misto (psicoterápico e psicofarmacoterápico)

ETAPAS/FASES	ABR 1985	MAI 1985	JUN 1985	JUL 1985	AGO 1985	SET 1985	OUT 1985
1. LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE RECURSOS HUMANOS	X						
2. CAPTAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	X	X					
3. ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE ATUAÇÃO PSICOTERÁPICA MISTA		X	X				
4. FORMULAÇÃO DE PROPOSTA DE LINHAS DE TRABALHO		X	X				
5. SOLICITAÇÃO DE MATERIAL		X					
6. CONFECÇÃO DE MATERIAL CIENTÍFICO			X				
7. TREINAMENTO CONJUNTO DE RECURSOS HUMANOS		X	X				
8. TREINAMENTO ESPECÍFICO			X	X			
9. TREINAMENTO DE CAMPO				X			
10. AVALIAÇÃO				X			
11. EFETIVAÇÃO DE PESSOAL				X			
12. OPERACIONALIZAÇÃO				X			

**TABELA 17: Atendimento de família**

ETAPAS/FASES	ABR 1985	MAI 1985	JUN 1985	JUL 1985	AGO 1985	SET 1985	OUT 1985	NOV 1985	DEZ 1985	JAN 1986	FEB 1986	MAR 1986	ABR 1986
1.LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE R. HUMANOS	X												
2.CAPTAÇÃO DE RE- CURSOS HUMANOS	X	X											
3.ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE ATUAÇÃO PSICOTERÁPICO-FAMI- LIAR		X	X										
4.FORMULAÇÃO DE PROPOSTA DE LINHAS DE CONDUTA A SEREM ADO- TADAS		X	X										
5.SOLICITAÇÃO DE MATERIAL		X											
6.CONFEÇÃO DE MATERIAL CIENTÍFICO			X										
7.TREINAMENTO CONJUNTO DE REC. HUMANOS		X	X										
8.TREINAMENTO ES- PECÍFICO			X	X									
9.TREINAMENTO DE CAMPO				X									
10.AVALIAÇÃO				X									
11.EFETIVAÇÃO DE PESSOAL				X									
12.OPERACIONALIZAÇÃO				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

As Tabelas 18 e 19 não chegaram a ser executadas. Inicialmente, como não era conhecida a especificidade da demanda, não foi possível dimensioná-la. Foi utilizada a Enfermaria do Serviço de Psiquiatria do HUPE, para nossos pacientes necessitados de hospitalização, com acompanhamento permanente dos médicos do NEPAD.

Desta mesma forma, foi mantido contato permanente com a Enfermaria do Serviço de Doenças Infecto-Parasitárias, onde foi mantido intercâmbio médico, seja com presença de médicos do NEPAD para acompanhamento dos casos, principalmente de AIDS/SIDA e Hepatite B, contraídos por uso de drogas injetáveis; seja para atenção dos médicos daquele serviço, para o acompanhamento clínico-infecológico dos casos enviados do NEPAD.

A Tabela 20, como já descrito anteriormente, não foi operacionalizada, em função do meu afastamento do NEPAD, por fatos alheios aos objetivos desta tese. Mas, a idéia era continuar com as negociações abertas para o estabelecimento de convênios com instituições profissionalizantes, tais como, por exemplo, o Liceu de Artes e Ofícios, SENAI e SENAC, onde se discutia a abertura de turmas especiais ou matrícula dos já não usuários de drogas, com a finalidade de promoção de um efetivo programa de reinserção socioprofissional da clientela por nós atendida.

**TABELA 18:** Proposta para criação de um Núcleo de Internação

ETAPAS/FASES	FEV/86	MAR/86	ABR/86
1-ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE UNIDADE DE INTERNAÇÃO	X		
2-FORMULAÇÃO DA PROPOSTA DE ATUAÇÃO	X	X	
3-SOLICITAÇÃO DE MATERIAL		X	X
4-AQUISIÇÃO DE MATERIAL		X	X
5-IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE INTERNAÇÃO			X

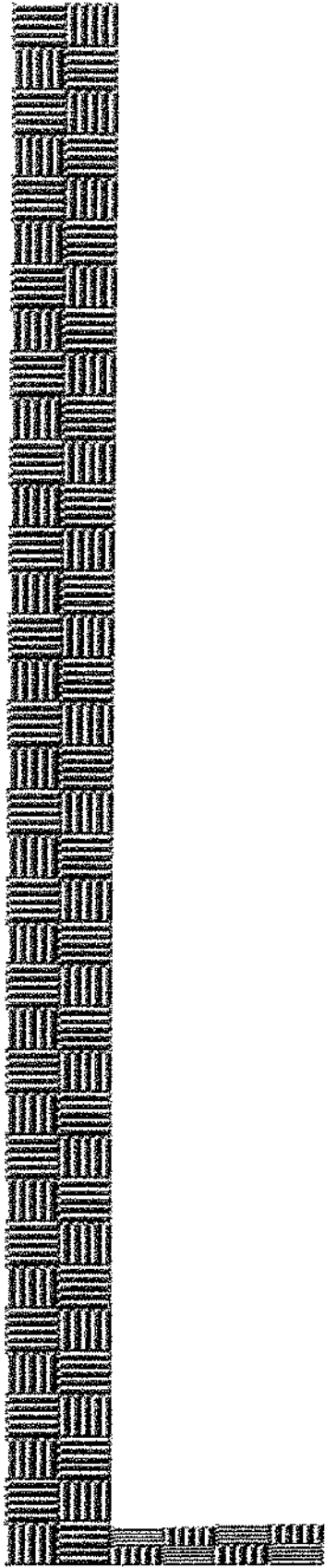
**TABELA 19: Implantação do Núcleo de Atendimento de Internação**

ETAPAS/FASES	MAR 1986	ABR 1986	MAI 1986	JUN 1986	JUL 1986	AGO 1986	SET 1986	OUT 1986	NOV 1986	DEZ 1986
1.LEVANTAMENTO DOS RECURSOS NECESSÁRIOS	X									
2.CAPTAÇÃO DE RECURSOS PARA INVESTIMENTOS E CUSTEIO	X	X	X							
3.ANÁLISE E DISCUSSÃO DE CONVÊNIOS A SEREM FIRMADOS	X	X								
4.FORMULAÇÃO DE CONVÊNIOS		X								
5.SOLICITAÇÃO DE MATERIAL E EQUIPAMENTOS		X								
6.COMPRA DE MATERIAL E EQUIPAMENTO			X	X						
7.LEVANTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS		X								
8.CAPTAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS			X							
9.ESTUDO DA PROPOSTA FORMULADA			X	X						
10.TREINAMENTO CONJUNTO				X						
11.TREINAMENTOS ESPECÍFICOS				X						
12.TREINAMENTO DE CAMPO					X					
13.AVALIAÇÃO					X					
14.EFETIVAÇÃO DE PESSOAL					X					
15.OPERACIONALIZAÇÃO					X	X	X	X	X	X

**TABELA 20:** Atenção terciária

**REINserÇÃO SOCIOPROFISSIONAL**

ETAPAS/FASES	JUL 1986	AGO 1986	SET 1986	OUT 1986	NOV 1986	DEZ 1986	JAN 1986	FEV 1986	MAR 1986	ABR 1986	MAI 1986
1.ELABORAÇÃO DE PROPOSTAS DE CONVÊNIO COM INSTITUIÇÕES LIGADAS A INserÇÃO NO PROCESSO DE PRODUÇÃO	X										
2.ELABORAÇÃO, DISCUSSÃO E ASSINATURA DOS CONVÊNIOS		X									
3.MONTAGEM DE MECANISMOS DE ENCAMINHAMENTO ÀS INSTITUIÇÕES CONVENIENTES ATRAVÉS DO AMBULATÓRIO			X	X	X	X	X	X	X	X	X



## *8. Metodologia de implantação dos setores*

## 8.1. SETOR DE MÉTODOS ESTATÍSTICOS E QUANTITATIVOS

Foi iniciado levantamento epidemiológico por uma análise da demanda por atendimento clínico espontâneo no NEPAD, através de aplicação de questionário amplo, fechado, prévio ao atendimento psicoterápico da clientela, por outro profissional que não o que prestaria ao cliente atenção direta. Este constava de aproximadamente 60 quesitos e sua análise serviu para estabelecer-se o perfil desta clientela.

Os questionários de natureza fechada, sem dúvida, introduzem vieses em relação às opções de seu preenchimento (haverá influência dos quesitos sobre as idéias e sensações dos clientes) mas atendem ao objetivo fundamental de serem questionários de análise rápida, fácil e de preenchimento simples (essencial para torná-lo sistemático), atendendo ao requisito de ser através deles feito o primeiro contato com a demanda, e servindo de base inicial para os inquéritos comunitários (amostras populacionais) posteriores.

O questionário apresenta variadas causas, acepções, representações que encontramos na revisão da literatura, associadas estatisticamente ao consumo de drogas. O teste destas associações formaria um perfil epidemiológico afinado com a realidade de nossa clientela.

Num segundo momento, o Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos deveria dirigir-se à comunidade *latu sensu*, já informados pela análise dos dados fornecidos pelo questionário da demanda espontânea do NEPAD, que nos orientaria acerca da área, faixa etária, extrato socioeconômico para onde deveríamos iniciar nossos esforços nessa segunda fase. A idéia nessa segunda fase seria ampliar nossa inserção junto aos agentes sociais que não se tem como alvo de cuidados médico-psicológicos, mas sim, ao conjunto de usuários habituais, e ocasionais, e suas famílias.

Foi estabelecido o período de um ano para a primeira análise dos dados fornecidos pela demanda, cujo levantamento espontâneo deveria ser contínuo, meta cumprida segundo análise dos gráficos.



Pretendemos que a experiência levada a cabo na Cidade do Rio de Janeiro, considerada na sua extensão, complexidade e diversidade, possa fornecer subsídios para outras pesquisas nesse campo de atuação.

Portanto o questionário aplicado incluiu quesitos objetivos, cujas respostas permitiram informações fundamentais para o levantamento do perfil do usuário. É necessário ressaltar que a amostragem estudada não pretendeu levantar o perfil do universo do usuário de drogas da Cidade do Rio de Janeiro, mas apenas os que procuraram o NEPAD.

Dados estritamente necessários: idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, renda per capita, variáveis sócio-demográficas, repercussão do uso de drogas no trabalho e na escola, uso de álcool simultâneo ao uso de drogas, padrões e motivações de consumo, formas de financiamento, idade dos primeiros consumos, complicações infecto-contagiosas, síndrome de abstinência, envolvimento em acidentes automobilísticos, tendências ao suicídio e envolvimento com a Justiça.

Os dados acima foram avaliados estatisticamente para uma orientação diagnóstica, objetivando adequada atuação nos setores de educação, tratamento clínico, desintoxicações eventuais, psicoterapias prolongadas ou breves, grupais ou individuais.

## **8.2. SETOR DE EDUCAÇÃO EM MATÉRIA DE DROGAS OU DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Em todas as culturas, a droga tem sido utilizada, como medicamento, com fins religiosos, ou como objeto de prazer.

Cada cultura adota uma postura diferente perante o uso de drogas, oscilando entre a sua proibição e a sua liberação. Um exemplo disso é o uso do álcool e do haxixe, cujo estatuto varia em países diferentes: o álcool é proibido nos países muçulmanos, enquanto o haxixe é liberado, acontecendo o inverso nos países ocidentais onde o consumo de álcool é largamente difundido e estimulado.

Para analisar a questão do uso de drogas é preciso considerar uma ampla gama de variáveis interdependentes, quais sejam: os aspectos biopsicológicos, socioculturais e econômicos.

Paralelamente ao desenvolvimento do trabalho interno do NEPAD, fomos às escolas num primeiro momento, e em seguida à própria comunidade. A escolha da área de atuação inicial na escola, deve-se ao fato de ser a mesma uma instituição formal organizada, que enquanto tal reproduz e perpassa - em maior ou menor escala - as ocorrências societárias e suas ideologias.

Por outro lado, sabe-se que o primeiro movimento realizado em direção às drogas ocorre, quase sempre, na adolescência. Deste modo, a população infantil que compõe estas instituições compreende um universo onde se inclui a maior parte de sujeitos que, de um modo geral, experimentam as drogas pela primeira vez.

As questões são: como o professor encara o fato de um aluno seu encontrar-se nesta situação? E a escola, tem alguma conduta mais ou menos estabelecida a este respeito?

É importante ressaltar que a Atenção Primária, enquanto educação em matéria de drogas, só será importante caso exista uma demanda. O trabalho, dentro dessas linhas gerais, visou principalmente — além de operar sobre as questões anteriores —, fazer uma reflexão sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas, no sentido de desmistificar a questão e encontrar alternativas para seu encaminhamento. O objetivo, portanto, foi discutir a questão inserida no contexto atual, possibilitando, dessa maneira, a das questões acima referidas.

O conceito de prevenção, quando lida com categorias nosológicas que se misturam a normas e valores sociais não consensuais, funciona como técnica constituída em nome de uma ideologia para atingir objetivos específicos, conforme essa ideologia. Prefiro a utilização do termo Atenção Primária em relação ao uso de drogas, porque no moderno conceito de prevenção da doença mental, se inclui o conjunto de conceitos de crises evolutivas, crises essas que são adaptações do indivíduo a novas circunstâncias do meio externo ou interno, como por exemplo, a entrada na escola, início da puberdade, casamento, climatério, etc.

Mais perigosa e descabida fica ainda essa prática da prevenção primária, quando aplicada ao quadro da dependência de drogas, fenômeno este já por demais vinculado a práticas repressivas e violentas. O conceito de Atenção Primária, apesar de aparentemente confundir-se com a idéia e prática da Prevenção Primária, parece-nos menos comprometido com o propósito de uma interrupção de um curso de uma doença com história natural bem definida. A atuação pautou-se por:

1. Democratização da informação: debate amplo e aberto sobre a questão do uso de drogas, sem omissão de informações, omissões essas que têm sido "justificadas" como forma de se evitar pânico, quando, na verdade, o objetivo é deter uma certa margem de poder sobre a comunidade. Aceitar como dado da realidade, não apenas o conhecimento científico sobre a questão do uso de drogas, mas também o saber do usuário, o que se costuma chamar de **cultura da droga**, que se forma dentro do grupo de consumidores.
2. Articulação do saber formal com o saber informal sobre o uso de drogas, evitando-se tanto práticas autoritárias quanto as que minimizem o conhecimento técnico.
3. Na construção de um programa, focar tanto as drogas lícitas quanto as ilícitas, como única forma conseqüente de analisar o problema: detiver-se apenas no segundo grupo, o que geralmente é feito, seria cair em reducionismos que, em geral, levam a uma postura repressiva ou moralizante.
4. Assumir-se uma posição pedagógica pluralista, onde não haveria espaço para a neutralidade — impossível em si mesma — mas discussão aberta das várias posturas que estão sendo atualmente debatidas.
5. Discutir a questão do uso de drogas dentro do contexto socioeconômico e cultural com o qual ele tem relação mínima: estaria o aumento do consumo de drogas ligado diretamente a um tipo determinado de evolução da sociedade?

6. Integrar e favorecer o afloramento de uma estrutura da comunidade, na compreensão de que a ação dos profissionais de saúde, se realiza por um tempo e num espaço limitado, e que caberá à própria população mesma manter uma atividade constante, apenas nos casos mais graves apelando para serviços especializados.

Torna-se necessário conhecer que tipos de atendimento estão sendo oferecidos aos usuários ou dependentes de drogas lícitas e ilícitas, tanto pelo Estado, quanto pela sociedade de um modo geral. Assim, uma outra vertente do trabalho, teve como foco principal o levantamento e análise dos recursos que o Estado e a sociedade ofereciam neste sentido, na área do Município do Rio de Janeiro. Pretendeu-se analisar em que medida, com que orientação e com que finalidade o Estado se encarrega da questão. Assim, visou-se identificar, descrever e interpretar as instituições, órgãos e meios também informais que, tanto o Estado quanto a sociedade, de um modo geral, criavam, mantinham e viabilizavam para o tratamento da questão.

Foi relevante fazer um paralelo, objetivando a apreciação crítica entre o que é elaborado no nível de planejamento, e o que é efetivamente operacionalizado.

Paralelamente à implementação do Núcleo, em 09 de março de 1986, foi elaborado um programa de informações sobre o consumo de drogas para crianças em idade escolar. A primeira dificuldade encontrada foi a inexperiência do grupo que operou o setor. Como vimos anteriormente, a equipe foi composta por cinco profissionais formados na área de Saúde, mas sem vivência de campo na área de Educação ou, em questões relativas a drogas e drogados.

Um programa de treinamento prévio foi iniciado em agosto de 1985, constituído de informações sobre drogas e usuários de drogas.

A cada instante, tive que enfrentar o preconceito dos membros da própria equipe, em relação ao problema do uso de drogas e das condições dos que delas faziam uso.

As atividades foram desenvolvidas através de um anteprojeto, "Educação em Matéria de Drogas", sob forma de Encontros/Seminários de formação e reciclagem sobre o tema drogas, destinado ao corpo docente da rede escolar. Privilegiou-se o professor, por ser este o melhor agente multiplicador de idéias e de atuação mais próxima ao aluno.

A Escola Municipal Reverendo Martin Luther King procurou o NEPAD e, por pertencer ao Distrito Educacional da área de implantação física, adequava-se plenamente ao objetivo do trabalho. Foi essa, então, a primeira escola estudada de forma regionalizada.

Foi imprescindível esclarecer-se questões fundamentais como, por exemplo, o que se considerava droga lícita e ilícita, chamando-se atenção para o grande consumo de drogas lícitas em nosso meio; o que era considerado excesso de consumo de drogas legais (tranqüilizantes, álcool e cigarro de tabaco); quais os efeitos da droga no organismo; informações sobre Anatomia e Fisiologia do Sistema Nervoso Central; condições socioeconômicas e culturais; uso de droga e o projeto de sociedade, educação e família; a lei 6.368 e sua aplicação no Brasil.

Aos professores inscritos no Encontro foi aplicado, sem conhecimento prévio, um questionário simples de cinco perguntas a serem respondidas no início e no final da estrutura modular. O objetivo visou à avaliação do professor — seu modo de pensar e postura, antes e depois do curso.

Pretendeu-se, ao montar o Setor de Educação em Matéria de Drogas, estimular uma reflexão crítica, através da troca de experiências entre professores e profissionais de saúde, a fim de ampliar a ação do professor, sendo o objetivo alcançado nos limites da carga horária disponível.

A partir do **I Encontro Sobre a Questão de Drogas nas Escolas**, houve a necessidade de um plano complementar que incluísse também os alunos, para melhor integração com os professores e técnicos do Núcleo.

A ampliação da ação do professor, a fim de ser alcançada, e conforme discutida previamente com a direção da escola, teria necessariamente que passar pela análise da situação-problema, criando-se uma consciência crítica propícia à multiplicação de idéias e de modificação de postura frente ao aluno e em um sentido amplo, frente à comunidade.

Com a divulgação de nossos trabalhos através da mídia (imprensa escrita, rádio e televisão) surgiram vários convites para palestras, conferências, participação em congressos, em diversas Associações de Classe, Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAs) de empresas, Faculdades, Conselhos Estaduais de Entorpecentes, onde o principal objetivo foi alcançado: a democratização da discussão, o repasse de informações para a sociedade e a conseqüente pressão para modificação da atual Lei 6368 que data de 1976.

Sempre insisti na necessidade de que os meios de comunicação assumissem sua importante responsabilidade social, de proporcionar informação objetiva e equilibrada sobre o uso de drogas, ao público em geral, ressaltando sempre evitar-se a discriminação do usuário. A questão teria sempre que focar a Saúde Mental. Para que isso se efetivasse, seria necessária uma abordagem crítica da questão do uso de drogas pelos profissionais do setor.

### **8.2.1. Sub-Setor de Enfermagem**

A Enfermagem do NEPAD empenhou-se, junto à clientela usuária de drogas — lícitas ou ilícitas — tanto em nível de Atenção Primária em atividades ligadas às escolas das redes municipal e estadual quanto, posteriormente, junto à comunidade. Em nível de Atenção Secundária, participando do atendimento ambulatorial e a médio prazo quando se criasse o núcleo de internação específico.

Paralelamente, a Enfermagem desenvolveu pesquisa que garantisse a continuidade do trabalho realizado, como também formas alternativas e experimentais de enfermagem dedicada ao dependente de drogas.

Para a Enfermagem definiu-se como objetivo de sua prática a promoção, manutenção ou restauração da saúde, a partir do conceito definido pela O.M.S. de que *"a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade"*. Assim, buscou-se focar o sujeito na sua totalidade, evitando-se visões unilaterais no planejamento de projetos de Educação para a Saúde. Entretanto, as técnicas e modelos adotados para a construção dessa prática tem se baseado em experiências de países com realidades socioeconômicas e culturais diferentes da nossa. Essa escolha dificultou a concretização satisfatória e sistemática do objetivo a que a Enfermagem se propôs. Além disso, a realidade das instituições de saúde, com seus entraves de infraestrutura, tem contribuído para uma prática de enfermagem distorcida, na medida em que o enfermeiro tem que acumular funções que deveriam ser de outros membros da equipe (administradores, psicólogos, assistentes sociais, recreadores, etc.)

À Enfermagem seria dado atuar dentro do espírito científico do Projeto, sem atitudes preconceituosas ou repressivas quanto ao usuário de drogas. Na prática de atendimento, a Enfermagem levaria em conta alguns princípios básicos:

1. Desenvolver trabalho de permanente discussão com a equipe multiprofissional no sentido de construir abordagens mais efetivas ao dependente de drogas.
2. Buscar modelo teórico e singular de prática de enfermagem dedicada ao dependente de drogas.

Tradicionalmente, é a Enfermagem que manipula o corpo do paciente. No caso do usuário de drogas, ela encontra um cliente que manipula seu próprio corpo, lesando-o. O enfermeiro para atendimento a drogados tem que apreender essa especial relação do usuário com seu corpo e a droga. Sem autoritarismo ou modelos rígidos de atuação é que o enfermeiro atuando com usuários de drogas, pode ajudá-los a superar suas dificuldades. O corpo terá que ser sempre concebido como uma unidade indissolúvel e não como segmentos a serem tratados fragmentariamente e manipulados de fora para dentro, como é a prática usual dos técnicos de Saúde.

O profissional de Enfermagem do NEPAD teve que ser treinado para observar e utilizar métodos e técnicas que permitissem maior participação física e psicológica junto ao usuário de drogas.

### **8.2.2. Sub-Setor de Serviço Social**

O Serviço Social do NEPAD atuaria de modo integrado, em conjunto com os demais setores, conservando sempre sua especificidade. Desse modo, compartilharia do referencial teórico e da "visão de homem e de mundo" deste projeto.

O usuário de drogas ilícitas é tido como sujeito desviado-desviante capaz de influenciar outros a adotarem seu modo de vida, "desestabilizando" o equilíbrio social existente. Coloca-se à margem da sociedade, passando a ser interpretado em termos de: doença, crime, desvio, doença mental, periculosidade, contágio, perdição, tráfico, famílias desestruturadas, insegurança, pecado. Infelizmente, certa informação bibliográfica pseudo-científica, reforça esse estigma.

Quanto ao dependente de drogas lícitas, o processo tem alguma diferença. Não é ele considerado ameaça ao meio, nem indivíduo desviante, existindo até estímulo do "mundo ambiente" através da *mass-mídia*.

Há, porém, tanto no caso do usuário de drogas lícitas quanto ilícitas, um escamoteamento do conflito. Dificilmente procura-se saber o porquê de a pessoa ter-se iniciado ou como se deu o processo que culminou na dependência.

Fundamentalmente, o cliente usuário está à procura de uma ajuda para libertá-lo da condição em que se encontra. Partiu-se do pressuposto da existência de uma situação conflitiva múltipla a ser trabalhada: do cliente com o meio, com sua família e consigo próprio, na medida em que ele é portador também de normas e valores da sociedade.

Deste modo, o atendimento do Serviço Social, estendeu-se do usuário de drogas à sua família, através de grupos operativos atuando no conflito manifesto.



Cabe também ressaltar que foi necessária a participação da Assistente Social no Setor de Atenção Primária e, que, no início das atividades uma Assistente Social participou do Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos, subsidiando o preenchimento de questionários e avaliação e interpretação dos dados.

O Serviço Social, seguindo a linha geral de trabalho do NEPAD desenvolveu investigação e aperfeiçoamento dos conhecimentos a respeito da questão de drogas lícitas e ilícitas, sempre relacionada aos aspectos socioeconômico e cultural.

O assunto sempre tem interesse científico e técnico, no que concerne às pesquisas, até o momento da elaboração do projeto, bem como de sua continuidade para embasamento da prática dentro da realidade brasileira.

Desse modo, a pesquisa objetivou criar alternativas de atendimento às famílias dos dependentes de drogas e a eles próprios, tanto individual quanto grupalmente. Partindo sempre de um princípio não diretivo e centralizado no conteúdo manifesto, visou a identificar os conflitos em nível intrafamiliar e social próprios da questão-drogas, assim como as influências entre sujeito e meio.

### **8.3. SETOR CLÍNICO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

Como ficou demonstrado no decorrer desta tese, longe estou de considerar a dependência de drogas uma entidade estática e monolítica. As pessoas são mutáveis e a diversidade de seus problemas imensa.

FONTANELA (1991) refere que a **eficácia terapêutica** do fenômeno da dependência de drogas, parece mostrar-se igualmente pequena, tanto nos organismos paramédicos quanto nas iniciativas médicas e psicológicas, "*embora avaliações terapêuticas formais não sejam freqüentes no meio não-profissional*".

Assim, essas transformações são perceptíveis nos diferentes momentos da existência do indivíduo e, portanto, nas diversas etapas de um tratamento. Havendo diferença entre o usuário ocasional e o chamado dependente de drogas, houve a necessidade de construir-se um modelo clínico experimental, que atentasse para os aspectos do encontro entre o produto, a personalidade e o momento sociocultural e existencial do indivíduo.

Quanto ao programa terapêutico, foi estabelecido o NEPAD como núcleo central dos programas, para então ir-se ampliando o trabalho na rede básica de saúde do Município e do Estado.

Apesar do NEPAD estar diretamente vinculado ao gabinete do Reitor, contando com organograma próprio, pretendia-se, após sua implantação, vinculá-lo à Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, já que, historicamente, a idéia nascera na disciplina de Psiquiatria, à qual permanecia organicamente vinculado.

A Enfermaria do HUPE / UERJ, foi escolhida e determinada para tratamento, em casos de necessidade de internação, através de Convênio estabelecido entre os dois serviços (NEPAD e Serviço de Psiquiatria do HUPE/UERJ).

Em vista do NEPAD contar com quatro consultórios e o tempo calculado para consulta ser de 30 minutos por paciente ou família, a capacidade instalada ser de 80 horas de atendimento diário e de 200 horas semanais, optou-se pelo recrutamento de quatro psiquiatras e quatro psicólogos, além de um arte-terapeuta. A proposta era trabalhar as horas ociosas do paciente, oferecendo-lhe uma alternativa às horas vagas passadas na rua, vivendo em função do tráfico e do consumo de drogas.

A captação dos Recursos Humanos para o atendimento ambulatorial, já mencionado, foi efetivada com profissionais fora dos quadros da UERJ, principalmente pelo fato daqueles já estarem envolvidos em outras áreas e programas de Saúde Mental.

Na elaboração do conteúdo programático e das propostas terapêuticas, defrontei-me com algumas dificuldades pois, além do recrutamento ter sido feito com pessoal jovem, quase todo egresso dos cursos de graduação, os não tão jovens e com alguns anos de prática psiquiátrica, não tinham atuação específica com usuários de drogas.

Optou-se, então, a princípio, pelo treinamento baseado em um programa de discussões acerca do que era a droga, o que era usuário ou dependente de droga, a forma como a questão deveria ser encarada, o preconceito, a marginalização e a estigmatização pela sociedade em relação a essa futura clientela.

O objetivo era sensibilizar o grupo para levantar e questionar as próprias idéias preconcebidas a respeito do tema a ser tratado.

A seguir, foi selecionada bibliografia internacional a ser utilizada. Não havia na literatura brasileira trabalhos adequados que pudessem ser aproveitados.

Foram organizados, a partir daí, seminários com a incipiente equipe, já que, à época, seu diretorera o único a possuir experiência de campo. Foi escolhido o treinamento de campo em atividade, treinamento esse de caráter permanente, com discussão caso a caso da clientela, além de seminários teóricos, que se tornaram permanentes.

Considerando-se que as características do mencionado contexto diferem das do consultório privado, coube apreciar e propor adequações, visando a sua transposição para as especificidades da clientela atendida. Tais transposições, para que não representassem "improvisos técnicos", necessitaram de apurado estudo e reflexão, mesmo porque as pesquisas nessa área não eram totalmente satisfatórias. Elas se prendiam em sua quase totalidade a práticas isoladas e individuais, num contexto sociocultural diverso do nosso.

Os pacientes que não se encontravam em condições de fazer uma elaboração psicológica de seu estado, passaram a estágio de tratamento clínico, individual, atuando-se diretamente nos sintomas apresentados. Procurou-se dar prioridade à intensidade dos sintomas, não apenas de abstinência, mas os decorrentes dos efeitos causados pelos diversos grupos de drogas.

Cabe também uma referência à especificidade da clientela. Levou-se em consideração o fato de que o dependente em drogas lícitas ou ilícitas tem por base uma estruturação psicodinâmica da qual a dependência não é mais do que uma linguagem ou uma forma de expressão. Com isso, quero salientar a compreensão do usuário como um sujeito total que expressa seus conflitos internos e externos através do uso de drogas lícitas ou

ilícitas. A estigmatização do usuário corresponde à necessidade que tem a sociedade de manter dissociadas suas próprias contradições. Por outro lado, o que é um processo individual é também um sintoma de transtornos coletivos, um emergente cultural. Em síntese, discordo da opinião que pretende restringir ao âmbito puramente individual as causas do comportamento abusivo de drogas.

Dentro desta perspectiva, investigou-se o dependente brasileiro, já que me propus a associar um trabalho clínico, baseado na escuta do paciente, a um trabalho técnico-científico de pesquisa. Dessa maneira, ao longo do processo, ter-se-ia uma visão mais abrangente da situação no Rio de Janeiro. Isto implicou na formação de uma equipe especializada, que pudesse chegar a formas de abordagem terapêutica, capazes de resolver melhor a questão da dependência de drogas lícitas ou ilícitas, no âmbito institucional.

O Subsetor Clínico teve como objetivos a implantação de serviços e o desenvolvimento de pesquisas. Essas atividades foram desenvolvidas por profissionais ligados à área de Saúde Mental, que faziam parte de uma equipe multiprofissional, como já descrito.

Assim, a prática e desenvolvimento da pesquisa para montagem deste Subsetor foram centralizados em formas alternativas e experimentais de clínica e psicoterapia, visando o aprimoramento das mesmas, nas melhores formas de atendimento a essa clientela específica, e conseqüentemente, atendimentos mais amplos, tanto no que se refere ao contexto institucional quanto ao contexto mais específico, ou seja, a linguagem do dependente em drogas lícitas e ilícitas.

Quanto aos demais pacientes, foram adotadas estratégias terapêuticas breves, que pareceram ser as mais convenientes ao momento do paciente. A idéia aí era a de em primeiro lugar, mudar a atitude dos usuários, de preferência daqueles que faziam uso compulsivo de drogas, no sentido de modificar-se a "sinalização" de seus impulsos, mostrando que poderia haver uma modificação na qualidade de suas vidas e, principalmente, que pudessem agir como agentes multiplicadores, não só nas comunidades de usuários de drogas a que pertenciam mas, em suas próprias comunidades de origem.

### 8.3.1. Programas e Questionamentos Terapêuticos

Inicialmente surgiram algumas dúvidas sobre os rumos a serem seguidos, quanto aos tipos de abordagem terapêutica a serem efetivados.

Em primeiro lugar, as diversas teorias ou paradigmas explicativos do comportamento humano.

Dúvida de fundamental relevância, foi sendo resolvida, à medida em que não havia um substrato biológico para a dependência em si. Isso afastou a escolha de uma terapia predominantemente biológica, sem considerar-se a alta prevalência de diagnósticos de co-morbidade psiquiátrica.

Ora, restava acreditar que diversas teorias do comportamento não seriam necessariamente excludentes. Ao contrário, forneceram um quadro complexo dos comportamentos de uma pessoa, sob diferentes perspectivas.

Outra via afastada foi a assim chamada **terapia comportamental**, já que não concordava com a ocorrência de uma mudança do comportamento inadequado, sem *insight* ou percepção de suas causas subjacentes.

Uma forma muito comum das técnicas comportamentais tem sido a **terapia aversiva** que consiste num condicionamento em que um estímulo "aversivo" é apresentado após um comportamento não desejado.

Essa técnica de terapia foi afastada por ir contra todos os princípios pelos quais vejo o uso ocasional e o da dependência.

É óbvio que existem diversas outras técnicas comportamentais que, como viu-se anteriormente não se adequavam a uma postura de ver o "homem no mundo" em sua circunstância.

A **psicanálise** poderia ser outro recurso de atuação. Como técnica, porém, mostra-se questionável para a compreensão e resolução da problemática da clientela-alvo.

A psicanálise requer que o paciente seja estável, altamente motivado, com fluência verbal e disposição psicológica para tolerar o *stress* gerado pela análise, sem se tornar francamente regressivo, perturbado ou impulsivo. A clientela-alvo era o contrário disso tudo: impulsiva, com necessidade de resolução imediata de seus impulsos, rebelde ao tratamento, indisciplinada e, sobretudo, com um índice muito instável de adesão ao tratamento.

Diante das dificuldades de aplicar um tratamento eficaz que atendesse a todos os usuários, definiu-se por uma abordagem terapêutica multidisciplinar, visando reforçar a capacidade do paciente em enfrentar o mundo e a relacionar-se sem necessidade do uso de drogas. Com o transcorrer do programa foram sendo incluídas atividades de arteterapia e terapias corporais com o fim de facilitar uma posterior reinserção socio-profissional de nossos já então — ex-pacientes. Para alguns foi instituída a psicoterapia dinâmica breve, tratamento de curto-médio prazo, com o objetivo essencial de focalizar a relação dual sujeito-droga.

Quanto ao plano psicoterápico, algumas perguntas, colocam em dúvida a maioria dos programas, ditos científicos, atualmente postos em prática. Por que razão não iniciar com alguns pacientes uma terapia individual e com outros grupal? Por que ter que se submeter toda a família à terapia simultânea, quando em grande parte das vezes, a chave da questão é saber se o **uso-de-drogas-por-apenas-um-membro-da-família** situa-se na desagregação da estrutura familiar? Por que estabelecer-se um **tempo-padrão** de terapia desde o começo, quando na maior parte das vezes estamos lidando com sujeitos de baixíssima resistência a frustrações e à disciplina? Por que razão, todos, indiferentemente têm que passar por psicoterapia?

Sabe-se hoje que o tratamento individualizado, simplesmente, não é o único a ser indicado. Existem divergências amplas, não apenas acerca do "como" tratar, mas, sobretudo, acerca de "o que" e a "quem" tratar.

KHUN (1990), citado por FONTANELLA (1991), reforça a questão em termos, a meu ver, pragmáticos:

*"a prática mais do que a equipe mostra as necessidades reais, e parcialmente desconhecidas, dos pacientes. Modelos testados e usados para outros diagnósticos psiquiátricos, são utilizados para os usuários de drogas: faz-se "ciência normal" sobre um objeto que não originou o paradigma empregado".*

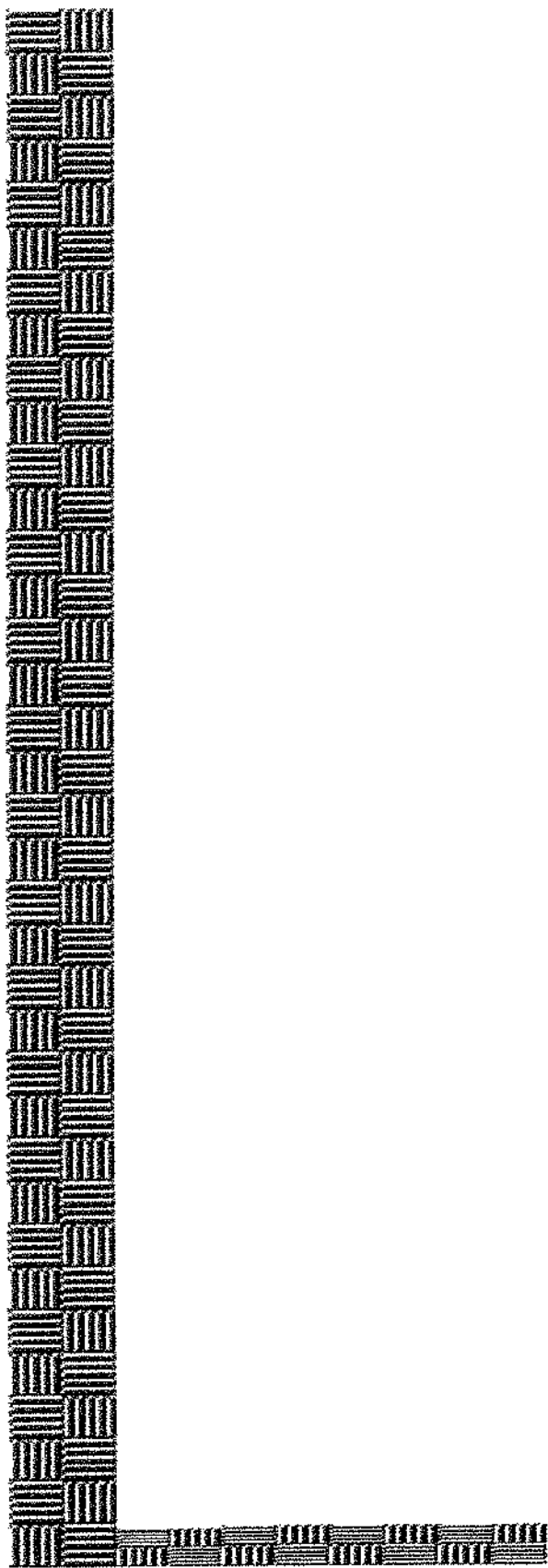
Quando o tratamento se baseia em noções estereotipadas da população de usuários, a terapia em geral é centrada no criminoso com distúrbios de caráter. Enfermarias trancadas para "desintoxicação", regras rígidas e outros controles severos caracterizam uma desconfiança em relação ao paciente e, são muitas vezes as marcas do tratamento dispensado igualmente a todos os usuários de drogas. Esses métodos terapêuticos, desenvolvidos para tratar distúrbios do caráter não consideram as necessidades de muitos outros dependentes de drogas. Muitos deles são neuróticos, com ansiedade incapacitante. Para se obter sucesso com a variedade de dependentes de drogas, esses estereótipos precisam ser descartados. Os programas terapêuticos devem levar em conta essa variedade e desenvolver serviços que satisfaçam essas diferentes necessidades.

Finalmente, nunca é demasiado frisar que tudo se resume na determinação de um diagnóstico seguro, que só poderá ser alcançado mediante uma anamnese cuidadosa, fundamentada na história-de-vida do usuário de droga. Aliás, toda anamnese psiquiátrica deverá sempre ser uma anamnese biográfica. Isso levanta a questão importante, e não bem explorada, do duplo diagnóstico em abuso e dependência de drogas, pois muitos sintomas imputados como induzidos por certas drogas, podem ser fruto de uma diagnose mal encaminhada, sendo que MORRISSON e SMITH (1987) chamam atenção para o fato de que pode ser verdadeira a hipótese que uma pessoa usa certas drogas por "razões intrapsíquicas", podendo ser verdade que o sintoma pode fazer parte da seleção da droga. Isso confirma o que foi levantado por SEIBEL (1975) em estudo efetuado com pacientes internados em uma clínica psiquiátrica de Paris com o primeiro diagnóstico de toxicomania.

### 8.3.2. O Plano Familiar

Não existe outra forma de abordagem das resistências familiares em iniciar o acompanhamento terapêutico, senão utilizando um sistema equalitário de atendimento aos membros da família, de acordo com suas necessidades. Para tanto, optou-se por fazer um acolhimento indiferenciado, em que todos teriam seu espaço. A família que se sentisse "tocada" pelo problema, seria atendida independente da vinda do usuário à terapia. No caso específico da clientela-alvo era de fundamental importância a existência de um clima de segurança, confiança, aceitação e calor humano. Em uma palavra: **empatia**.





## *9. Perfil da clientela*

## 9.1. PERFIL DOS PRIMEIROS DEMANDANTES DO NEPAD

Os 100 primeiros sujeitos atendidos no Setor de Assistência Clínica do NEPAD foram submetidos a questionários preparados para avaliar o perfil do usuário típico, demandante do NEPAD.

A pesquisa teve início em maio de 1986 encerrando-se em 31 de dezembro do mesmo ano. Por várias razões, nas fases de pré-teste e teste, nem todos os pacientes puderam ser entrevistados: evasão dos demandantes; falta de integração da equipe em suas primeiras atuações; falta de entrosamento eficiente entre o Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos e o Setor Clínico; dúvidas quanto ao encaminhamento às entrevistas e por imperfeições do registro de admissão. Na fase de aplicação, bem como nas anteriores acima referidas, os questionários aplicados, foram respondidos integralmente.

O questionário foi aplicado, em rodízio, pela equipe do Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos, durante o treinamento de março até a primeira quinzena de maio, ocasião em que foi realizado o teste-piloto da pesquisa.

O arquivo especial de prontuários e fichas estatísticas foi organizado para ser implantado conjuntamente pelas equipes do Setor de Métodos Estatísticas e Quantitativos e pelo Setor Clínico, sendo por este atualizado em todo o período de atendimento clínico.

As fichas do arquivo clínico e o questionário aplicado pelo Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos foram sistematicamente comparados entre si, quanto aos dados de sexo, idade, estado civil, profissão e escolaridade, que constavam tanto do arquivo clínico quanto do questionário aplicado pelo Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos.

Os sujeitos cujo problema exclusivo era o alcoolismo ou que apresentavam distúrbios graves psiquiátricos, não foram incluídos na pesquisa por não preencherem os critérios de elegibilidade para tratamento pelo NEPAD, sendo encaminhados para estruturas adequadas a sua patologia, conforme detectado em algumas entrevistas do pré-teste.

Os demandantes que se apresentaram à entrevista sob efeito de droga, foram entrevistados novamente, uma semana depois, não havendo intervalo superior a uma semana entre a entrevista clínica e a aplicação do questionário.

A todos os demandantes foi garantida a confidencialidade das informações e o direito de recusa total ou parcial de resposta, o que não ocorreu em nenhum dos casos.

### **9.1.1. Distribuição da demanda inicial**

Os demandantes ao NEPAD distribuíram-se do seguinte modo:

#### **\* quanto à idade e sexo (Gráfico 1)**

- adultos jovens, cuja média de idade foi de 25,55 anos (desvio-padrão: 7,44);
- a participação masculina foi predominante, constituindo-se 89% da população estudada;

#### **\* quanto ao estado civil (Gráfico 2)**

- os solteiros constituíram: 53%
- os separados vivendo sozinhos: 25%
- casados ou vivendo maritalmente: 22%

#### **\* quanto à escolaridade (Gráfico 3)**

- não completaram o 1º grau: 32%
- não completaram o 2º grau: 28%
- não completaram o 3º grau: 11%

**\* quanto à profissão (Gráfico 4)**

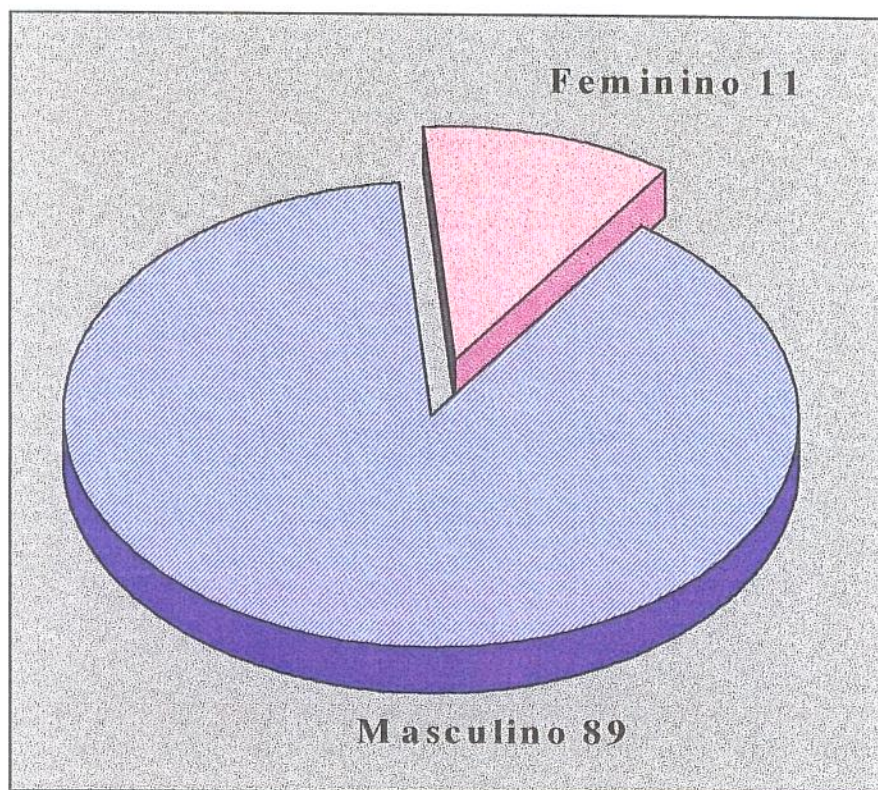
- baixa participação no mercado de trabalho formal:	33%
- baixa participação no mercado de trabalho formal:	5%
- sem participação no mercado de trabalho formal e informal no momento da entrevista:	37%
- nunca ingressaram no mercado formal e sem qualquer ocupação definida:	14%
- licenciados pela Previdência Social:	3%
- aposentados:	2%
- sem informação precisa:	6%

**\* quanto a forma de aquisição de droga (Gráfico 5)**

- manutenção por renda própria:	37%
- utilização de pelo menos 2 formas de aquisição:	57,5%
das quais:	
- através de furto ou outras atividades ilegais:	16,8%
- repasse de drogas (compra em maior quantidade para revenda):	12,9%
utilização de recursos familiares:	10,4%
- através de amigos ou terceiros:	17,4%
- A renda <u>per-capita</u> verificada apresenta média de 3,66 salários mínimos (desvio padrão de 7,04).	
- Esse desvio-padrão elevado evidenciou a existência de valores extremos, calculando-se a mediana de 2,2 salários-mínimos.	

## PARTICIPAÇÃO POR SEXO

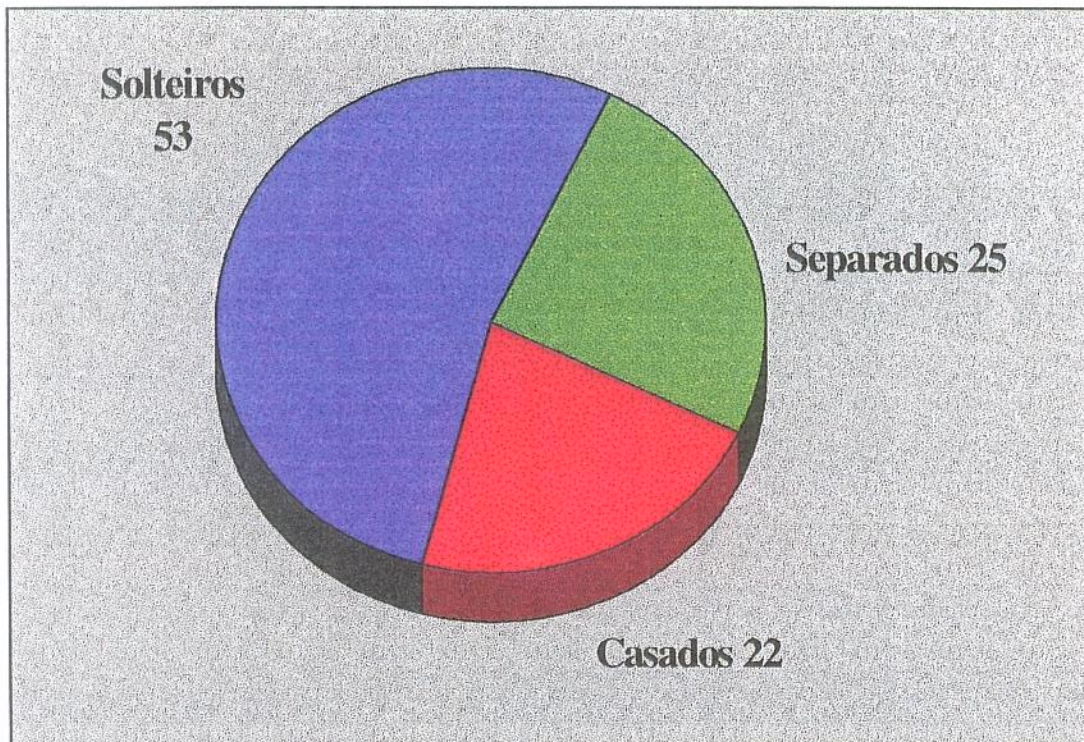
Gráfico 1





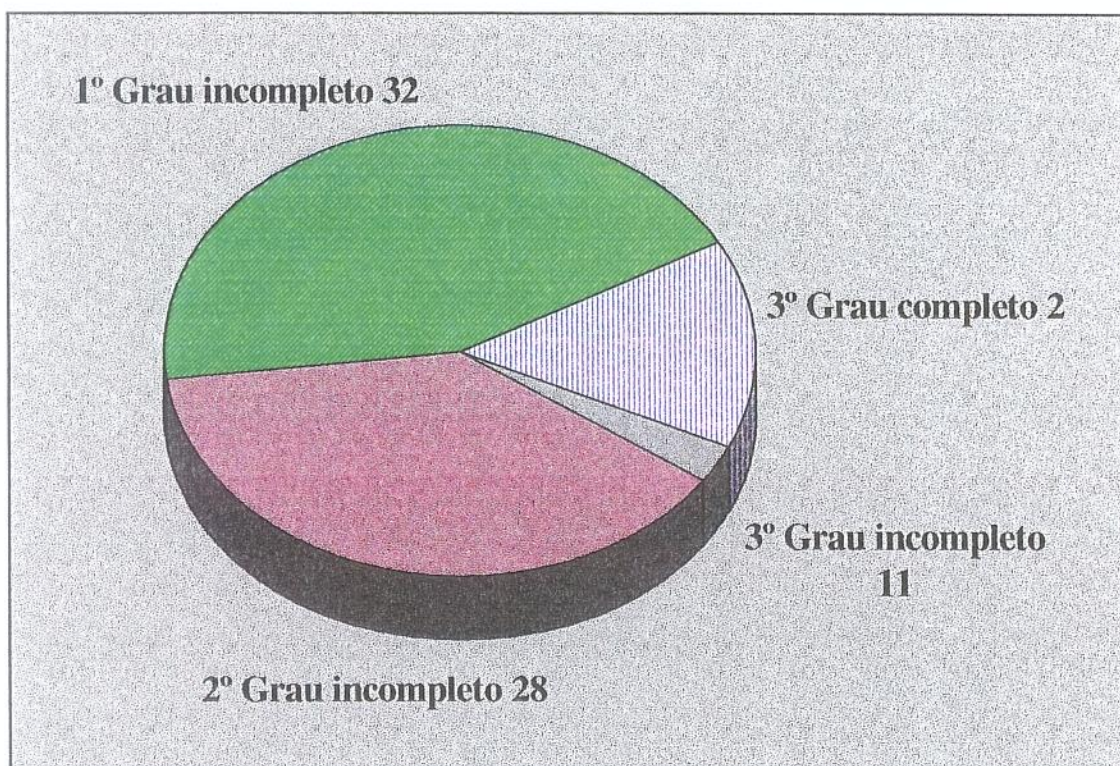
## ESTADO CIVIL

Gráfico 2



## ESCOLARIDADE

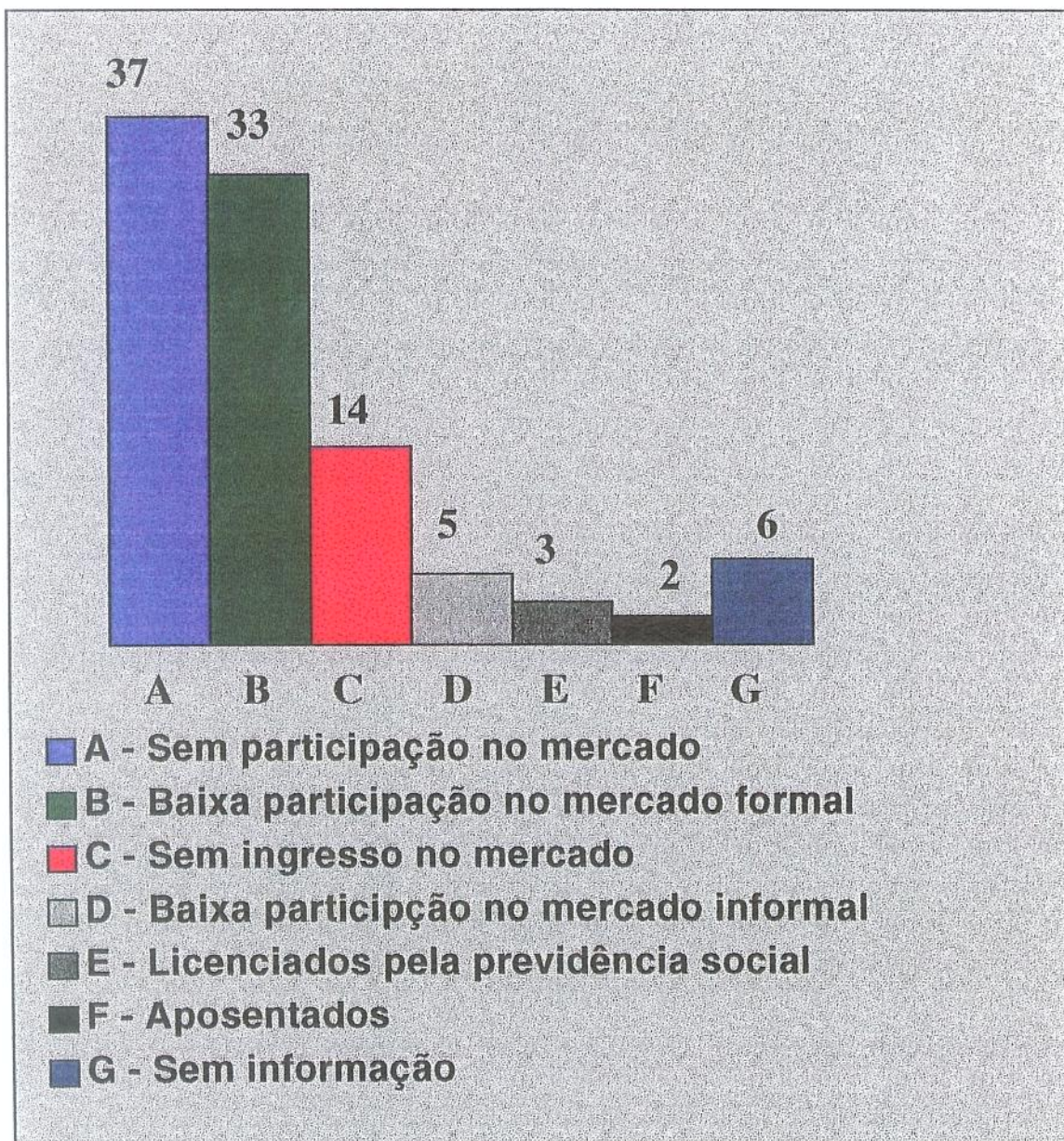
Gráfico 3





## PROFISSÃO

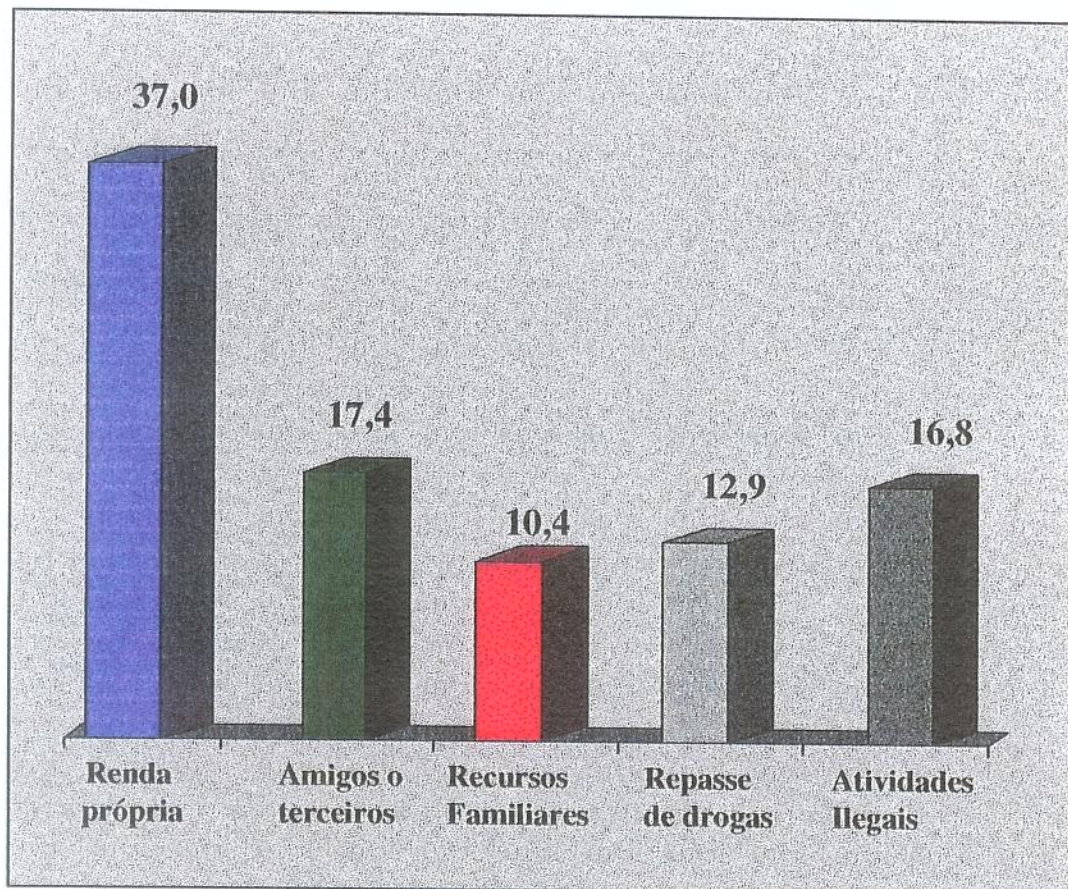
Gráfico 4





## AQUISIÇÃO DA DROGA

Gráfico 5



## \* REPERCUSSÕES SOCIAIS:

### Na vida escolar (Gráfico 6)

- consumo posterior à vida escolar: 27%
- interrupção dos estudos em decorrência do uso de drogas: 22%
- consumo dentro da escola: 20%
- consumo fora da escola: 30%

sendo que:

- associaram algum prejuízo da atividade escolar: 20%
- advertências ou suspensões: 11%

### Na vida profissional (Gráfico 7)

- trabalhavam efetivamente: 38%
- nunca tiveram problemas no trabalho: 23,4%
- com referência a problemas no trabalho: 76,6%

sendo que:

- relacionaram os problemas ao consumo de drogas: 70,3%
- utilizavam drogas no ambiente de trabalho: 15,3%

Consumo de drogas associado ao consumo de álcool:

*NOTA:* Para detecção de Síndrome de Dependência ao Álcool foi aplicado o C.A.G.E. Test, que é um teste simples de detecção, tendo sido testado e validado no Brasil por MASUR (1989).



**\* Os resultados foram os seguintes: (Gráfico 8)**

- usuários que apresentaram o teste negativo: 62%
- usuários que apresentaram o teste positivo: 37%  
(presumível Síndrome de Dependência ao Álcool)
- usuários que apresentaram o teste inconclusivo: 1%

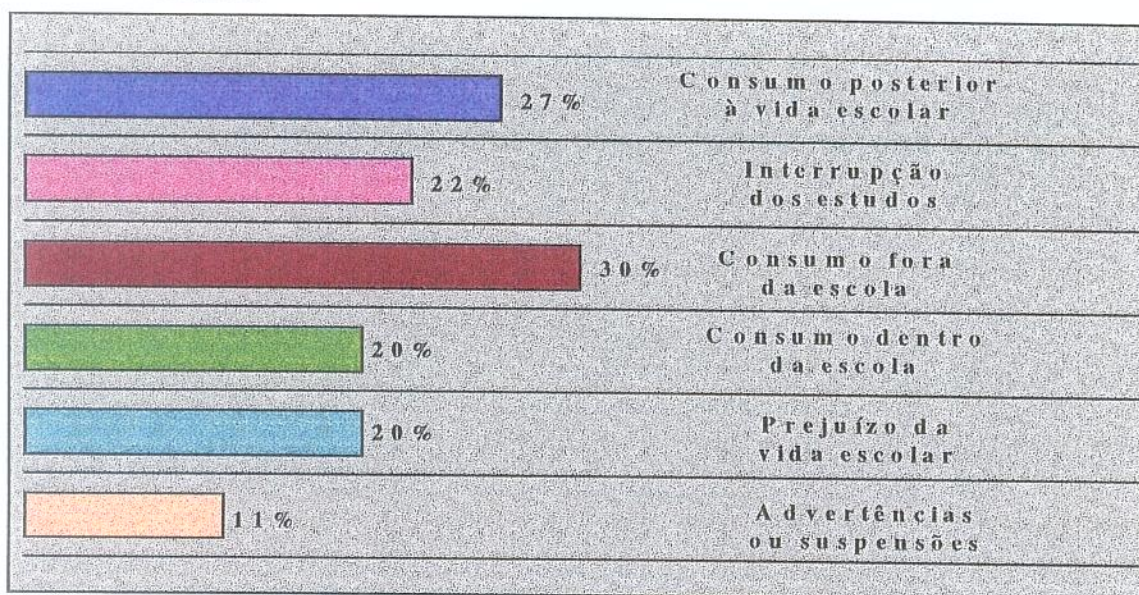
**\* Motivações para o início do consumo: (Gráfico 9)**

- início por curiosidade: 38,4%
- início por vontade própria: 25,6%
- necessidade de pertinência a um grupo: 16,5%
- sugestão de amigos: 13,4%
- nenhum sujeito iniciou seu consumo a partir de traficante.

## REPERCUSSÕES SOCIAIS DE CONSUMO

### Vida Escolar

**Gráfico 6**

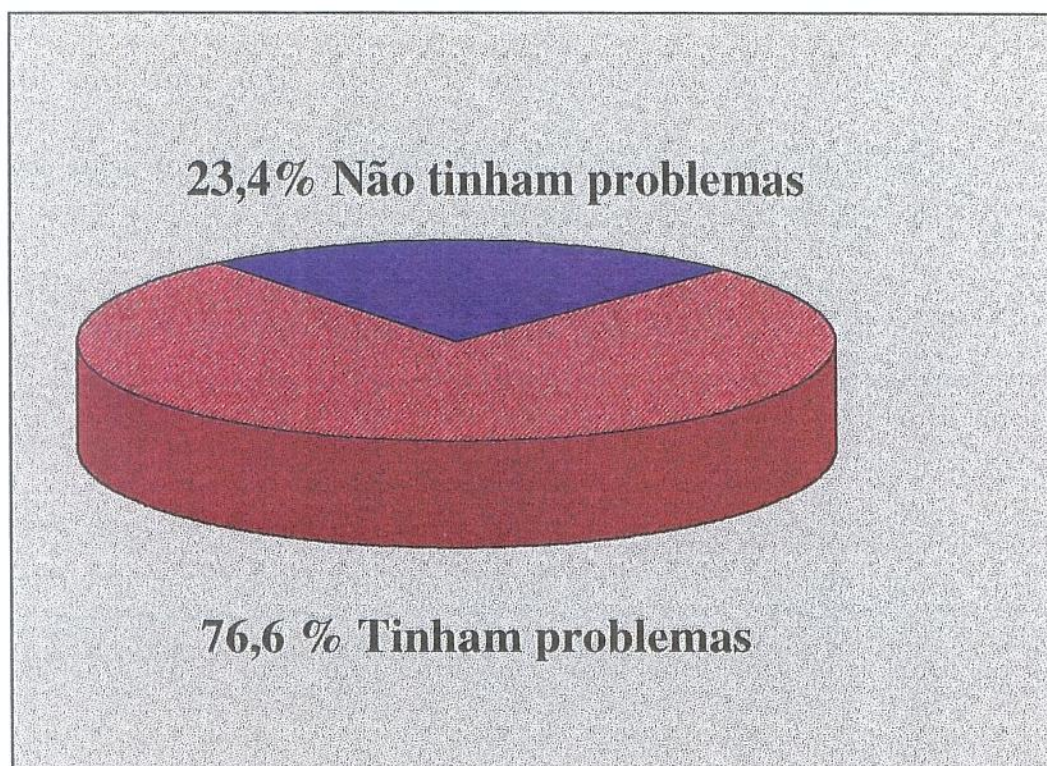


## REPERCUSSÕES SOCIAIS DE CONSUMO

### Vida Profissional

#### Gráfico 7

Dos 38% que trabalhavam,

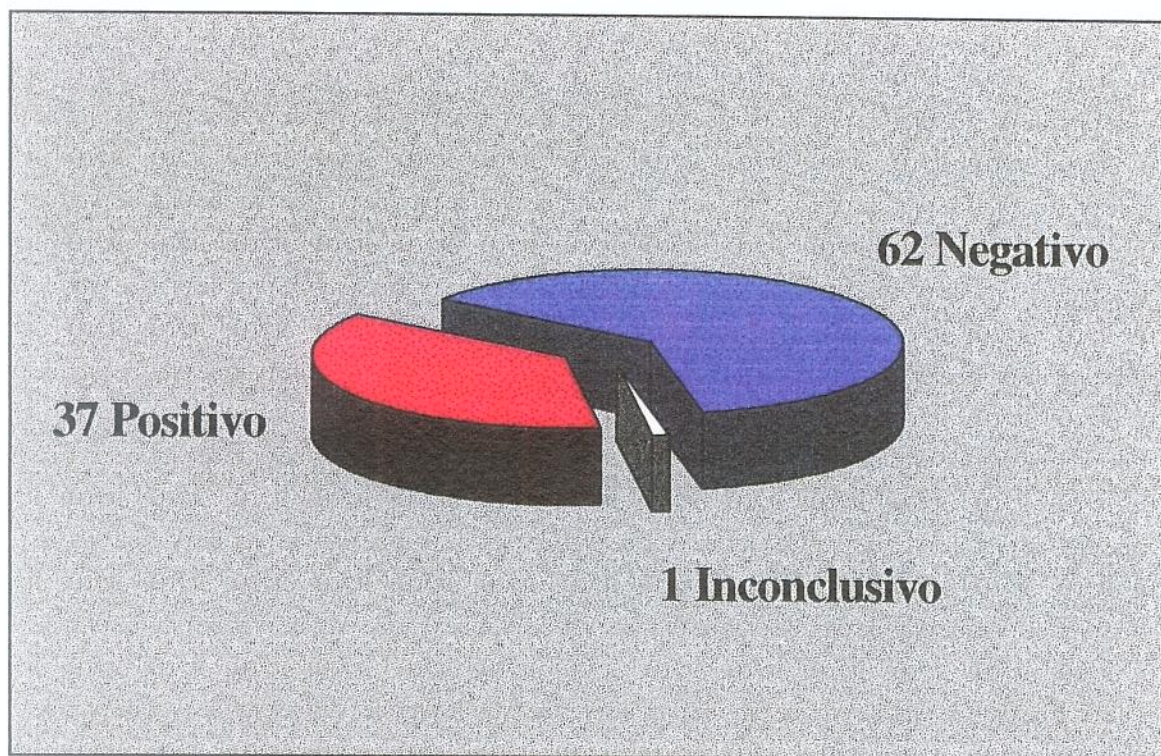




## DROGAS/ÁLCOOL

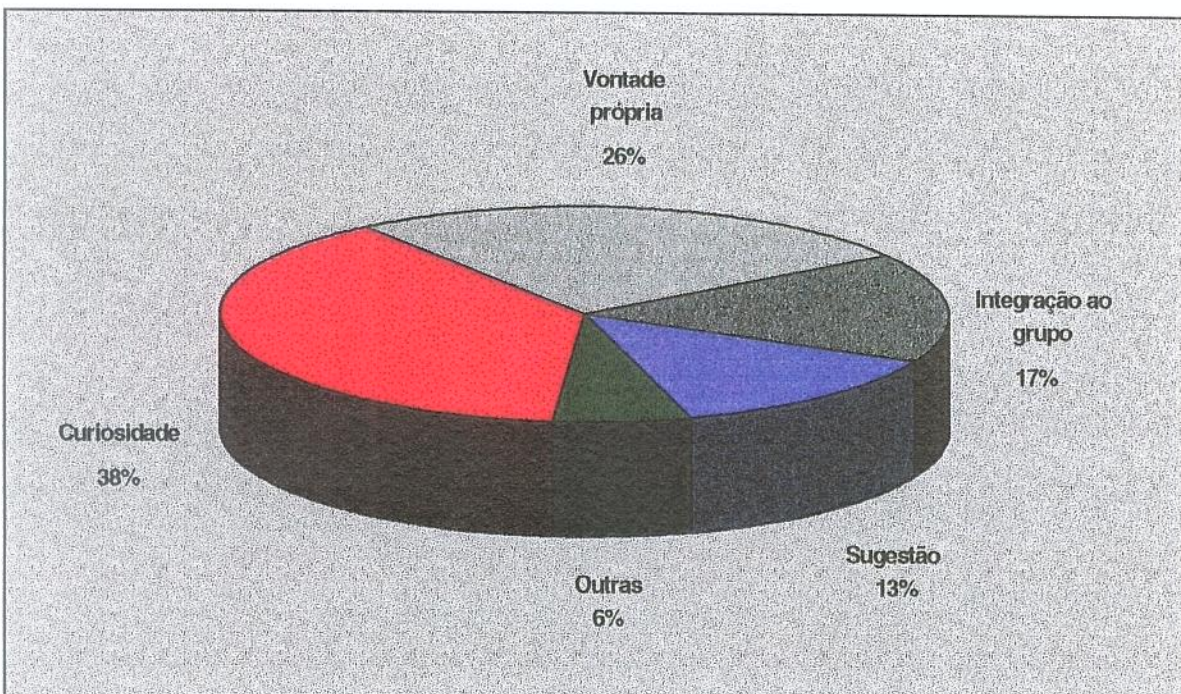
C.A.G.E. Test

Gráfico 8



## MOTIVAÇÕES

Gráfico 9





**\* Padrões de consumo:**

- A média de idade de início de consumo foi de 15,5 anos (desvio padrão: 4,7)
- O tempo médio de consumo foi de 10,1 anos (desvio padrão de 6,2)
- O consumo de maconha no momento da entrevista, referente a 64% dos sujeitos, foi de cerca de 115, 16 cigarros/mês (desvio padrão: 155,5) e mediana de 60 cigarros/mês.
- O consumo de cocaína no momento da entrevista, referente a 65% dos sujeitos, apresentou uma média de 26,25 g/mês (desvio padrão: 39,02) e mediana de 8 g/dia.

**\*Complicações clínicas: (Gráfico 10)**

- Complicações infecto-clínicas, desde uma simples alergia cutânea até AIDS: 46% dos sujeitos foram contaminados.
- Complicações clínicas leves (abcessos locais, vômitos e alergias cutâneas): 34% dos sujeitos foram afetados.
- Complicações clínicas graves com hospitalização: 8% dos sujeitos foram acometidos.
- Complicações hepáticas graves (Hepatite B, confirmada clínica e laboratorialmente): 6% dos sujeitos.
- Inicialmente, não houve preocupação no estabelecimento da relação SIDA/AIDS/drogas endovenosas. No entanto, foram encontrados 2 sujeitos com manifestações clínicas compatíveis com diagnóstico de SIDA/AIDS. A partir daí, foi feito um trabalho sistemático de pesquisa para estudo da relação SIDA/AIDS/drogas endovenosas, através dos testes de pesquisa anti/HIV, Elisa e Western-Blot.

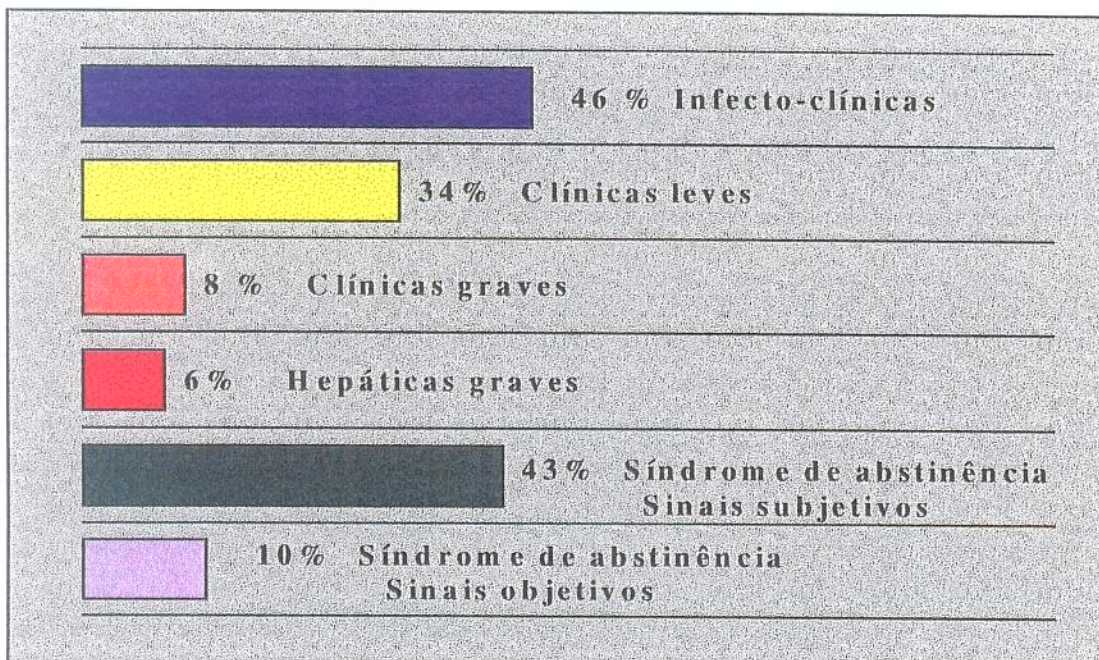
- Quanto a sintomas relativos a uma síndrome de abstinência (sintomas subjetivos: nervosismo e ansiedade): 43% dos sujeitos foram afetados (Sintomas objetivos: convulsões, tremores, sudorese intensa, diarreia e alucinação): 10% dos sujeitos.

## PADRÕES DE CONSUMO

• Média de idade dos iniciantes	15,5 anos
• Tempo médio de consumo	10,1 anos
• Consumo médio de maconha	115 cigarros/mês
• Consumo médio de cocaína	26,25 g/mês

## COMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Gráfico 10





### **\*Implicações Sociais (Gráficos 11-A e 11-B)**

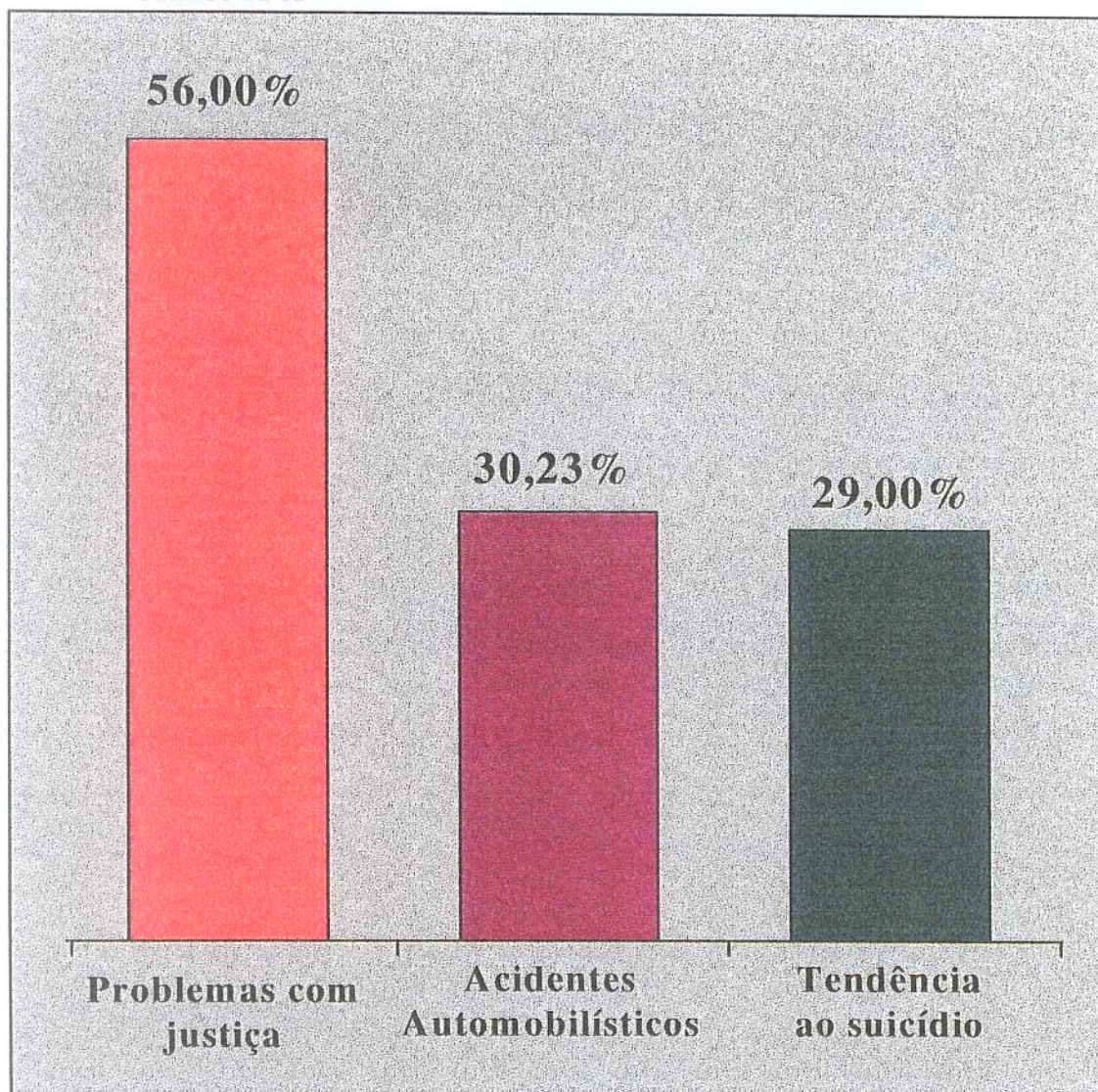
- Quanto à relação entre uso de drogas ou álcool e acidentes automobilísticos: **30,23%**.
- Quanto à tendência ao suicídio: **29%** dos sujeitos tentaram efetiva mente o suicídio.
- Quanto à relação entre o uso de drogas e problemas com a Justiça (incluídos os casos em que não chegou a haver formalização do processo judicial): **56%** dos sujeitos entrevistados.
- Quanto à opinião que o usuário de drogas tem a respeito de seu próprio consumo: **40%** dos sujeitos desaprovam o uso de drogas e acham que todas devem ser reprimidas; **39%** aprovam com restrições e **9%** aprovam seu uso e liberação.
- Foi avaliada a relação entre o uso de drogas por via EV e o aparecimento de complicações infecto-clínicas.

A grande maioria dos pacientes com essas complicações, fazia uso endovenoso de drogas, complicações essas que incluíam principalmente hospitalizações, hepatite B e SIDA/AIDS.

## IMPLICAÇÕES SOCIAIS

Danos à vida

Gráfico 11-A

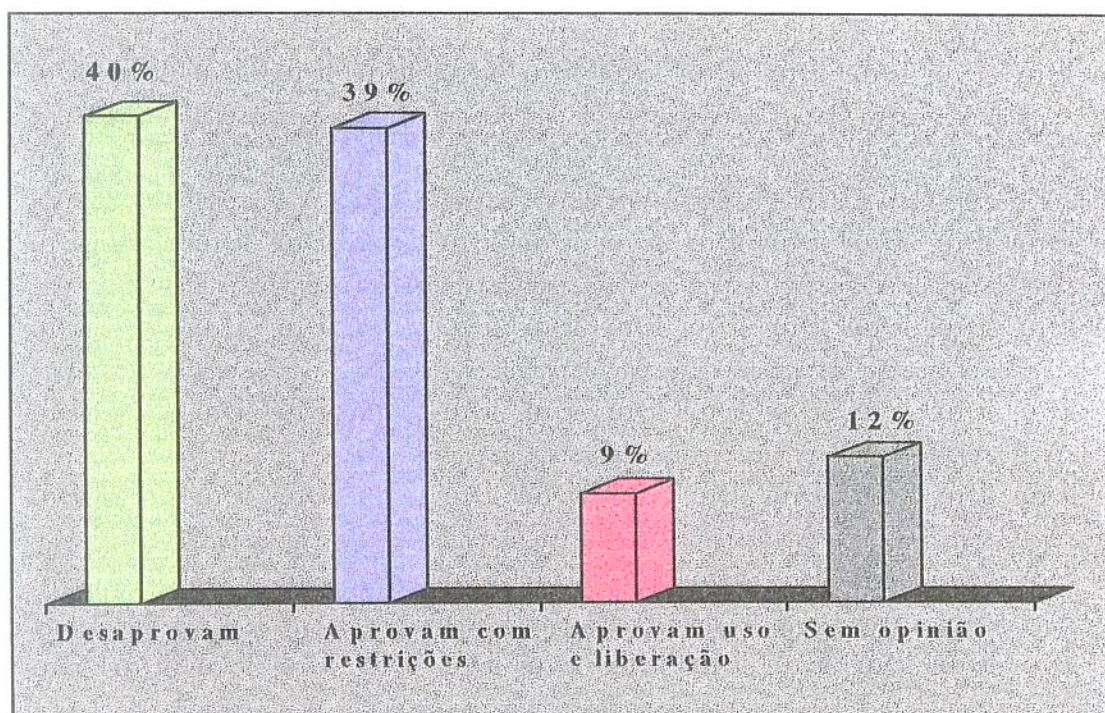




## IMPLICAÇÕES SOCIAIS

### Opiniões do próprio usuário

Gráfico 11-B



#### \* Quanto ao consumo de várias drogas (Gráfico 12)

- Maconha e cocaína — uma faixa de usuários em torno de **90%**, utilizou-se de ambas as drogas por mais de 50 vezes.
- Anfetamínicos verdadeiros e "derivados" — estas drogas foram consumidas por mais de 50 vezes, por pelo menos, **64%** dos seus usuários.
- Benzodiazepínicos, analgésicos não opiáceos e anti-colinérgicos centrais — no mínimo **43%** dos consumidores utilizaram por mais de 50 vezes estas substâncias, sendo que foi significativo o número de pessoas que as utilizou apenas experimentalmente.

- "Cheirinho da loló" (solvente orgânico, resultante da mistura de éter com essência aromática de feitura artesanal), haxixe e LSD — este grupo se caracteriza por apresentar um percentual importante de experimentadores, o uso por mais de 50 vezes ficou em torno de **20%**.
- Alucinógenos naturais, cola de sapateiro (solvente orgânico volátil utilizado na fabricação de sapatos) e lança-perfume (solvente orgânico volátil à base de éter com essência aromática de produção industrial) — a ampla maioria dos entrevistados utilizou estas substâncias apenas por experimentação, sendo que a utilização de lança-perfume deu-se de forma sazonal (carnaval).
- Hipnóticos barbitúricos e não-barbitúricos, analgésicos centrais opiáceos (morfina, propoxifeno, xaropes codeínicos, heroína), éter e derivados de petróleo (gasolina, benzina etc.) — o uso destas substâncias entre os usuários entrevistados, caracterizou-se por apresentar percentagens muito baixas em todas as categorias de frequência de consumo.

As drogas realmente relevantes entre os demandantes do NEPAD foram a cocaína e a maconha, sendo raras as pessoas que procuraram assistência por serem usuários somente de maconha. É importante salientar que a cocaína foi a droga utilizada por todos os usuários que no momento da entrevista afirmaram o uso de drogas por via endovenosa. Imediatamente após a cocaína e a maconha situa-se como importante o consumo não terapêutico de uma série de drogas do receituário médico.

O usuário de drogas demandante ao NEPAD caracteriza-se como adulto jovem predominantemente do sexo masculino, solteiro ou separado, de inserção profissional abaixo da esperada para faixas comparáveis da população. Estatísticas realizadas pelo IBGE encontraram na Região Sudeste (1983) uma percentagem de aproximadamente 60% de inserção profissional efetiva entre jovens de faixa etária semelhante.

Centros de Atenção a Usuários de Drogas no Brasil (Salvador, Brasília e Recife) por serem recentes não permitiram comparações seguras quanto aos dados interestaduais. Importa ressaltar que outras pesquisas nacionais feitas a partir de amostras obtidas de



pacientes internados e escolares, são antes esforços complementares a este do que possibilidades de comparação.

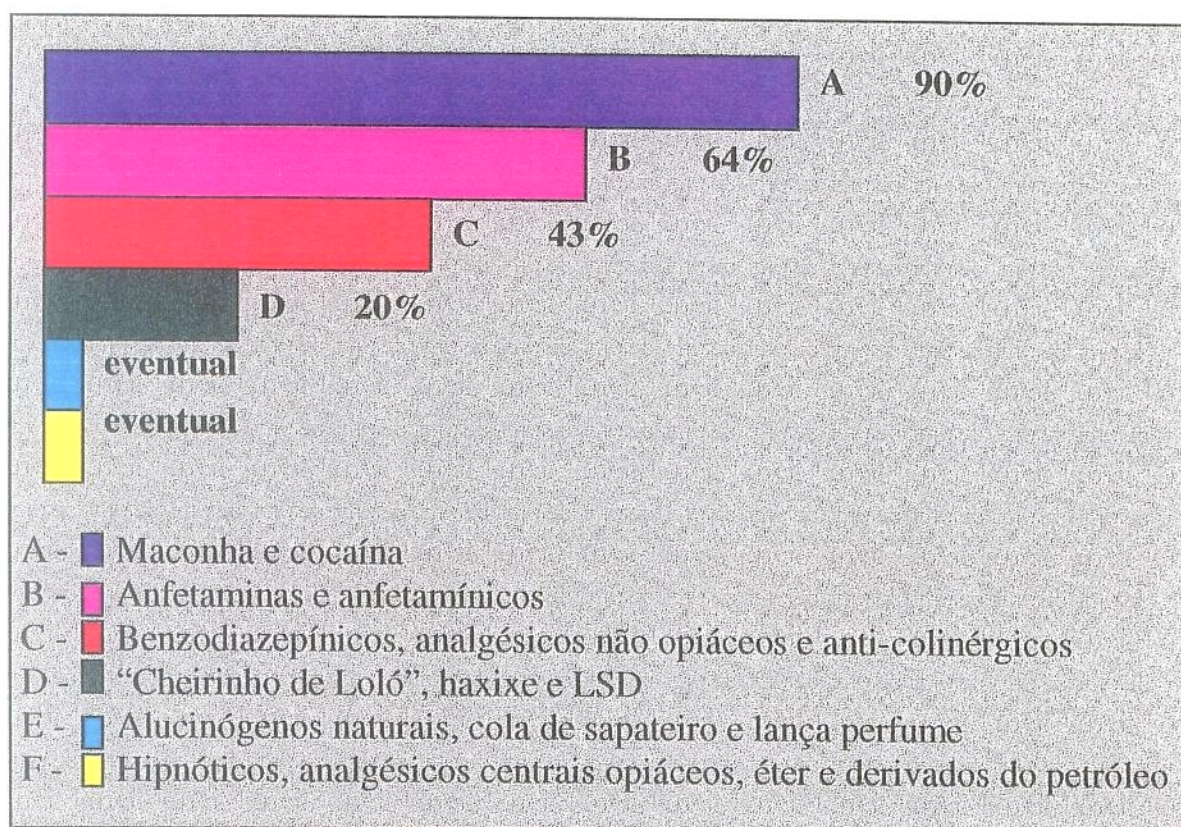
É oportuno ressaltar que devido à seletividade da amostra estudada, os resultados não podem ser estendidos a outros grupos de usuários ou mesmo populacionais.

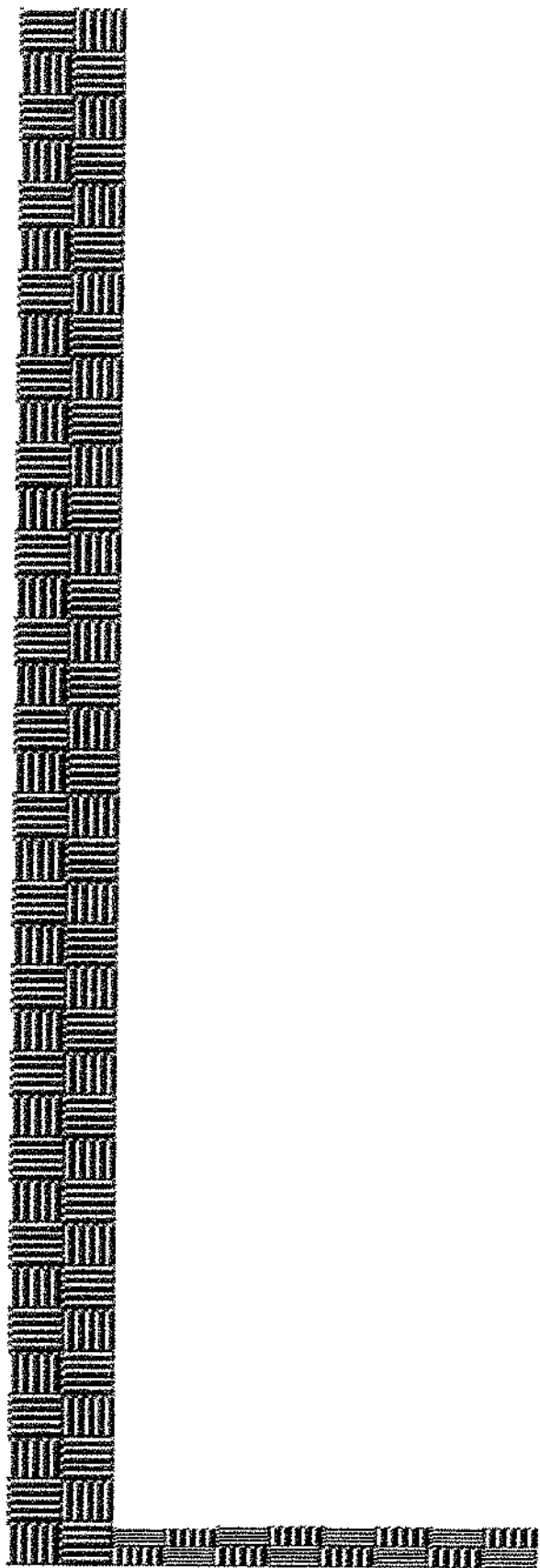
O objeto final da pesquisa foi aprofundar o conhecimento do perfil dos usuários demandantes ao NEPAD, os fatores de risco e o abuso de drogas determinantes de complicações clínicas.

## CONSUMO DE VÁRIAS DROGAS

### FREQUÊNCIA SUPERIOR A 50 VEZES

Gráfico 12





## *10. Comentários*

Antes de chegar às conclusões sobre a presente tese, alguns comentários merecem ser considerados, lembrando sempre que se trata de um trabalho retrospectivo, reportado aos anos de 1985-86.

Uma das preocupações iniciais foi a construção de um modelo experimental, que não copiasse modelos implantados em outros países.

O NEPAD, como seu nome indica, é um Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas, sendo seu objetivo principal a necessidade da criação de uma instituição destinada a estudos e pesquisas em matéria de consumo de drogas, consumo esse que vinha preocupando as autoridades brasileiras, tanto que o aporte de verbas foi de entidades governamentais.

A começar por certas terminologias, definições e conceitos básicos onde cada especialidade tem uma linguagem diferente, não se pode falar na existência de uma história natural da dependência de drogas, pois atendo-se a uma etiopatogenia, ter-se-ia que levar em consideração a miríade de fatos biológicos, psicológicos, sociais e existenciais que compõem as realidades humanas.

Criado o Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos, montou-se um primeiro questionário que daria sustentação aos demais setores. Desconhecendo-se, qualitativa e quantitativamente as realidades, houve que pesquisar também as diversas formas de tratamento.

Esse primeiro questionário deveria dar lugar a cerca de 10 trabalhos, produtos do cruzamento em computador de todas as questões que dele faziam parte, como foi descrito no capítulo correspondente. Somente dois trabalhos foram completados, pois como meu cargo era vinculado à confiança do Magnífico Reitor da UERJ, acontecimentos de ordem política interna da Universidade fizeram com que eu fosse afastado da Direção do Núcleo. A partir desse momento, desliguei-me da UERJ, não tendo conhecimento do prosseguimento dos trabalhos, assim como da realidade atual do NEPAD.

A Epidemiologia é rigorosa no que diz respeito ao conhecimento das doenças com etiopatogenia e fisiopatologia declaradas, o que não sucede com uso de drogas;

portanto o termo **prevenção** não foi utilizado, pois se encontra por demais ligado à história das moléstias infecto-contagiosas. Privilegiei, então os conceitos de Atenção à Saúde, propostos pela O.M.S.

Existem várias formas de apreciação do fenômeno do uso, do abuso e da dependência de drogas, desde as não tão simples razões mercantilistas, descritas na história do ópio, passando pelos meios de utilização terapêutica — no caso do chá de coca nos países andinos e a própria descoberta da cocaína — até utilizações ritualísticas do haxixe e da ayahuasca (Santo Daime, no Brasil).

Talvez, pelo fenômeno do tratamento da questão do uso, abuso e dependência de drogas apresentar-se no Brasil em um tempo relativamente recente e, com certeza, devido ao esfacelamento do aparelho estatal de saúde, existem resistências muito grandes no corpo do próprio Sistema de Saúde no sentido de enfrentar a questão. Isso sem querer me abstrair da própria não-formação e quase total desinformação científica sobre o tema, a despeito da Lei 6368/76.

A dependência de drogas encontrava-se até então em uma enorme confusão conceitual, onde nem a Psiquiatria, nem a Psicanálise chegavam a uma conclusão. Talvez, por prestar-se maior atenção à droga em si, e nenhuma ou quase nenhuma àquilo no que deveria estar centrada: na pessoa do consumidor. Tal situação começou a alterar-se nos anos 1985-86. A partir desse período, a Psiquiatria passou a compreender e esclarecer melhor quando se fazia o diagnóstico de dependência.

As estruturas formais de saúde vinham apresentando pouca ou nenhuma preocupação com o tema do consumo e da dependência de drogas, as entidades religiosas vinham e vêm ocupando estes espaços, assim como as repressivas, considerando-se que as Polícias do Rio de Janeiro e de São Paulo pelo menos, têm em suas estruturas, setores que se ocupam com aquilo que elas chamam de prevenção ao uso de drogas nas escolas.

A Lei 6368, apesar de ser de 1976, ainda é o único dispositivo que regulamenta a questão das drogas em nosso meio. Nos comentários feitos aos seus Artigos e Parágrafos



sobre o que os legisladores denominavam Prevenção e Tratamento, foram encontrados subsídios que nortearam aquilo que veio a ser o trabalho de campo desta tese.

Ficou claro que tudo estava por fazer, apesar de previsto pelos autores da citada lei.

Na elaboração do projeto do que veio a ser o NEPAD, vários obstáculos foram sendo transpostos sistematicamente.

O primeiro deles foi vencer a resistência de diversos setores dentro da própria Universidade, que rejeitavam a idéia, talvez por se tratar de uma temática pouco conhecida, em uma sociedade conservadora.

Em seguida, obter-se o aval das autoridades para que se montasse uma estrutura que, apesar de pesquisas e estudos, iria estimular o aparecimento de pessoas estigmatizadas pela norma social.

O passo seguinte foi a obtenção de créditos financeiros. O fato da Universidade não ter previsto recursos de ordem humana ou financeira para que se pudesse montar e equipar o Núcleo criou um impasse, pois as agências financiadoras conveniadas não liberaram créditos para contratação de pessoal. Com a promessa do Reitor da UERJ, de contratação de pessoal, acabei conseguindo uma contratação "parcial", já que apenas duas vagas foram criadas, para preenchimento por profissionais médicos, cedidas do quadro do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sendo que uma delas, após imensas pressões do diretor da Faculdade de Ciências Médicas e do chefe da disciplina de Psicologia Médica, acabei cedendo à disciplina acima referida.

A própria seleção de Recursos Humanos foi estabelecida de forma precária, só existiam pouquíssimos técnicos da própria estrutura da UERJ. A equipe foi constituída com recém-egressos das Faculdades ligadas à área da Saúde e profissionais que se encontravam fora do mercado de trabalho formal.

O treinamento foi efetuado em serviço, cuja duração inicial de seis meses passou a permanente, ficando sob a minha coordenação, uma vez que era o único técnico com experiência anterior no tratamento de drogados.

Seguindo as orientações da Lei 6368/76, faltava conhecer a realidade da demanda, o que foi feito com a montagem do Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos, cujo primeiro questionário possibilitou o conhecimento do perfil bio-psicossociocultural e clínico da clientela do NEPAD, que tinha como princípio a voluntariedade de tratamento, a manutenção do anonimato e da gratuidade, bem como a extensão de recursos à comunidade prestados por uma Universidade Estadual.

O Setor de Atenção Primária foi estruturado visando uma ação conjunta com a comunidade, iniciando-se por um trabalho realizado junto ao corpo docente de uma escola municipal, trabalho esse que se estendeu a alguns CIEPS da rede estadual e no Colégio Pedro II, pertencente à rede federal, no Rio de Janeiro. Estava prevista uma ampliação de trabalho envolvendo a comunidade em sentido amplo.

O Setor de Atenção Secundária (Assistência Clínica) foi estruturado visando ao atendimento de usuários e suas famílias que nos procuravam.

As manifestações clínicas apresentadas pelo uso de certas drogas mais consumidas, como a cocaína — pouco conhecidas pelos "especialistas" que se dedicavam a atender ao usuário de drogas — levou-me a procurar o que havia de mais moderno sobre o tema, encontrando nas bibliografias norte-americana e européia maior contribuição para o assunto, a partir da década de oitenta. Nenhuma informação havia no Brasil ou no restante da América Latina.

Dificultando ainda mais as pesquisas efetuadas no campo do uso, abuso e dependência de drogas, ficam ressaltados os seguintes pontos:

1. A própria OMS ainda não se havia definido claramente sobre os conceitos de "abuso de droga" e "dependência".

Os últimos relatórios vinham-se centrando na droga em si, e não na pessoa do usuário, com todas as suas realidades culturais, sociais e existenciais causadoras de manifestações clínicas variadas.

Essa posição gerava dificuldades para qualquer estudo ou pesquisa sobre o tema.

2- Para tornar possível e prática a abordagem do usuário de drogas, foi usado como um recurso operacional o conceito de CAMERON (1971) sobre dependência, por abranger a droga, a pessoa e personalidade do drogado em suas circunstâncias de vida.

*Objetivo:* compreendê-lo, observar suas manifestações clínicas e tratá-lo. Para tanto, reforçar sempre a necessidade de um diagnóstico pluridimensional, como exigência de uma atitude psiquiátrica bem orientada, tanto nos casos estritamente psiquiátricos, quanto nos casos de usuários de drogas pura e simplesmente.

3- Em pesquisas tidas como fundamentais para qualquer estudo sobre drogas, foram encontrados aspectos imprecisos, ambíguos, incompletos e preconceituosos, quanto a: conceitos de internação e não-internação, de tratamento, diagnóstico, tratamento compulsório, de atendimento, de alta e de alta controlada.

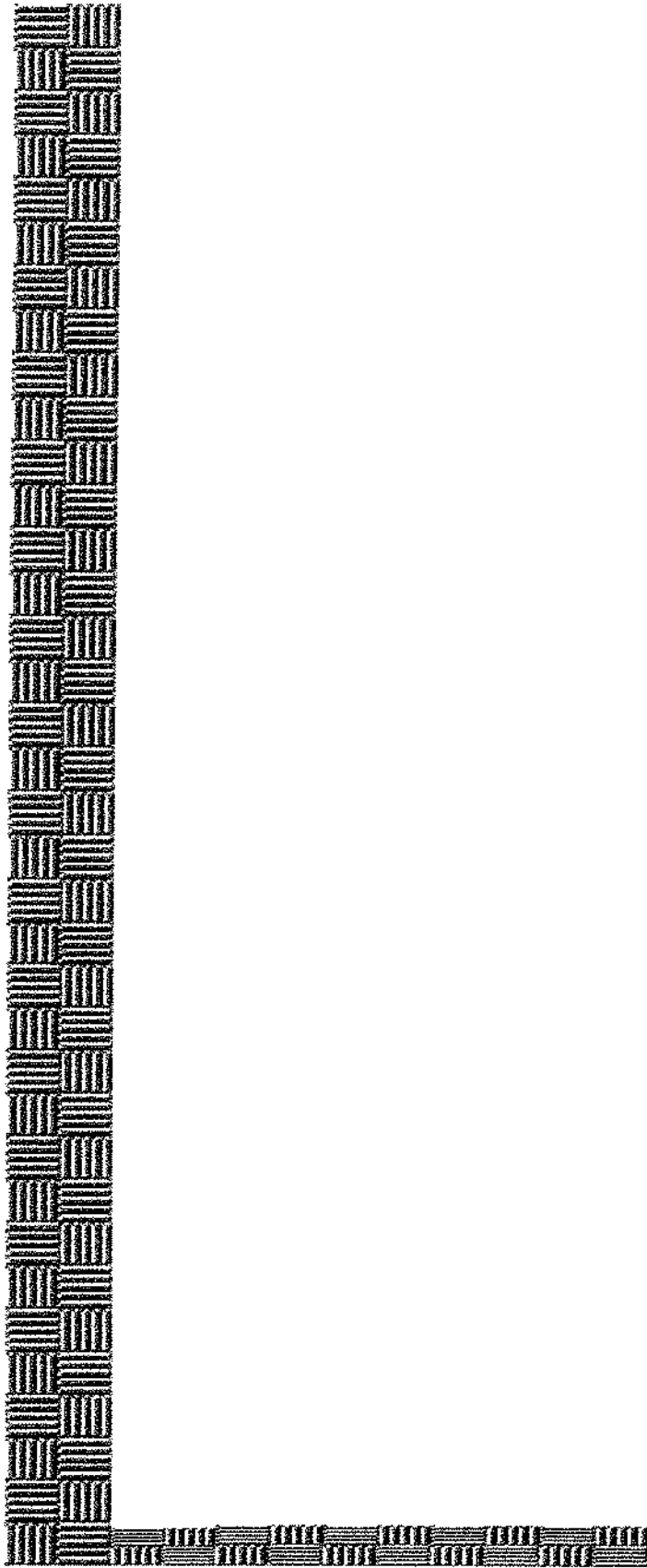
Pesquisas precárias em informações sobre o uso, abuso e dependência impedem até hoje conclusões seguras sobre padrões de consumo e atendimento.

Partindo desses dados básicos, qualquer pesquisa fica prejudicada. O recurso é tomar-se posição diante da situação brasileira da droga, drogado e dependência química e abrir-se campo para o estudo e a pesquisa, sem buscar parâmetros estrangeiros.

4- Devido ao desmantelamento do sistema de saúde brasileiro, não se vem prestando a atenção adequada ao consumo de drogas, cujo número de usuários vem crescendo, segundo dados provenientes dos consultórios médicos privados e hospitais estudados, bem como dos poucos estudos brasileiros existentes na área.

Aí se inclui o conhecimento e a elaboração das pesquisas em território brasileiro.

- 5- Mesmo na literatura internacional há insuficiência de estatísticas. No Brasil, mais escasso ainda é o número de pesquisas e estatísticas, se é que há elementos confiáveis para o levantamento dessas estatísticas.
- 6- Havia, na época, falta de profissionais experimentados no trato com usuários de drogas, segundo elementos colhidos em todos os Conselhos Estaduais de Entorpecentes no Brasil.
- 7- Havia, na época, no Brasil, instâncias de tratamento sem orientação científica a maioria era constituída de centros religiosos. Mais uma razão para se levantar aqui a defesa da Universidade como centro gerador de estudo e pesquisa em formação de Recursos Humanos para a rede pública básica, intervindo-se dessa forma diretamente na Política de Saúde.



## *11. Conclusões*

- 1- Esta tese é produto de um trabalho retrospectivo. À época, faziam falta tanto ao psiquiatra quanto aos médicos não-psiquiatras, informações relativas a ocorrências clínicas que afetam comumente os usuários de drogas.

Na intenção de prestar subsídios a esses clínicos, assim como para aprofundar o estudo das drogas em geral, detive-me no levantamento das pesquisas mais significativas no âmbito da neonatologia, cardiologia, neurologia, psiquiatria, gastroenterologia e oftalmologia.

- 2- Há, ainda, realidades clínicas não determinadas pelo uso da droga em si, mas pelas vias de introdução, que merecem maior atenção, do que propriamente o problema do uso da droga ou da dependência em si.
- 3- Apesar do cunho retrospectivo, acredito na utilidade deste trabalho para quem queira criar outros Núcleos de Atenção ao Usuário de Drogas. O NEPAD foi criado a partir de experiência pessoal, tendo sido elaborado um modelo aberto, passível de modificações.
- 4- Acredito ter concretizado o principal objetivo do trabalho, com a viabilização da implantação e implementação do NEPAD no âmbito da Universidade.
- 5- A criação do Setor de Métodos Estatísticos e Quantitativos provou ser necessária para o suporte das atividades implementadas, tais como conhecimento do perfil de demanda e o planejamento de ações prospectivas.
- 6- A estruturação do Setor de Atenção Primária mostrou a importância da criação de uma consciência crítica na população em geral em relação ao uso de drogas, procurando estimular atitudes de valorização da vida e da auto-estima através de técnicas de seminários, painéis, conferências elucidativas junto às comunidades envolvidas.
- 7- No que diz respeito à Atenção Secundária, criaram-se condições para que, a partir de diagnósticos específicos, o sujeito fosse encaminhado para a estrutura terapêutica adequada.

- 8- Apesar de previsto um modelo de Atenção Terciária, não foi possível sua implementação, em decorrência de problemas internos referentes à Universidade, que levaram à minha demissão da direção do Núcleo.
- 9- Para que o NEPAD atingisse os objetivos propostos, foi criada uma *equipe multiprofissional* segundo as normas do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (PROAHSA).
- 10- Dificuldades que interferiram no processo de implantação do projeto:
- A Universidade não pôde corresponder às necessidades do projeto em relação a verbas para contratação de Recursos Humanos e de equipamentos. Concedeu, no entanto, espaço físico a ser utilizado e eventualmente aumentado, bem como o remanejamento do espaço físico, através de seu Departamento de Obras.
  - A solução foi criar-se a Associação - Fundo de Incentivo ao Estudo e Pesquisa em Uso de Drogas - (AFIPED) com personalidade jurídica própria para ser a entidade mantenedora do NEPAD, seus estatutos previam a recepção de doações de verbas nacionais e internacionais.
- 11- Instalado o Núcleo, os primeiros usuários foram surgindo através de divulgação pelos meios de comunicação. Responderam a questionários fechados e sigilosos para o conhecimento das suas realidades psicossociais e culturais.

Preservaram-se sempre os aspectos voluntário, de anonimato e de gratuidade.

Através de fluxograma elaborado, os usuários eram encaminhados para a entrevista de diagnóstico.

Em casos de psicopatologia preexistente ou concomitante, os usuários eram dirigidos ao Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, com o qual o NEPAD mantinha convênio, ou à rede básica de saúde, do Estado ou município.

O fato do Serviço ser procurado por quem da droga já fazia uso, levou à compreensão que só a partir da anamnese biográfica, fenomenológica, é que se teria o melhor acesso aos sujeitos drogados. A análise dessas existências evidenciava uma forma especial de **estar-no-mundo** e a droga se inseria em um determinado momento, como uma outra opção de vida.

Essas observações fizeram chegar à hipótese levantada por DENIKER (1970) ao afirmar que "*a droga não cria nenhuma psicopatologia em um terreno saudável*".

Em casos de uso menos ou mais intermitente de drogas, os sujeitos eram encaminhados às diversas formas de terapia individual, grupal ou familiar.

Houve falta de assiduidade ao tratamento.

Questões levantadas por mim no transcorrer da prática, e a meu ver merecedoras de avaliação permanente:

- a) seria o usuário resistente ao tratamento por alguma patologia subjacente não detectada?
- b) poderia o usuário em tratamento julgar-se "não-doente" e portanto não necessitando de tratamento?
- c) a descontinuidade ao tratamento poderia ser explicada pela pressão de grupos marginais ligados ao usuário?
- d) a imaturidade da equipe e o pouco tempo da experiência poderiam ser responsáveis pela não criação de mecanismos de avaliação e controle?



e) a falta de tempo de consolidação da experiência poderia ser responsabilizada por alguma deficiência?

f) o usuário ocasional e o menos ocasional deveriam ser encaminhados para diferentes espaços terapêuticos?

12- O NEPAD firmou-se como o primeiro centro brasileiro conveniado com o então INAMPS. Colocou na prática o que a Lei 6368/76 determinava (criação de serviços próprios de tratamento).

Comprovou-se ser a Universidade o centro gerador de conhecimentos crítico e científico, para a formação de técnicos de saúde e educação.

Toda a orientação de Recursos Humanos ficou vinculada à Universidade, a fim de centralizar a formação de quadros para a rede pública.

13- Em vista disso, qual deve ser a posição do psiquiatra frente à questão das drogas?

Em primeiro lugar, atuar como médico, levantando a possibilidade de alguma psicopatologia existente ou latente. Tratar. Detectar outras patologias não psiquiátricas, capazes de interferir e necessitadas de tratamento.

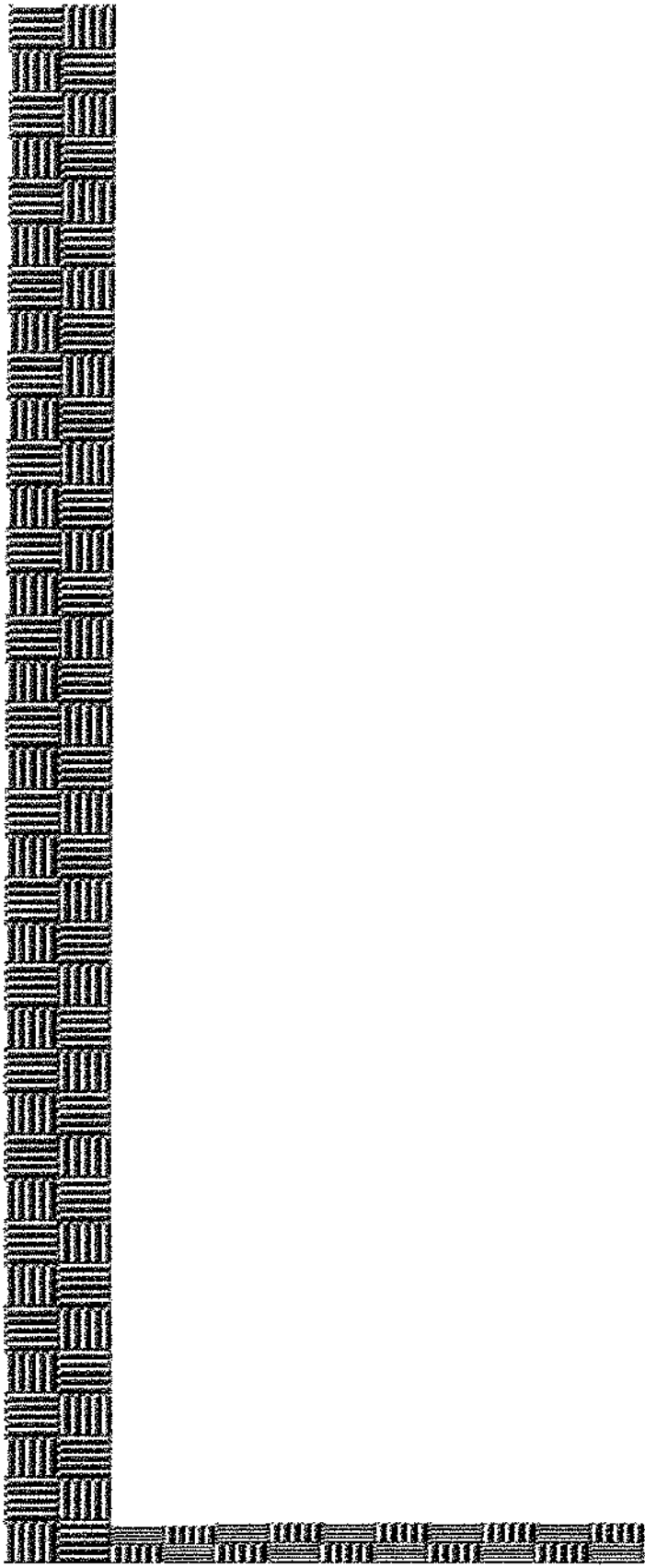
Compreender, intuir a pessoa a ser tratada. Respeitar e colocar em questão a personalidade do paciente, em sua condição social, econômica e em suas circunstâncias de vida.

Outros aspectos, senão todos, exigem maior compreensão humana, maior ponderação científica e, sobretudo, constante bom senso.

Enfim, uma atitude médica abrangente, pronta e decisiva.

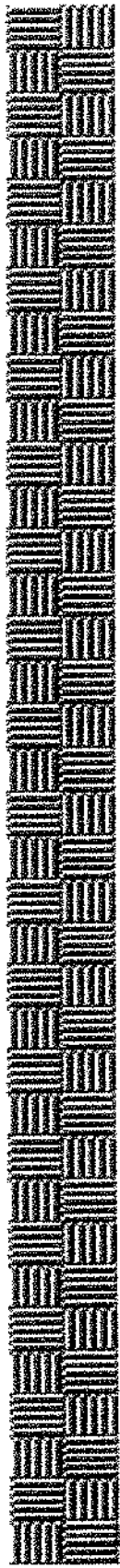
14- Por ocasião da feitura do trabalho de campo, a falta de indicação bibliográfica brasileira deveu-se ao fato de não existir no Brasil, na época, nenhuma projeto de "tratamento e prevenção" do uso de drogas.

Minha posição de independência é ainda justificada pela intenção e necessidade de criar algo novo, que atendesse adequadamente à condição da realidade brasileira nos moldes da Lei 6368/76. Nada traduzido de modelos estrangeiros. Está assim explicada a ousadia de minha atitude frente ao desafio. Tendo em vista, que o propósito era também de incentivar a abertura de outros projetos de Centros, a serem implantados por outros profissionais interessados no assunto, não deixei de incluir as dificuldades, obstáculos, acertos e desacertos encontrados e minha crítica e auto-crítica na implantação do projeto.



## *12. Summary*

This thesis represents the experience of implementation of a center of total and integrated attention to drug users in a university service in Brazil. It presents a review of the basic concepts, understanding of the phenomenon of drug dependence, the history and socio-cultural types of use including complete study of the clinical implications related to the use of drugs. It explains the experience since the beginning of the project until its implementation in a university area. The author considers this as an ideal situation for its functioning. Prepares the profile of the users and their way through the sectors of statistical and quantitative methods and of assistance. Also a demonstration to the community and to the educational sector in drugs subject. It is a medical-psychiatric focus on the matter and a help to the professionals of other clinical areas. The NEPAD can be considered an incentive for the opening of other centers to be implemented in Brazil, taking into consideration regional specifics, in accordance with the Law 6368/76 criteria about drugs.



## ***13. Referências bibliográficas***

- ABRUZZI, W. - *The failure of therapeutic communities, drug treatment and rehabilitation programs.* **Int. j. addict**, **18**:1023-30, 1979.
- ACHALU, D. E. & DUNCAN, D. F. - *Drug-taking among Nigerian students at universities in the United States of America.* **Bull. narc**, **39**:75-80, 1987.
- ADAMS, E. & KOZEL, N. J. - *Epidemiology of drug abuse: an overview.* **Science**, **234**:970-1020, 1986.
- ADELMAN, R. & HOWARD, C. - *Aids, Sex and Dope: a reevaluation of ethics and morals.* **Ohio Med**, **1**:7-8, 1988.
- ADLAF, E. M. & SMART, R. G. - *Patterns of drug use adolescents: the past decade.* **Social Science Med**, **717-720**, 1986.
- ADLER, M. W. - *Aids and intravenous drug abusers.* **Br. j. addict**, **80**:307-12, 1986.
- ADLER, P. T. & LOTECKA, L. - *Drug use among high school students: patterns and correlates.* **Int. j. addict**, **8**:537, 1973.
- AGAR, M. H. - *Folks and professionals: different models for the interpretation of drug use.* **Int. j. addict**, **21**:173-75, 1985
- AGREDA, R. F. - *Basic elements for a national comprehensive plan for drug abuse control in Peru.* **Bull. narc**, **39**:37-8, 1987.
- AHMED, M. H. - *Drug abuse as seen in the University Department of Psychiatric of Kaduna (Nigeria) in 1980.* **Acta psychiatr. scand**, **73**:98-100, 1986.
- AIKEN L. & LOSCIUTO, L. A. - *Paraprofessional versus Professional Drug Counselors: routes to the same role.* **Int. j. addict**, **18**:153-155, 1984.
- ALGER, I. - *Major mental health issues: schizofrenia and cocaine abuse.* **Hosp. community psychiatry**, **35**:871-900, 1986.

- ALIÑO, J.J.L.I. - *La enfermedad de la dependencia a las drogas*. **Actas Luso-esp Neurol. psiquiatr**, 1:361-4, 1985.
- ALLEN, D.F. & JEKEL, J. F. - *Epidemic free-base cocaine abuse*. **Lancet**, 3:459-62, 1986.
- ALLIEZ, J. - *Délire amphetaminique*. **L'Encéphale**, 1:21-6, 1953.
- ALLISON, M. & HUBBARD, R. - *Drug abuse treatment process: a review of the literature*. **Inter. j. addict**, 19:1321-23., 1985.
- ALMEIDA, O.O.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. - *Manual de Psiquiatria Clínica*. Guanabara Koogan Ed., Rio de Janeiro, 1995.
- ALOS, J. I. & RODRIGUES, M. - *Prevalencia de anticuerpos frente a HTVL-III/LAV en homosexuales y drogadictos de una población de Madrid*. **Rev. clin. esp**, 3:172-6, 1986.
- ALTHUSSER, L. - *Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado*. Ed. Presença, Lisboa, 1980.
- AMBROS, R. & STANLEY, J. - *The acquired immunodeficiency syndrome in intravenous drug abusers and patients with a sexual risk*. **Hum. pathol**, 11:1109-12, 1987.
- ANDRADE, O. M. - *O uso de drogas. Anfetaminismo (aspectos médico-forenses)*. **J. bras. med**, 31:30-8, 1976.
- ANDREYEV, N. J. H. - *Selling syringes to drug addicts*. **Lancet**, 11:1192-5, 1985.
- ANDARAND, G. - *Rapid spread of HTLV-III infection among drug addicts in Italy*. **Lancet**, 12:1302-4, 1985.
- ANGELIS, G. G. & GOLDSTEIN, E. - *Treatment of adolescent Phenylcyclidine (PCP) abusers*. **Am. j. drug. alcohol ab**, 7:399/410, 1979.

- ANGLIN, T. M. - *Interviewing guideline for the clinical evaluation of adolescent substance abuse.* **Pediatr. clin. North America**, 34:381-5, 1987.
- ANTINORI, S. & PASTECCHIA, C. - *Diffusion of HIV Infection in Milan.* **Progress clin. biol. res**, 254:383-400, 1987.
- ARON, A & ARON, E. - *The transcendental meditation program's effect on addictive behavior.* **Addict. behav**, 5: 03-, 1980.
- ARONSON, T. & CRAIG, T. J. - *Cocaine precipitation of panic disorder.* **Am. j. psychiatr**, 143:643-5, 1986.
- ASUNI, T. & PELE, O. A. - *Drug Abuse in Africa.* **Bull. narc**, 42:55-8, 1986.
- AUSUBEL, D. P. - *Causes and types of narcotic addiction: a psychosocial view.* **Psychiat. j**, 35:523-31, 1961.
- BACHMAN, J. G. & JOHNSON, L. D. - *Drug use among young adults: the impacts of role status and social environment.* **J. pers. soc. psychiat**, 48:629-32, 1984.
- BAKER, T. S. - *Prescription addiction.* **The Osteoporosis Index**, 84:565-70, 1987.
- BARTH C. & BRAY, M. - *Rupture of the ascending aorta during cocaine intoxication.* **Am. j. Cardiol**, 57:496-9, 1986.
- BASSON, J. - *Attitudes to drug abuse.* **Br. med. j**, 294:847-54, 1986.
- BATES, C. K. - *Medical risks of cocaine use.* **Western. j. med**, 149:440-2, 1988.
- BATKI, S. & SORENSEN, J. L. - *Psychiatric aspects of treatment of IV drug abusers with AIDS.* **Hosp. community psychiatry**, 37:439-41, 1988.
- BATTJES, R. - *Symbolic interaction theory: a perspective on drug abuse and its treatment.* **Int. j. addict**, 3:675-6, 1984.
- BAUDELAIRE, C. - *Les paradis artificiels.* Gallimard, Paris, 1961. 248 p.



- BAUDELAIRE, C. - *Les fleurs du mal*. Garnier-Flammarion Edit., Paris, 1964, 264 p.
- BAUMAN, P. & LEVINE, S. A. - *The development of children of drug addicts*. **Int. j. addict**, 5:849-51, 1986.
- BEARD, R. W. & HAILEY, D. M. - *The effects of diazepam on the fetus*. **J. obst. ginecol**, 79:635-7, 1972.
- BEJEROT, N. - *A theory of addiction as an artificial induced drive*. **Am. j. psychiatr**, 128:842-6, 1972.
- BELD, D.S. & CHAMPION, R.A. - *Deviancy, delinquency and drug use*. **Br. j. psychiatr**, 134:269-76, 1979.
- BELL, D.S. & TRETOWAN, W. H. - *Amphetamine addiction and disturbed sexuality*. **Arch. gen. psychiatr**, 4:74-8, 1961.
- BENSOUSSAN, P. - *Qui son les drogués?* Edit. Robert Laffont, Paris, 1974, 475 p.
- BERGERET, J. & LEBLANC, J. - *Toxicomanias. Uma visão multidis-ciplinar*. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1991, 334 p.
- BERGERET, J. & FAIN, M. - *Le psychanalyste a l'écoute du toxicomane*. Edit. Dunod, Paris, 1989, 165 p.
- BERGERON, G. & LECOURT, O. - *Formes actuelles des toxicomnaries chez l'adolescent*. **Pediatrie**, 42:331-4, 1988.
- BLACK, S.; OWENS, S. & WOLF, R. P. *Patterns of drug use; a study of 5482 subjects*. **Am. j. psychiatr**, 127:420-3, 1970.
- BLANCK, R. R. & REAM, N. W. *Infectious complications of illicit drug use*. **Int. j. addict**, 6:221-3, 1984.

- BLANCKAERT, D. & LECOURT, O. - *Formes actuelles des toxicomanies chez l'adolescent*. **Pediatric**, 43:331-5, 1988.
- BOWERS, M. B. - *Psychosis precipitated by psychotomimetic drugs*. **Arch. gen. psychiatr**, 34:832-35, 1977.
- BRAGA, D.; OLIVEIRA Fº, J. P.; SOUZA, D. M. C. - *Nova toxicomania*. **Rev. bras. psiquiatr**, 6:19-22, 1972.
- BRAHAMS, D. - *No attendance allowance for cooking*. **Lancet**, 5:1029-31, 1984.
- BRAHAMS, D. - *Serious professional misconduct in relation to private treatment of drug dependence*. **Lancet**, 2:340-5, 1987.
- BRAINE, B. - *Drugs, alcohol and tobacco: the political dimension*. **Br. j. addict**, 81:621-3, 1986.
- BRASIL. - *Legislação sobre entorpecentes no Brasil*. Lei nº 6368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). Ministério da Justiça, Brasília, 1976.
- BRAU, J. L. - *Histoire de la drogue*. Edit. Claude Tchou, Paris, 1968, 310 p.
- BREAKEY, W. R.; GOODELL, H.; LORENZ, P. C.; MCHUGH, P. R. - *Hallucinogenic drugs as precipitants of schizophrenia*. **Psychological Medicine**, 4:255-261, 1974.
- BRETTLE, R. P. - *Epidemic of AIDS virus infection among intravenous Drug Abusers*. **Br. med. j**, 294:1671-3, 1986.
- BRETTLE, R. P. - *Drug abuse and human immunodeficiency virus in Scotland*. **J. R. Soc. Med**, 80:274-6, 1987.

- BRIDGE, P. T. - *AIDS and HIV CNS Disease: a neuropsychiatric disorder*. **Psyc. neuro. substance abuse aspects**, 3:230-5, 1988.
- BRIDGE, P. T. - *Legal and ethical issues in the neuropsychiatric research in AIDS*. **Psyc. neuro. substance abuse aspects**, 3:241-6, 1988.
- BROWN, L. S. & MURPHY, B. L. - *Needle sharing and AIDS in minorities*. **JAMA**, 18:1474-6, 1987.
- BROWN, L. S. & BURKETT, W. - *Drug treatment and HIV seropositivity*. **N. Y. State J. med**, 88:156-7, 1988.
- BROWNE, R. C. - *Amphetamine in the air force*. **Br. j. addict**, 44:64-70, 1947.
- BUCK, A.A.; SASAKI, T. T.; HEWITT, J. J.; MACRAE, A. A. - *Coca chewing and health: an epidemiological study among residents of a peruvian village*. **Am. j. epidemiol**, 88:159-77, 1968.
- BUCKY, S. F. - *The relationship between background and extent of heroin use*. **Am. j. psychiatr**, 130:7009-10, 1973.
- BURNS, W. & SCHNOLL, S. H. - *Cocaine use in pregnancy*. **N. Engl. j. med**, 316:666-8, 1985.
- BURNS, W. & BURNS, K. - *Chemical dependence and clinical depression in pregnancy*. **J. clinic. psychol**, 41:851-4. 1985.
- BURNS, W. & CHASNOFF, I. - *Cocaine use in pregnancy*. **N. Engl. j. med**, 314:666-7, 1983.
- CAMERON, D.C. - *Abuse of alcohol and drugs: concepts and planning*. **WHO Chronicle**, 25:1, 1971.
- CAMPBELL, J. - *The amotivational syndrome and cannabis use with emphasis on the canadian scene*. **Ann. N. Y. Acad. sci**, 282:33-6, 1976.

- CANCRINI, L. - *Drug addiction among young people: study of typology and its relevance to treatment programs.* **Bull. narc**, 37:126-9, 1985.
- CANGUILHEM, G. - *O normal e o patológico.* Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Edit. Forense Universitária, 1978, 270 p.
- CAPLAN, Y. & PARK, J. - *Drug and chemical related deaths: incidence in the State of Maryland - 1978 to 1980.* **J. forensic sci**, 32:1012-4, 1987.
- CAPPEL, H. D. - *The addiction from the research centres-4.* **Br. j. addict**, 82:1081-3, 1987.
- CARLINI, E. A. & MASUR, J. - *Drogas. Subsídios para uma discussão.* Editora Brasiliense. São Paulo, 1989, 114 p.
- CARLINI, E. A.; CARLINI-COTRIM, B. H.; SILVA FILHO, A. R.; BARBOSA, M.T.S. - *Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987.* Estudos e Projetos. BRASIL-Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 1989, 153 p.
- CARLINI, E. A.; CARLINI-COTRIM, B. H.; SILVA FILHO, A. R.; BARBOSA, M.T.S. - *II Levantamento Nacional sobre o Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1º e 2º Graus - 1989.* Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas - CEBRID/ Escola Paulista de Medicina - Departamento de Psicobiologia, São Paulo, 1989, 93 p.
- CARLINI-COTRIM, B. H. & ROSEMBERG, F. - *Drogas: Prevenção no cotidiano escolar.* **Cad. Pesqu** Fundação Carlos Chagas, São Paulo, 1990.
- CARLINI-COTRIM, B.H. - *A Escola e as Drogas: realidade brasileira e contexto internacional.* volume I (113 p.) e volume II (139 p.). São Paulo, 1992. (Tese de Doutorado - Instituto de Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

- CARLSON, G.A. & MCCLELHAN, T.A. - *The voluntary acceptance of HIV-antibody screening by intravenous drug users.* **Public Health rep**, **102**:391-5, 1987.
- CARROL, D. M. & McLANE, N. J. - *Ocular manifestations of drug abuse.* **Surv. ophthalmol**, **31**:298-300, 1986.
- CARVALHO, F. V. - *Drug use among university in the State of São Paulo, Brazil.* **Bull. narc**, **1**:37-40, 1986.
- CASTILHO NETO, A. & MENNA BARRETO, J. D. - *Entorpecentes.* - Departamento de Imprensa Nacional - Ministério da Justiça, Brasília, 1983, 473 p.
- CENTRO ESPÍRITA BENEFICENTE UNIÃO DO VEGETAL. *União do Vegetal - Hoasca. Fundamentos e Objetivos.* Centro de Memória e Documentação. Brasília, 1989.
- CERSONSKY, J. - *Cocaine abuse as mothers.* **Am. acad. pediatr**, **1**:136-8, 1988.
- CHAISSON, R. E. & MOSS, A. R. - *Human immunodeficiency virus infection in heterosexual intravenous drug users in San Francisco.* **Public Health**, **2**:169-72, 1987.
- CHALMERS, T. M. & HAMILTON, D.V. - *Intra-cranial haemorrhage from drug abuse.* **Br. j. clin. pract**, **40**:255-9, 1986.
- CHATTERJEE, S. K. - *Can demand for illicit drugs be reduced?* **Bull. narc**, **39**:3-4, 1987.
- CHITWOOD, D. & MORNINGSTAR, P. - *Factors which differentiate cocaine users in treatment from nontreatment users.* **Int. j. addict**, **20**:449-52, 1985.
- CLARK, D. C. & PISANI, V.D. - *Primary affective disorder, drug abuse, and neuropsychological impairment in sober alcoholics.* **Alcoholism**, **8**:399-401, 1984.

- CLARK, D. & BIBBONS, R. - Model for quantifying the drug involvement of medical students. **Int. j. addict**, 22:249-52, 1987.
- COHEN, A. & HARRISON, M. D. - *The urge to classify the drugs user: a review of classification by of abuse*. **Int. j. addict**, 21:1249-54, 1986.
- COHEN, S.I. *Voodoo death, the stress response and AIDS*. **Psyc. neuro. substance abuse aspects**, 3:95-100, 1988.
- COLEMAN, D. L.; ROSS, T. F.; NAUGHTON, J. L. - *Myocardial ischemia and infarction related to recreational cocaine use*. **West j. med**, 136:444-6, 1982.
- COLLINS, G. & JANEZ, J. - *Hospital-sponsored chemical dependency self-help groups*. **Hosp. community psychiatry**, 36:1315-7, 1985.
- COLLINS, J. & ALLISONS, M. - *Legal coercion and retention in drug abuse treatment*. **Hosp. community psychiatry**, 33:1145-7, 1983.
- COOK, C. C. H. - *Syringe exchange*. **Lancet**, 18:920-4, 1987.
- COOMBS, R. & TERREL, M. B. - *Family composition, socioeconomic status, and adolescent substance use*. **Addict. behav**, 12:79-83, 1987.
- COOPER, D.E. - *The role of group psychotherapy in the treatment of substance abusers*. **Am. j. psychoter**, 41:55-9, 1987.
- CORNELIUS, J. & SOLOFF, P. H. - *Paranoia, homicidal behaviour, and seizures associated with Phenylpropanolamine*. **Clin. res. reports**, 32. 120-5, 1984.
- COSTA, D. C. & GOLDBERG, M. - *Epidemiologia. Teoria e objeto*. Hucitec-Abrasco. São Paulo, 1980, 220 p.
- COTTERAU, M.J. & LÔO, H. - *Toxicomanie aux solvants organiques*. **Rev. med**, 13:2155-8, 1972.

- CREGLER, L. L. - *Acute neurologic and psychiatric complications associated with cocaine abuse*. **Am. j. med**, **85**:978-80, 1980.
- CREGLER, L. L. & MARK, H. - *Relation of acute myocardial infection to cocaine abuse*. **Am. j. cardiol**, **56**:794, 1985.
- CREGLER, L. L. & MARK, H. - *Medical complications of cocaine abuse*. **N. England. j. med**, **315**:1495-500, 1986.
- CREGLER, L. L. & MARK, H. - *Cardiovascular dangers of cocaine abuse*. **Am. j. cardiol**, **57**:1185-86, 1986.
- CULVER, K. & AMMANN, A. - *Lymphocyte abnormalities in infants born to drug-abusing mothers*. **J. pediatr**, **112**:230-4, 1987.
- CUNHA, C. - *Língua portuguesa e realidade brasileira*. Ed. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, 1970, 124 p.
- CURRAN, W. J. - *Law-Medicine Notes: Compulsory drug testing: the legal barriers*. **N. Engl. j. med**, **318**:318-323.
- D'AQUILA, R.T. - *Epidemic human immunodeficiency virus (HIV) infection among intravenous drug users (IVDU)*. **Yale j. biol. med**, **81**:631-6, 1986.
- DAVIES, J. - *Life events and addiction, a critical review*. **Br. j. addict**, **82**:127-9, 1987.
- DE ALVERGA, A.P. - *O guia da floresta*. Record. Rio de Janeiro, 1992. 265 p.
- DE ANGELIS, G.G. & GOLDSTEIN, E. - *Treatment of adolescent Phencycline (PCP) abusers*. **Am. j. drug alcohol abuse**, **5**:399-410, 1978.
- DE CLERAMBAULT, G. - *L'étherisme*. **Ann. med. psychol**, **2**:592-4, 1913.
- DE QUINCEY, T. - *Les confessions d'un opiomane anglais*. Trad. de Pierre Leyris. Paris. Gallimard, 1962.

- DEAN, J. C. - *Collegiate alcohol/drug treatment programs in the United States.* **Int. j. addict**, 2:767-80, 1987.
- DEAN, J. C. - *The drug addict and the stigma of addiction.* **Int. j. addict**, 19:859-63, 1984.
- DEITCH, R. - *Drug addiction.* **Lancet**, 8:1030-7, 1984.
- DEITCH, R. - *The losing battle against drug addiction.* **Lancet**, 5:473-5, 1984.
- DELANEY, P. & ESTES, M. - *Intracranial hemorrhage with amphetamine abuse.* **Neurol**, 30:1125-8, 1980.
- DELAY, J. & GERARD, H. P. - *L'intoxication mescalinique expérimentale.* **L'Encéphale**, 7:196-235, 1948.
- DELAY, J., PICHOT, P.; LEMPERIERE, T. - *La psylocibine. Historique. Pharmacologie clinique.* **Presse med**, 67. 1731-3, 1959.
- DELGADO, M. - *Consultation to Puerto Rican drug abuse program.* **Am. j. drug alcohol abuse**, 7:63-6, 1980.
- DELTEIL, P.; LASSERE, P.; ABITTAN, J.; JOSSELIN, F.; DOUCHE, F.; PRIEUR, M. - *La personnalité des toxicomanes et leur traitement.* **Ann. méd-psychol**, 2:107-13, 1970.
- DENIKER, P. - *Drogues et toxicomanies modernes.* **Ann. med.-psychol**, 2:68-70, 1970.
- DENIKER, P. - *Essai de classification des médicaments psychotropes.* **Rev. prat**, 22:4423-35, 19972.
- DENIKER, P. & COLONNA, L. - *Les agents psychotropes utilisés par les toxicomanes actuels en France. Leurs effets et leurs risques.* **La vie médicale**, 2:216, 22, 1973.



- DENIKER, P.; GINESTET, D.; LÔO, H. - *Toxicomanies imputables aux morphiniques*. **Rev. med**, 16:504-13, 1975.
- DENIKER, P. - *Sur les abus des drogues psychodysléptiques: toxicomanies modernes et pharmaco-psychoses*. **Ann. méd. psychol**, 1:193-211, 1969.
- DES JARLAIS, D. D. & CHAMBERLAND, R. L. - *Heterosexual partners: a large risk group for AIDS (letter)*. **Lancet**, 8415:1346-7, 1984.
- DEYKIN, E. & LEVY, J. C. - *Adolescent depression, alcohol and drug abuse*. **Am. j. public health**, 2:178-80, 1987.
- DEZELSKI, T. L. & SHAW, R. S. *Non-medical drug use behaviour at five United States universities: a 15-year study*. **Bull. narc**, 37:49-52, 1985.
- DIAS, C. A. & POLOVORA, F. F. - *Drug addiction among adolescents* **Bull. narc**, 35:81-5, 1983.
- DONAHOE, R. M. & FALEK, A. *Neuroimmunomodulation by opiates and other drugs of abuse: relationship to HIV infections and AIDS*. **Psyc. neuro. and substance abuse aspects**:145-9, 1988.
- DUCHAUSOIS, C. - *Flash ou le grand voyage*. Edit. Arthème Fayard, Paris, 1971, 702 p.
- DREW, L. R. - *Psychiatrist and drug use: implications of alternatives to the disease concept*. **Aust. N. Z. j. med**, 15:376-80, 1986.
- DRUCKER, E. - *AIDS and drug addiction in New York City*. **Am. j. drug alcohol abuse**, 12:165-70, 1986.
- DRUMOND, C. & EDWARDS, G. - *Rethinking drug policies in the context of the AIDS*. **Bull. narc**, 2:29-34, 1987.

- DUPONT, R. L. - *Prevention of adolescent chemical dependence. Pediatr. clin. North America*, **34**:495-8, 1987.
- DUPUY, J. & PIERRE, K. - *A invasão farmacêutica*. Trad. Carlos Roberto Oliveira. Edit. Graal, Rio de Janeiro, 1980, 268 p.
- EDDY, N. B.; HALBACH, H.; ISBELL, H.; SEEVERS, M. - *Drug dependence. Its significance and characteristics. Bull. World Health Organ*, **32**:721-33, 1965.
- EDWARDS, G.; ARIF, A.; HODGSON, R. - *Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool. Bull. Org. Mon. Santé*, **60**:499-500, 1982.
- EDWARDS, G. & EDEH, J. - *Monitoring changing patterns of drug dependence in accident and emergency departments. Drug alcohol dependence*, **21**:265-9, 1987.
- EDWARDS, J. & RUBIN, R. *Aortic dissection and cocaine abuse. Ann. intern. med.*, **108**:779-85, 1987.
- EINSTEIN, S. - *A functional approach to drug use intervention. Int. j. addict*, **19**:595-9, 1984.
- EINSTEIN, S. - *Stress and drug use. Int. j. addict*, **18**:3-5, 1983.
- EINSTEIN, S. - *Drug use intervention with and for special populations. Int. j. addict*, **19**:931-8, 1984.
- EINSTEIN, S. - *The ecology of drug use: considerations for intervention planning. Int. j. addict*, **20**:1443-5, 1985.
- EINSTEIN, S. - *Considering motivation and ability for drug use intervention: some implications. Int. j. addict*, **19**:697-680, 1984.
- EINSTEIN, S. *Temporal aspects of substance use/misuse intervention. Int. j. addict*, **20**:1591-7, 1985.

- EINSTEIN, S. - *An experimental model for drug use intervention.* **Int. j. addict**, 19:475-80, 1984.
- ETORRE, B. - *A study of voluntary drug agencies: their roles in the treatment and rehabilitation field.* **Br. j. addict**, 81:681-3, 1987.
- EUSTACE, J. C. - *AIDS and drug abuse.* **J. Fla. Med. Assoc**, 75:2997-9, 1988.
- EY, H. BERNARD, P. & BRISSET, C. - *Manuel de psychiatrie.* Masson et Cie. Edit., Paris, 1974, 1250 p.
- FACTOR, S. & WEINER, W. - *Cocaine and Tourette's Syndrome.* **Ann. neurol**, 23:423-5.
- FARID, B. T. - *Syringe exchange schemes.* **Br. med. j**, 296:426-30, 1988.
- FARMER, R. *The university medical college drug dependence unit.* **Br. j. addict**, 82:447-50, 1988.
- FARNSWORTH, D. L. - *What is the evidence for an amotivational syndrome in cannabis users?* **Ann. N. Y. Acad. Sci.**, 1:282, 1976.
- FASSLER, D. - *Views of medical students and residents on education in alcohol and drug abuse.* **J. med. educ**, 60:562-5, 1985.
- FELTER, R. & IZSAK, E. - *Emergency department management of the intoxicated adolescent.* **Pediatr. clin. North America**, 34:399-410, 1987.
- FINNIGAN, R. E. & HOYT, D. W. - *Drug testing in the workplace - Are methods legally defensible?* **J A M A**, 258:504-10, 1987.
- FISHEL, R. & BARBUL, A. - *Cocaine colitis; is this a new syndrome?* **Dis. of the colon rectum**, 261-70, 1985.
- FOLLET, E. A. C. - *HIV and HBV infection in drug abusers in Glasgow.* **Lancet**, 18:920-4, 1987.

- FOLLET, E. A. C. - *HTLV-III antibody in drug abusers*. **Lancet**, 22:446-53, 1986.
- FONSECA, R. H. & GARCIA, A. J. - *Drug use adolescents in Asturias (Spain)*. **Bull. narc**, 37:43-6, 1985.
- FONTANELLA, B. J. B. - *Tratamento das toxicomanias; impasses na Medicina, tentativas de respostas. Dados sobre Campinas (SP)*. Campinas, 1991. (Tese de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP).
- FOX, P. C. - *Isolation of HTLV- III virus from saliva in AIDS*. **N. Engl. j. med**, 317:1387-9, 1986.
- FRANKL, V.E. *La psychothérapie et son image de l'homme*. Edit. Resma, Paris, 1970, 168 p.
- FRASER, A. A. & INGRAM, I. M. - *Lorazepam dependence and chronic psychosis*. **Br. j. psychiatr**, 150:211-5, 1985.
- FRIEDLAND, G.H. & HARRIS, C. - *Intravenous drug and AIDS*. **Arch. inter. med**, 145:1413-5, 1985.
- FRIEDMAN, H. & KLEIN, T. - *Drugs abuse and virus susceptibility*. **Psyc. neuro. and substance abuse aspects**, 3:125-30, 1988.
- FRÓES, V. - *História do povo juramidam. - A cultura do Santo Daime*. Manaus, SUFRAMA, 1986.
- FUCHS, D. - *High frequency of HTLV antibodies among heterosexual intravenous drug abusers in the Austrian Tyrol*. **Lancet**, 29. 1506-15, 1985.
- FUCHS, D. *Are homosexuals less at risk of AIDS than intravenous abusers and haemophiliacs?* **Lancet**, 16:1130-5, 1985.
- FUCHS, D. - *AIDS in Haemophiliacs, parenteral drug abusers and homosexuals*. **Lancet**, 8:324-9, 1986.

- GARRET, J. T. - *Kaposi's sarcoma in heterosexual intravenous drug users*. **Cancer**, 55:1146-50, 1985.
- GAWIN, F. & KLEBER, H. - *Cocaine abuse treatment*. **Arch. gen. psychiatry**, 41:903-10, 1984.
- GAWIN, F. H. & KLEBER, H. D. - *Abstinence symptomatology and psychiatric in cocaine abusers*. **Arch. gen. psychiatry**, 2:107-10, 1986.
- GAWIN, F.H. & KLEBER, H. D. - *Evolving conceptualization of cocaine dependence*. **Yale j. biol. med**, 61:123-6, 1988.
- GAY, G. R. - *Clinical management of acute and chronic cocaine poisoning*. **Ann. emerg. med**, 11:562-77, 1982.
- GAZMURI, C. & LANGDON, C. - *Promocion de la salud mental y prevencion de las dependencias químicas entre escolares*. **Rev. med. Chile**, 113:477-80, 1985.
- GHODSE, A. H.; SHEEMAN, M.; STEVENS, B.; TAYLOR, C.; EDWARDS, G. - *Mortality among drug addicts in Greater London*. **Br. med. j**, 2:1742-44, 1978.
- GHODSE, A. H. and SHEEMAN, M. - *Deaths of drug addict in the United Kingdom*. **Br. med. j**, 293:425-40, 1985.
- GHODSE, A. H.; STAPLETON, J.; EDWARDS, G.; EDEH, J. - *Monitoring changing patterns of drug dependence in accident and emergency departments*. **Drug and alcohol dependence**, 19:265-269, 1987.
- GINZBURG, H.M. *HTLV-III Exposure among drug users*. - **Cancer res**, 45 (supl):4605-10, 1985.
- GINSBURG, H. M. - *Intravenous drug users and the Acquired Immune Deficiency Syndrome*. **Public health rep**, 99:206-10, 1984.

- GLADSTONE, W. & WEBSTER, I. W. - *An initiate for teaching about alcohol and other drugs in Australian medical schools. Med. J. Aust*, **148**:1987, 339-41, 1987.
- GLASER, F. B. - *The origins of the drug-free therapeutic community. Br. j. addict*, **76**:13-5, 1981.
- GLASER, J. K. and GLASER, R. - *Stress-associated immune suppression and AIDS. Psyc. neuro. substance abuse aspects*, 203-10, 1988.
- GLASNER, B. - *Studies of events. Int. j. addict*, **20**:337-40, 1985.
- GLOVER, E. - *On the etiology of drug addiction. Int. J. psycho-anal*, **63**:299-301, 1982.
- GOLDSTEIN, G.S. - *Institutional barriers to alcohol and drug abuse prevention. Int. j. addict*, **20**:217-20, 1985.
- GOODMAN, L. S. & GILMAN, A. - *As bases farmacológicas da terapêutica. Trad. por Penildon Silva. Ed. Guanabara-Koogan, Rio de Janeiro, 1991, 1232 p.*
- GOULD, L. & BETZU, R. - *Cocaine-induced myocardial infarction. N. Y. State j. med*, **80**:660-5, 1980.
- GREEN, J. & MULLEADY, G. - *Syringe sharing among London abusers. Lancet*, **21**:1425-1430, 1985.
- GREGORY, R. J. & GREGORY, J. E. - *Kava. Lancet*, **30**:258-64. 1988.
- GROSS, A. - *The psychic effects of toxic and toxoid substances. Int. j. psycho-anal*, **66**:225-230, 1985.
- GROUPE DE RECHERCHERS ET D'ÉTUDES SUR LA TOXICOMANIE ET L'ALCOOLISME. - *Le toxicomane et ses thérapeutes. Paris, Navarin Éd., 1989.*
- GUROFF, M. R. & WEISS, S. H. - *Prevalence of antibodies to HTLV-I, -II and -III in intravenous drug abusers from an AIDS endemic region. JAMA*, **13**:3133-5, 1986.

- HADIDI, F. & TRIANA, F. - *Morning report at charity hospital: myocardial infarction associated with the use of cocaine.* **Am. j. med. sci**, **296**:569-73, 1988.
- HALLIKAS, J. A. ; GOODWIN, D.W.; GUZE, S.B. - *Marihuana use and psychiatric illness.* **Arch. gen. psychiatr**, **27**:162-5, 1972.
- HAMPTON, P.T. & VOGEL, D.B. *Personality characteristics service-men returned from Vietnam identified as heroin abusers.* **Am. j. psychiatr**, **130**:1031-2, 1973.
- HANRAHAN, J. P. - *Prolonged incubation period of AIDS in intravenous drug abusers. Epidemiological evidence in prison inmates.* **J. infect. dig**, **150**:263-6, 1984.
- HARMS, G. & BIENZLE, U. - *Risk factors for HIV infection in German drug abusers.* **Klinische Wochenschrift**, **65**:376-8, 1987.
- HARRIS, L. & RADISCH, D. - *Panhypopituitarism in a young drug abuse.* **Forensic sci. int**, **28**:205-7, 1986.
- HASIN, D. & ENDICOTT, J. - *Alcohol and drug abuse in patients with affective syndromes.* **Comprehensive psychiatry**, 283-5, 1985.
- HATSUKAMI, D.; MITCHELL, J. E; ECKERT, E.D.; PYLE, R. *Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorder, and bulimia with substances abuse problems.* **Addict behav**, **11**:399-406, 1986.
- HAYS, P. & TILLEY, Jr. - *The difference between LSD psychosis and schizophrenia.* **Can. Psychiatr. Assoc. J**, **18**:331-3, 1973.
- HEIMBERG, M.B. *Longitudinal studies of drug abuse in a fifteen-year-old population.* **Acta psychiatr. scand**, **75**:201-3, 1985.
- HEKIMIAN, L. J. & GERSHON, S. - *Characteristics of drug abusers admitted to a psychiatric hospital.* **JAMA**, **205**:125-30, 1968.

- HELZER, J. E.; ROBINS, L. N.; DAVIES, D. H. - *Antecedents of narcotic use and addiction. A study of 898 Vietnam veterans.* **Drug alcohol depend.**, 1:183-90, 1975/1976.
- HERJANIC, B. & TOMELLERI, C. - *Children of heroin addicts.* **Int. J. Addict**, 919-25, 1979.
- HOFFMAN, N. G. & SONIS, W.A. - *Issues in the evaluation of chemical dependency programs for adolescents.* **Pediatr. clin. North America**, 34:449-53, 1987.
- HOFFMAN, P.B. & PETERS, E. - *Drug testing of employees: proceed with caution.* **Hospitals**, 51:80-3, 1987.
- HOLMBERG, M. B. *Longitudinal studies of drug abuse in a fifteen-years-old population.* **Acta psychiatr. scand**, 75:67-9, 1985.
- HOLMBERG, M. B. & BENSON, G. - *Validity of questionnaires in population studies on drug use.* **Acta psychiatr. scand**, 78:9-11, 1988.
- HOLMBERG, M.B. & BENSON, G. - *Drug related mortality in young people.* **Acta psychiat. scand**, 74:525-9, 1984.
- HONG, O. T. - *Drug preventive education and rehabilitation programs in Singapore.* **Int. j. rehabil**, 8:313-5, 1985.
- HOROWITZ, M. J. - *Flashbacks; recurrent intensive images after the use of LSD.* **Am. j. psychiatr**, 126:565-9, 1969.
- HOROWITZ, M.A. - *The use of lithium in the treatment of the drug-induced psychiatric reaction.* **Dis. ner. syst**, 36:159-63, 1975.
- HUBBARD, R. & ALLINSON, M. - *Drug abuse treatment process: a review of the literature.* **Int. j. addict**, 22:507-10, 1987.



- HUBERTY, D.J. & BLACKMORE, B. - *Family issues in working with chemically dependent adolescents*. **Pediatr. clin. North America**, **34**:507-12, 1987.
- INGOLD, F. R. - *Study of deaths related to drug abuses in France and Europe*. **Bull. narc.**, **38**:81, 1986.
- INGOLD, F. R. & OLIEVENSTEIN, C. *Preliminary findings of an epidemiologic survey of drug addiction in Paris*. **Bull. narc.**, **35**:73-6, 1983.
- ISNER, J.M.; ESTES, M.; THOMPSON, P. D.; CONSTANZO-NORDIN, M.R., SUBRAMANIAN, R.; MILLER, G.; SWEENEY, K.; STURNER, W. - *Acute cardiac events temporarily related to cocaine abuse*. **N. Engl. j. med.**, **317**:1438-43, 1986.
- ITKONEN, J. & SCHNOLL, S. - *Accelerated development of pulmonary complications due to illicit intravenous use of Pentazocine and Tripeleennamine*. **Am. j. med.**, **67**:19, 1984.
- ITKONEN, J. & SCHNOLL, S. - *Pulmonary dysfunction in freebase cocaine users*. **Arch. intern. med.**, **144**:2195-8, 1986.
- JACOBS, E.A. & MACKENZIE, R.G. - *Recognizing the adolescent drug abuser*. **Adolesc. med.**, **22**:225-8, 1987.
- JACOBS, E.A. & SCHWARTZ, R. - *Subcutaneous emphysema and cocaine: a rare case*. **Arch. surg.**, **122**:619-21, 1987.
- JACOBSON, B. & EKLUND, G. - *Perinatal origin of adult self-destructive behaviour*. **Acta psychiatr. scand.**, **77**:364-7, 1987.
- JAFFE, J. H. - *Drug dependence: opioids, nonnarcotics, nicotine (tobacco) and caffeine*. In: KAPLAN, H. I. & SADOCK, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, Williams; Wilkins, Ed. 1989. p. 642-686.
- JANET, P. - *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris, Alcan Éd., 1903, 764 p.

- JEKEL, J. F. & ALLEN, D.F. - *Epidemic free-base cocaine abuse. Case study from the Bahamas. Lancet*, **8479**:459-62, 1986.
- JEKEL, J. F. & ALLEN, D.F. - *Friends in drug abuse in the mid-1980s. Yale J. Biol Med* , **60**:45-52, 1987.
- JOHNS, A. - *Drug users, AIDS, and the government response. Lancet*, **2**:41-3, 1988.
- JOHNSON, E. M. - *Women's health: issues in mental health, alcoholism, and substance abuse and women's health. Pub. health rep*, **102**:42-4, 1987.
- JOHNSON, G. M. & SHONTZ, F.C. - *Relationship between adolescent drug use and parenteral drug behaviours. Adolescence*, **74**:296-300, 1984.
- JONES, J.J. & GRIFFIN, J. B. - *Evaluation alcoholism and drug abuse knowledge in medical education: collaborative projective. J. med. educ*, **58**:859-61, 1983.
- JORDAN, K. - *Perception of treatment needs: differences of patients and staff of a drug abuse treatment program. Int. j. addict*, **20**:345-7, 1985.
- JURICH, A. & POISON, C. J *Family factors in the lives of drug users and abusers. Adolescence*:, **77**:143-5, 1985.
- KALINOWSKI, L. B. & HIPPIUS, M. - *Pharmacological, convulsive and other somatic treatments in psychiatry. Guine and Stratton Edit., New York, 1969, 470 p.*
- KAMEL, F. & LÉFÈVRE, P. - *Epidemiologie des conduites toxicophiles dans les armées françaises. Ann. med. interne*, **135**:548-50, 1984.
- KANDEL, D. - *Substance abuse by adolescents in Israel and France: a cross-cultural perspective. Public health rep*, **99**:277-9, 1984.
- KAISAS, G. & ISNER, J. - *Acute cardiac temporally related to cocaine abuse. N. Engl. j. med*, **317**:1438-40, 1986.

- KENNEDY, S. - *Sodium bicarbonate abuse in anorexia nervosa*. **J. clin. psychiatr**, **49**:168-70, 1988.
- KING, G. & SMIALEK, J. - *Sudden death in adolescents resulting from the inhalation of typewriter correction fluid*. **JAMA**, **253**:1604-7, 1985.
- KJELISON, S. & BENSON, G. - *Drug abuse in military conscripts. Prevalence and background*. **Acta psychiatr. scand**, **74**:559-63, 1984.
- KLEBER, H. D. - *Cocaine abuse; historical and epidemiological perspectives*. **J. clin. psychiatry**, **44**:3-5, 1988.
- KLEBER, H. D. & GAWIN, F.H. - *The spectrum of cocaine abuse and its treatment*. **J. clin. psychiatr**, **40**:18-20, 1984.
- KLEBER, H. & GAWIN, F.H. - *Cocaine abuse treatment*. **Arch. gen. psychiatr**, **41**:903-5, 1984.
- KLENKA, H. M. - *Babies born in a district general hospital to mothers taking heroine*. **Br. med. j.** 745-7, 1986.
- KOLANSKY, H. & MOORE, W. M. - *Effects of marijuana on adolescents and young adults*. **JAMA**. **V. 216**:486-92, 1971.
- KORNBLIT, A. - *Sobre prevencion de la drogadiccion*. **Acta psiquiat. psicol. Am. Lat**, **33**:253-5, 1987.
- KORY, W.P. & CRANDALL, L. - *Nonmedical drug use patterns among medical students*. **Int. j. addict**, **19**:871-3, 1984.
- KOSSOWSKI, W.A. & LYON, J. - *Cocaine and acute myocardial infarction. A probable connection*. **Chest**, **86**:729-31, 1984.
- KRANZLER, H. R. & LIEBOWITZ, N. R. - *Anxiety and depression in substance abuse: clinical implications*. **Med. clin. North America**, **72**:867-9, 1988.

- LAEGREID, L. & OLEGARD, R. - *Abnormalities in children exposed to benzodiazepines in utero*. **Lancet**, **10**:108-11, 1987.
- LAMOUR, C. & LAMBERTI, M. - *Les grandes manoeuvres de l'opium*. Editora Seuil, Paris, 1972, 285 p.
- LAMPHER, M. & McCAULEY, L.G.F. - *Prevalence and consequences of nonmedical use drugs among Canadian forces personnel:1982*. **Am. j. drug alcohol abuse**, **11**:231-3, 1985.
- LAZZARINI, A. - *AIDS in an Italian drug addict* (letter). **Lancet**, **2**:1984.
- LEVENTHAL, G. - *Body image of drug and alcohol abusers*. **Int. j. addict**, **18**:791-4, 1983.
- LEVINE, S. & WASHINGTON, J. - *Crack-associated stroke*. **Neurol**, **37**:1092-4, 1987.
- LEVY, N. & CARLSON, J. R. - *The prevalence of HTLV-III/LAV antibodies among intravenous drug users attending treatment program in California*. **N. Engl. j. med**, **317**:446-50, 1986.
- LEWIN, L. - *Efeitos acessórios dos medicamentos*. In: *Phantastica* trad. F. Guidon. Ed. Payot, Paris, 1970, 349 p.
- LEWIN, L. - *Phantastica*. Trad. F. Guidon, Ed. Payot, Paris, 1970, 349 p.
- LEWIS, D.C. - *Doctors and drugs*. **N. Engl. j. med**, **317**:826-30, 1986.
- LEWIS, D.C. & NIVEN, R.G. - *A review of medical education in alcohol and other drug abuse*. **JAMA**, **257**:2945-9, 1987.
- LONDON, M. & GHAFARI, K. - *Munchausen's syndrome and drug dependence*. **Br. j. psychiatr**, **151**:651-3, 1986.
- LÔO, H. - *Toxicomanies actuelles*. Thèse de Médecine, Paris, 1970, 162 p.

- LÔO, P. & BRETON, J. - *En marge des toxicomanies. Le goût de la ponction lombaire.* **Ann. med.-psychol**, 1:477-9, 1950.
- MAAYAN, S. & WORMSER, G.P. - *AIDS in an economically disadvantaged population.* **Arch. int. med**, 145:1607-9, 1985.
- MACDONALD, D.I. - *Patterns of alcohol and drug use among adolescents.* **Pediatric. clin. North America**, 32:275-7, 1987.
- MACKENZIE, R. C. & CHENG, M. - *The clinical utility and evaluation of drug screening techniques.* **Pediatric. clin. North America**, 32:423-5, 1987.
- MADDEN, J. & PAYNE T. - *Maternal cocaine abuse acute effects on the newborn.* **Pediatrics**, 77:209-11, 1986.
- MADDUX, J. F. & DESMOND, D.P. - *New light on the maturing out hypothesis in opioid dependence.* **Bull. narc**, 32:15-25, 1980.
- MADDUX, J. & HOPE, S. - *Psychoactive substance use among medical students.* **Am. j. psychiatr**, 152:187-9, 1986.
- MALMQUIST, J. & WHEELER, K. - *Treatment approaches in adolescent chemical dependency.* **Pediatr. clin. North America**, 32:437-439, 1987.
- MALVIN, J. & SCHAPS, E. - *Evaluation of a junior high school primary prevention program.* **Addict. behaviours**, 393-5, 1983.
- MANHEIM, J. - *Notes on a case of drug addiction.* **Int. j. psycho-anal**, 66:166-70, 1985.
- MANSCHRECK, T.C. & LAUGHERY, J. A. - *Characteristic of freebase cocaine psychosis.* **Yale j. biol. med**, 61:115-8, 1988.
- MANZEO, J. & COLLINS, G. - *Hospital-sponsored chemical dependency self-groups.* **Hosp. community psychiatry**, 27:1315-16, 1985.
- MARFELL, K. - *Needle Exchange and HIV Infection.* **Lancet**, 11:100-4, 1987.

- MARIANI, P. - *Metodi Epidemiologicigi per il controllo dell'abuso di droghe*. **Ann. ist. Super sanit**, 18:713-5, 1982.
- MARK, H. & CREGLER, L. - *Cocaine associated myocardial ischemia*. **Am. j. med**, 82:388-400, 1987.
- MARK, H. e CREGLER, L. - *Medical complications of cocaine abuse*. **N. Engl. j. med**, 317:1495-7. 1986.
- MARKIDIS, M. & KONTAXAKIS, V. - *Substances abusers seeking emergency psychiatric care: motivation to treatment*. **Drug alcohol dependence**, 15:185-9, 1985.
- MARVEL, G. A. & HARTMANN, B. R. - *An Economic Theory of Addiction, Hypomania, and sensation seeking*. **Int. j. addict**, 21:495-7, 1986.
- MASUR, J. & CARLINI, E. A. - *Drogas. Subsídios para uma discussão*. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1989.
- MATTA CHASIN, A.A. - *Diagnóstico laboratorial da intoxicação aguda por cocaína: aspecto forense*. São Paulo, 1990. 109 p. (Dissertação de Mestrado- Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo).
- McLANE, N. J. & CARROL, D.M. - *Ocular manifestations of drug abuse* **Surv. Ophthalmol**, 30(5):298-313, 1986.
- MECHOULAN, R. & GAONY, Y. - *A total synthese of delta 9 tetra-hydro-cannabinol, the active constituent of haxixe*. **J. Am. Chem. Soc**,87:3273-75.
- MEEKS, J. E. - *Prevalence of chemical dependency in hospitalized general psychiatric patients*. **Am. j. psychiatry**, 143:125-6, 1986.
- MESULAM, M. M. - *Cocaine and Tourette's syndrome*. **N. Engl. j. med.** , 398, 1986.,
- MEZOCHOW, J. & MILLER, S. - *The impact of cost containment on alcohol and drug treatment*. **Hosp. community psychiatry**, 38:506-10, 1987.

- MILKMAN, H. & SUNDERWIRTH, S. - *Addictive processes*. **J. psychoact. drug**, 14:177-92, 1982.
- MILLER, L. - *Female clients in substance abuse treatment*. **Int. j. addict**, 20:995-8, 1985.
- MILMAN, D. H. - *The pediatrician and adolescent drug abuse*. **J. Pediatr**, 112:499-502, 1987.
- MIRSKY, A. F. *Neuropsychological manifestation and predictors of HIV disease in vulnerable persons*. **Psyc. neuro. substance abuse aspects**, 3:117-25, 1988.
- MITCHELL, J. E., BOUTACOFF, L. I; HATSUKAMI, D.; PYLE, R. L.; ECKERT, E.D. - *Laxative abuse as a variant of bulimia*. **J. nerv. ment. dis**, 174:174-6, 1986.
- MITTLEMAN, R. and WETLI, C. - *Death caused by recreational cocaine use*. **JAMA**, 252:1889-1900, 1984.
- MOESTRUP, T. & HANSSON, B. G. - *Intravenous drug abusers and homosexual men*. **Br. med. j**, 292:854-7, 1986.
- MOLDAVSKY, R. J. - *Myopathy and ipecac abuse in a bulimia patient*. **Psychosomatics**, 26:448-9, 1985.
- MOORE, J. D. & CONE, E. J. - *A case of false positive or evidence of viral exposure?* **N. Engl. j. med**, 317:1387-9, 1986.
- MOREAU DE TOURS, J. - *Du haxixe et de l'aliénation mentale*. Fortin, Masson et Cie. Edit. Paris, 1845, 431 p.
- MORGAN, D. A. & EUSTACE, J. C. - *Addiction and the other illness*. **Florida med. assoc**, 71:251-6, 1984.
- MORNINGSTAR, P. & CHITWOOD, D. - *Factors which differentiate cocaine users in treatment from nontreatment users*. **Int. j. addict**, 20:449-50, 1985.

- MORRIS, J. & SHUK, J. - *Pneumomediastinum in a young male cocaine user*. **Ann. emerg. med**, 14:194-200, 1985.
- MORRISON, M. A. & SMITH, T. Q. - *Psychiatric issues of adolescent chemical dependence*. **Pediatr. clin. North America**, 34:461-3, 1987.
- MORSE, R. & MARTIN, M. - *Prognostic of physicians treated for alcoholism and drug dependence*. **JAMA**, 251:743-5, 1984.
- MOSKOWITZ, J M. & SCHAPS, E. - *Evaluation of a substance abuse prevention program for junior high school students*. **Int. j. addict**, 19:419-20, 1984.
- MOSS, A. R. - *AIDS and intravenous use: the real heterosexual epidemic*. **Br. med. j**, 295:389-400, 1987.
- MULRY, J. R. *Chemical Dependency: a unified illness*. - **Am. fam. physician**, 30:285-9, 1987
- MURAD, J. E. *O abuso de drogas em Minas Gerais*. Belo Horizonte (fascículo), 1974.
- MURPHY, G. - *Suicide and substance abuse*. **Arch. gen. psychiatr**, 45:593-6, 1988.
- MUSTO, D. F. - *Iatrogenic addiction: the problem, its definition and history*. **Bull. N. Y. Acad. Med**, 61:694-8, 1985.
- NAHAS, G. G. - *A maconha ou a vida*. Trad. de Newton Vasconcelos, Edit. Nórdica, Rio de Janeiro, 1986, 320 p.
- NAHAS, G. & FRICKS, H. C. - *Drug use among physicians and medical students*. **N. Engl. j. med**, p. 317, 894-8, 1987.X
- NAKAMURA, G. R. & NOGUCHI, T. T. - *Fatalities from cocaine overdoses in Los Angeles County*. **Clinical Toxicology**, 18:895-905, 1981.



- NG, LL, HAMILTON, D. V. & CHALMERS, T. M. - *Intra-cranial haemorrhage from drug abuse*. **Br. j. clin. pract**, 40:255-6, 1986.
- NAVARATNAM, V & SPENCER, C. P. - *Traditional therapies and the treatment of drug dependence in Southeast Asia*. **Am. j. chinese med.**
- NEMIR, S. & MACDONALD D. C. - *What is treatment of substance abuse?* **Texas med**, 80:55-60.
- NEWMAN, R. - *Frustrations among professionals working in drug treatment programs*. **Br. j. addict**, 82:115-20, 1987.
- NICHOLI, A. M. - *Characteristics of college student when use psychoactive drugs for nonmedical reasons*. **J. Am. coll. health**, 34:189-95, 1985.
- NOBRE DE MELO, A. L. - *As afecções mentais na comunidade urbana*. Rio de Janeiro, 1956 (Tese de concurso de cátedra para a Faculdade de Medicina do Brasil - atual U.F.R.J.).
- NOBRE DE MELO, A. L. - *Psiquiatria* - vol II, Edit. Civilização Brasileira/MEC, Rio de Janeiro, 1979, 426 p.
- NOTMAN, M. & KHANTZIAN, E. - *Psychotherapy with the substance dependent physician: pitfalls and strategies*. **Am. j. psychoter**, 41:220-30, 1987.
- NOVICK, D.M. & KHAN, J. - *AIDS and infection with hepatitis viruses in individuals abusing drugs by injection*. **Bull. narcot**, 38:15-20, 1986.
- NURCO, D. N. & SMAFFER, J. W. - *Types and characteristics of addicts in the community*. **Drug alcohol. depend**, 9:43-78, 1982.
- O'CONNOR, M. C. - *Drugs abuse in pregnancy. An overview*. **Med. j. Aust**, 148:180-2, 1987.

- O'CONNOR, J. J. & JOHNSON, S. S. - *AIDS and intravenous drug abuse*. **Br. j. addict**, **82**:813-5, 1987.
- O'CONNOR, J. & KELLY, M. - *Attendance for drug misuse to Dublin accident and emergency departments*. **Br. med. j**, **79**:328-30, 1986.
- O'DUFFY, J. F. & ISLES, A.F. - *Transfusion-induced AIDS in four premature babies*. **Lancet**, **8** :1346-50, 1984.
- OGBORNE, A. & WHITEHEAD, P. - *Research and treatment: the need for a combined effort*. **Int. j. addict**, **20**:269-74, 1985.
- OKASHA, A. - *Young people and the struggle against drug abuse in the Arab Countries*. **Bull. narc**, **37**:67, 1985.
- OLIEVENSTEIN, C. - *La drogue*. Edit. Universitaires, Paris, 1970, 189 p.
- OLSEN, F. R. *Intracranial haemorrhage and amphetamine usage*. Review of the effects of amphetamine on the Central Nervous System. **Angiology**, **28**:464-71, 1977.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Série de Rapports Techniques nº 407. *Comité OMS d'Experts de la Pharmacodépendence*. 16e. Rapport, Genève, 1969.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Série de Rapports Techniques nº 478. *L'usage du cannabis*. Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S., Genève, 1971.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Série de rapports techniques nº 516. *La jeunesse et la drogue*. Rapport d'un groupe d'étude de l'O.M.S., Genève, 1973.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Transtornos mentais. Classificação internacional de doenças. Nona revisão*. Centro da OMS para classificação de doenças em português, São Paulo, 179-329, 1975.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Transtornos mentais. Classificação internacional de doenças. Décima revisão*. Centro da OMS para classificação de doenças em português, São Paulo, 1992 (mimeografado).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE -. *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas.* (Cadernos de Salud Pública), Ginebra, OMS, 1981.

ORANGIO, G. R. & LATTA, P. D. - *Infection in parenteral drug abusers.* **Am. j. surg**, **148**:738-40, 1983.

ORFORD, J. - *A study of the personalities of excessive drinkers and their wives, using the approaches of Leary and Eysenck.* **J. of Consulting and Clinical Psychology**, **44**:4, 534-45, 1976.

OTTINGER, W. & CAPLAN, V. - *Drug and chemical related deaths: incidence in the state of Maryland—1975 to 1980.* **J. forensic. sci**, **30**:1012-14, 1985.

OUGHOURLIAN, J. M. - *La personne du toxicomane.* Edit. Privat, Paris, 1974, 355 p.

PARK, R. A. - *AIDS and drug addicts in Europe.* **Lancet**, **21**:691-3, 1987.

PARRY, A. & MARKS, H. - *HTLV-III antibody prevalence among young delinquent drug abusers in long-term residential treatment at a North-German.* **Klinische Wochenschrift**, **65**:22-6, 1987.

PASSETTI, E. - *Das fuméries ao narcotráfico.* Ed. PUC, São Paulo, 1991, 153 p.

PAULINO, L. - *Sensory neuropathy from pyridoxine abuse.* **N. Engl. j. med**, **315**:197-9, 1984.

PELA, O. - *Psychosocial aspects of drug dependence: the Nigerian experience.* **Adolescence**, **76**:971-2, 1984.

PERKINS, K. A. & TSUANG, M.T. - *Ten years follow-up of drug abusers with acute or chronic psychosis.* **Hosp. Community psychiatry**, **37**:481-5, 1986.

PERVIN, L. A. - *Affect and addiction.* **Addict. behav**, **13**:83-6, 1988.

- PEUTHERER, F. J. - *HTLV-III Antibody in Edinburgh Addicts*. **Lancet**, **16**:1129-32, 1985.
- PEVELER, R. C. & GREEN, R. - *Prevalence of heroin misuse in Oxford City*. **Am. j. psychiatr**, **145**:279-82.
- PHOL, R. & BALON, R. - *More on cocaine and panic disorder*. **Am. j. psychiatr**, **144**:1363-65.
- PINCUS, A. H. - *AIDS, drug abuse, and mental health*. **Public Health Reports**, **99**:106-111, 1984.
- PLANS, P. - *Cannabis consumption in Catalonia, Spain*. **Br. j. addict**, **83**:448-53, 1988.
- POLLIN, W. - *The danger of cocaine*. **JAMA**, **254**:98, 1985.
- PORTNOW, J. W. - *Medically induced addiction*. **Int. j. addict**, **20**:605-10, 1985.
- POSSAS, C. - *Epidemiologia e Sociedade. Heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. Ed. HUCITEC. São Paulo, São Paulo, 1989.
- QUADRA, A.A.F. - *Viver é resistir. A história natural da doença*. Edit. Achiamé. Rio de Janeiro, 1983, 80 p.
- RANCE, F. & RANDALL, B. - *Fatal intravenous drug abuse secondary to streptomycin overdose*. **J. forensic. sci**, **31**:1150-5, 1986.
- RAVIN, J. G. & RAVIN, L. C. - *Blindness due to illicit use of tropical cocaine*. **Ann. Ophthalmol.** **11**:863-864, 1979.
- RAYMOND, C. A. - *Combating a deadly combination: intravenous drug abuse and acquired immunodeficiency syndrome*. **JAMA**. **15**:329-332, 1988.
- REED, B. G. - *Drug misuse and dependency in women: the meaning and implications of being considered a special population or minority*. **Int. j. addict**, **23**:133-5, 1988.

- REZZA, G. - *Sex as a risk factor for HTLV-I spread among intravenous drug abusers. Lancet*, **26**:713-5, 1988.
- ROBERT P. & BONNARD, C. - *Rection des toxicomanes face au SIDA. Ann. med.-psychol*, **146**:216-20, 1988.
- ROBERTSON, J. R. & SKIDMORE C. A. - *Drug misuse strategies and AIDS prevention. Lancet*, **20**:422-5, 1988.
- ROBINS, L. N., DAVIES, D. H.; NURCO, D. N. - *How permanent was Vietnam drug addiction? Am. j. public health*, **64**:38-43, 1974.
- ROBINS, L. N. - *The natural history of drug abuse. Acta psychiatr. scand*, **70**:7-12, 1980.
- RODRIGO, J. M. - *HTLV-III antibodies in drug addicts in Spain (letter). Lancet*, **8447**:156-7, 1985.
- RODRIGUEZ, M. E. & ANGLIN, M. D. - *The epidemiology of illicit drug use in Spain. Bull. narc*, **39**:67-9, 1987.
- ROGERS, P. & HARRIS, J. - *Alcohol and adolescence. Pediatr. clin. North America*, **34**:289-90, 1987.
- ROJEK, D. G. & SMEJA, C. M. - *Youthful drug use and drug subcultures. Int. j. addict*, **21**:1031-5, 1986.
- ROSENFELD, H. A. - *On drug addiction. Int. j. psycho-anal*, **41**:41-5, 1960.
- ROSENWALD, P. R. - *Operating a primary prevention program. Children today*, **13**: 07-10, 1985.
- ROSSI, A. & BORTOLOTTI, F. - *Trends of HTLV-I and HIV infections in drug addicts. Eur. j. cancer clin. oncol*, **24**:270-3, 1988.

- ROUSANVILLE, B J. & GAWIN, F. - *Interpersonal psychoterapy adapted for ambulatory of cocaine abusers* **Am. j. drug alcohol abuse**, 11:171-5, 1985.
- RYAN, W. & WILLIAM. G. *Prevalence of chemical dependency in hospitalized general psychiatric patients.* **Am. j. psychiatr**, 143:125-8, 1986.
- SANTANGELO, S. & GINGRANS, J. - *Use and abuse of controlled substances by pharmaceuticals and pharmacy students.* **Am. j. hosp. pharm**, 44:311-5, 1987.
- SAXON, S. & KUNKEL, E. - *Drug abuse and suicide.* **Am. j. drug alcohol abuse**, 5:485-9, 1978.
- SAYERS, D. - *The "crack" in the emergency-room door.* **Del. Med. j**, 60:325-9, 1988.
- SCHCHANE, J. S.; ROBERTS, B.H.; THOMPSON, P. D. *Coronary- artery spasm and myocardial infarction associated with cocaine use.* **N. Engl. j. med**, 310:1665-6, 1984.
- SCHAPS, E. & PALLEY, C. S. - *Primary prevention research: a preliminary review of program outcome studies.* **Int. j. addict**, 15:657-60, 1980.
- SCHNEIDER, K. - *Las personalidades psicopaticas.* Edic. Morata, Madrid, 1965, 214 p.
- SCHWARTZ, S. - *A study of drug discipline policies in secondary schools.* **Adolescence**, 74:323-5, 1984.
- SEGAL, B.M. - *Psychological aspects of drug-taking behaviour.* **Int. j. addict**, 18:611-5, 1983.
- SEGAL, B. M. - *Age and first experience with psychoactive drugs.* **Int. j. addict**, 21:1285-9, 1986.
- SEIBEL, S. D. - *Les accidentes psychiatriques au cours de l'évolution des toxicomanies.* Paris, 1975. (Mémoire pour le titre d'Assistant Étranger-Faculté de Médecine-Université de Paris V).

- SEIBEL, S. D. - *Quelques aspects psychiatriques des toxicomanies modernes*. **Ann. med.-psychol**, 2:300-9, 1976.
- SERRA, M. & GIMENO, V. - *Prevalence of delta infection in drug addicts in Valencia (Spain)*. **Progress. clin. biol. res**, 228:407-10, 1987.
- SHEINMAN, D. B. & DEVALIA, L. J. - *Synthesis of histamine by haemophilae influenzae*. **Br. med. j.** v:294:857-9, 1986.
- SHONTZ, F. C. & SPOTTS, J. V. - *Drugs peersonality: dependence of findings on method*. **Am. j. drug alcohol abuse**, 12:355-60, 1986.
- SILVERMAN, I. - *Addiction intervention: treatment models and public policy*. **Int. j. addict**, 20:183-6, 1985.
- SILVIS, L. G. & PERRY, C. L. - *Understanding and deterring tobacco use among adolescents*. **Pediatr. clin. North Am**, 34:363-5, 1987.
- SIMPSON, D. D. & JOE, G. - *Treatment histories of clients treated for drug abuse*. **Am. j. drug alcohol abuse**, 7:127-9, 1980.
- SIMPSON, D.D. - *Treatment for drug abuse*. **Arch. gen. psychiatr**, 38:875-9, 1981.
- SINGER, P.; CAMPOS, O.; DE OLIVEIRA, E.M. - *Prevenir e curar. O contato social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1981, 166 p.
- SKUTLE, A. - *Treatment and prevention of alcohol and drug abuser coordination of professional services*. **Acta psychiatr. scand**, 77:42-54, 1987.
- SMART, C. - *Drug dependence units in England, the results of a national survey*. **Drug alcohol dependence**, 15:131-3, 1985.
- SMEJA, C. M. and DEAN, G. - *Youthful drug use and drug subcultures*. **Int. j. addict**, 21:1031-3, 1986.

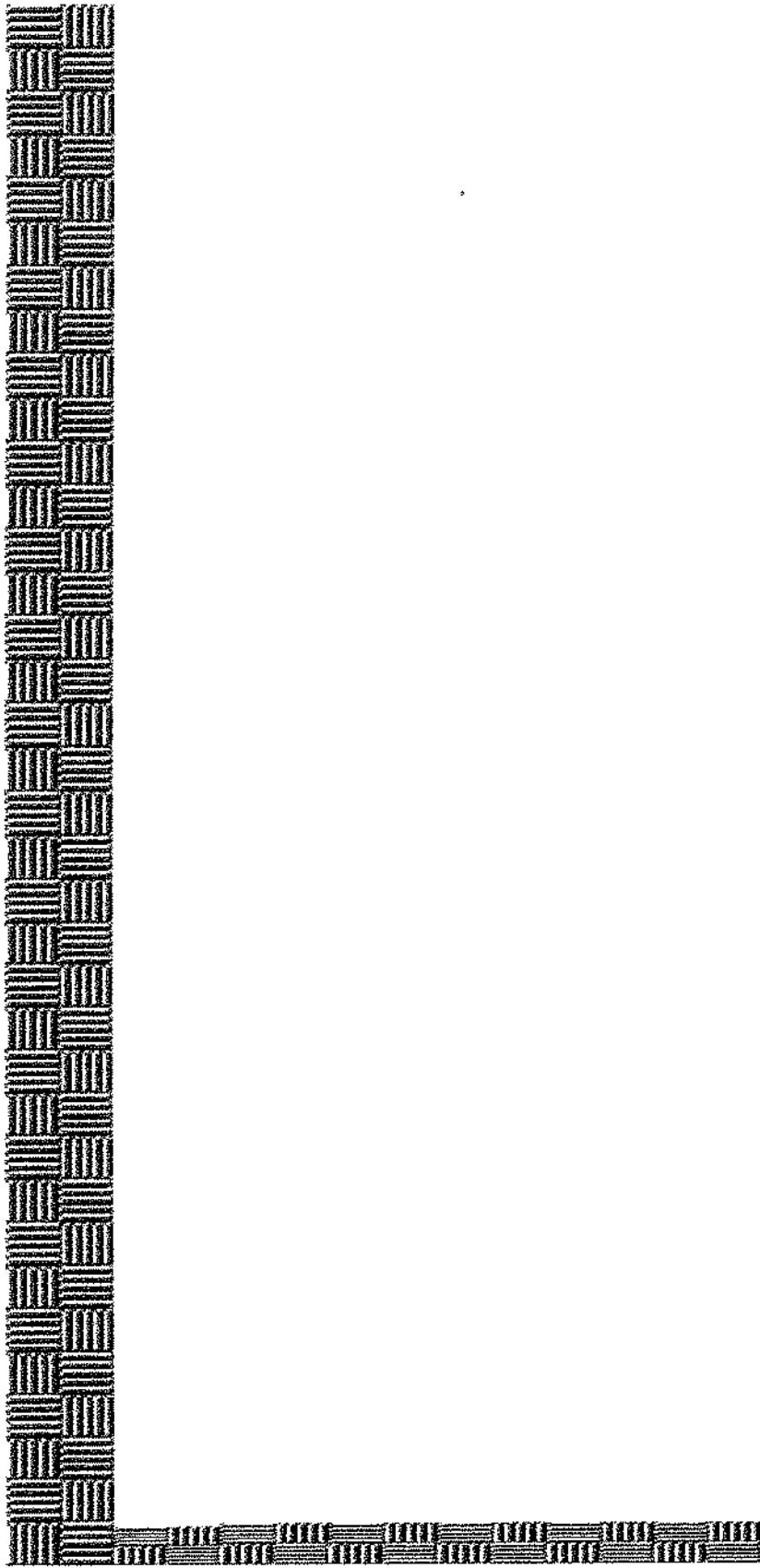
- SMITHBERG, N. & WESTMEYER, J. - *White dragon pearl syndrome: a female pattern of drug dependence*. **Am. j. alcohol abuse**, 11:199-201, 1985.
- SOMERS, W. & LOWE, F. C. *Localized gangrene of the scrotum and penis: a complication of heroin injection into the femoral vessels*. **J. urol**, 136:111-3, 1986.
- SPOTTS, J. - *A new perspective on intervention in heavy chronic drug use*. **Int. j. addict**, 20:1545-9, 1985.
- SPOTTS, J. and SHONTZ, F. - *Drugs and personality. dependence on findings on method*. **Am. j. drug. alcohol abuse**, 12:355-9, 1986.
- STEFANIS, C. N. & MADIANOS, M. G. *Preliminary results of the nation-wide epidemiological studies of drug use in Greece*. **Bull. narc**, 39:39-41, 1987.
- STERK, M. C. - *Cocaine and HIV seropositivity*. **Lancet**, 7:105-7, 1988.
- STERN, M. & NORTHMAN, J. - *Father absence and adolescent "problem behaviours": alcohol consumption drug use and sexual activity*. **Adolescence**, 74:302-5, 1984.
- STIMSON, G. - *Making sense of official statistics*. **Br. j. addict**, 79:373-5, 1984.
- STIMSON, G. V. & ALLDRITT, L. - *Syringe exchange schemes for drug users in England and Scotland*. **Br. med. j**, 294:1717-9, 1988.
- STRANG, J. & CREED, F. *Confidentiality and the drug addict*. **Lancet**, 24:682-3, 1984.
- STRANG, J. & HUNT, S. - *Syringe exchange schemes*. **Br. med. j**, 294:200-2, 1988.
- STREHLOW, B. P. - *Mortality of patients dependent on benzodiazepines*. **Acta psychiatr. scand**, 76:330-2, 1986.
- SURMAN, O. S. - *Limits of the self-medication hypothesis of affective disorders*. **Am. j. psychiatr**, 143:1063-5, 1986.



- SZYMANSKI, H. V. - *Prolonged depersonalization after marijuana use. Am. j. psychiatr*, 138:231-3, 1981.
- TEICHMAN, M. & RAHAV, G. - *Alcohol and psychoactive drug use among Israeli adolescents: an epidemiological and demographic investigation. \_Int. j. addict*, 22:81-4, 1987.
- THYSS, A. & DUPONT, D. - *The AIDS Related Complex (ARC). A study of drug addicted parents. Ann. of Internal Med.*, 943-5, 1987.
- TIDONE, L. & GOGLIO, A. - *AIDS in Italy. Am. j. drug alcohol abuse*, 13:485-9, 1987.
- TORRES, R. A. & LEFKOWITZ, P. - *Homelessness among hospitalized patients with the AIDS in New York City. JAMA*, 14:779-82, 1987.
- TUCHMAN, A. & DARAS, M. - *Intracranial hemorrhage after cocaine abuse. JAMA*, 257:1175-8, 1987.
- VELHO, G. - *Nobres e anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro, 1975. (Dissertação Mestrado-Instituto de Museologia da U.F.R.J.)*.
- WALTERSPIEL, J. N. - *Free needles for drug addicts: don't forget the syringe. N. Engl. j. med*, 319:1270-4, 1988.
- WEBB, G. & WELLS, B. - *Epidemic of AIDS related virus infection among intravenous drug abuse. Br. med. j*, 294:1202-6.
- WEISS, R. D. & MIRIN, S. M. *Psychopatology in cronic cocaine abusers. Am. j. drug alcohol abuse*, 12:17-9, 1986.
- WEISS, R. & SALEM, M. D. - *Recurrent myocardial infarction caused by cocaine abuse. Am. heart j*, 111:793-5, 1986.
- WELLER, M.P.I. - *Substance abuse in schizophrenia. Lancet*, 10:573-5, 1984.
- WELLER, M. P. I. - *Drug abuse and mental illness. Lancet*, 30:997-9, 1988.

- WELLS, L. A. - *Chemical dependence among adolescents*. **Mayo clin. proc**, **60**:557-9, 1985.
- WELSBY, P. D. - *One-use needle-syringe for drug abusers*. **Lancet**, **1**:285-7, 1987.
- WESTERMEYER, J. - *Fellowship in chemical dependency*. **Minn. med**, **67**:519-20, 1984.
- WETLI, C. - *The medical risks of cocaine*. **Western j. med**, **147**:456-8, 1988.
- WETLI, C. - *Drug abuse prevention: the physician's responsibility*. **N. Y. State j. med**, **84**:597-8, 1984.
- WHITE, H. R. & JOHNSON, V. - *An application on the deviance theories to adolescent substance use*. **Int. j. addict**, **21**:347-9.
- WIENNER, R. & SCHWARTZ, R. - *Dilated cardiomyopathy and cocaine abuse*. **Am. j. med**, **81**:699-702, 1986.
- WILLE, R. - *Drug addiction in the Federal Republic of Germany. Problems and responses*. **Br. j. addict**, **82**:849-50, 1987.
- WOJAK, J. FLAMM, E. - *Intracranial hemorrhage and cocaine use*. **Stroke**, **17**:712-5, 1987.
- WOODY, G. E. & McLELLAN, T. A. - *Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence*. **Am. j. psychiatr**, **144**:590-2, 1987.
- WORMSER, G. P. & ROSENTHAL, W. S. - *The liver in AIDS: emphasis on patients with intravenous drug abuse*. **Am. j. gastroenterol**, **82**:231-4, 1987.
- WORMSER, L. - *Drug use*. **JAMA**, **22**:820-2, 1974.
- WRIGHT, L.S. - *High school, polydrug users and abusers*. **Adolescence**, **60**:853-5, 1985.
- XIBERRAS, M. - *La société intoxiquée*. Edit. Méridiens, Paris, 1989, 245 p.

- YEACH, T. I. & CHAPPEL, J. N. - *Effect of a course on students attitudes toward substance abuse and its treatment.* **J. med. educ**, 70:394-6, 1987.
- YEHUDA, N. B. - *Drug abuse social policy in the United States and Israel: a comparative sociological perspective* **Int. j. addict**, 22:17-20, 1987.
- ZAREK, D. & ROGERS, P. D. - *Risk factors for adolescent substance abuse.* **Pediatr. clin. North America**, 34:481-3, 1987.
- ZEIN, Z.A. - *Polidrug abuse among Ethiopian University students with particular reference to khat (Cathaedulis)* **J. trop. med. hyg**, 91:71-4, 1988.
- ZWEIPFENNING, P.G.M. & NEUTEBOOM, W. - *Driving and the combined use of drugs and alcohol in the Netherlands.* **Forensic sci. int**, 26:93-5, 1984.



## *14. Anexos*

**ESTATUTO SOCIAL DA ASSOCIAÇÃO FUNDO DE INCENTIVO A  
ESTUDOS E PESQUISAS EM USO INDEVIDO DE DROGAS.**

- 1º Terá como sede a sala 3008 - E do Pavilhão João Lyra Filho da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sito à Rua São Francisco Xavier, 524 - 3º andar - CEP 20.550.
- 2º Compreenderá o Fundo como sua finalidade precípua, o estudo e a pesquisa do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas em todos os seus campos de aplicação científica.
- 3º As despesas de sua manutenção, serão cobertas por doações, legados ou auxílios de Entidades Públicas ou Privadas, ou pessoas físicas, para a sua específica finalidade, ou seja, aquisição de material científico, doutrina e afins, bem como de contribuição dos associados.
- 4º Será administrada a partir de sua constituição pelos seguintes, membros: Presidente, Vice-Presidente, Tesoureiro e um Secretário pelo período de 02 (dois) anos, podendo ser reeleitos.
- 5º Ao Presidente, competirá presidir as reuniões da Associação, bem como representá-la judicial ou extrajudicialmente.
- 6º Ao Vice-Presidente, competirá representar e presidir as reuniões no impedimento legal do Presidente.
- 7º Ao Tesoureiro competirá gerir a parte econômica e financeira, bem como movimentar em nome da Associação as contas que forem abertas em estabelecimentos de créditos, bem como proceder ao recebimento de contribuições prestando contas mensalmente em balancete.

§ Único - Na ausência do Tesoureiro competirá ao Presidente movimentar em nome da Associação, as contas que forem abertas em estabelecimento de crédito.

- 8º Ao Secretário competirá cuidar da parte representativa social, e científica da Associação em conjunto com o Presidente, bem como secretariar as reuniões da Associação, cuidando ainda de intercâmbio científico-cultural.
- 9º Poderão ser membros todos os cientistas, pesquisadores e interessados na área de pesquisa em uso indevido de droga lícitas e ilícitas.
- 10º As reuniões ordinárias se realizarão às primeiras terças-feiras de cada mês.
- 11º Haverá bienalmente na segunda semana do mês de Março e/ou Agosto, Assembléia Geral Ordinária para eleição de nova diretoria e prestação de contas da que finda seu exercício.
- 12º Poderá ocorrer a convocação da Assembléia Geral Extraordinária, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, com a presença de 2/3 de seus membros, na primeira convocação e com qualquer número, decorrido o lapso de 1 (uma) hora.
- 13º Para perfeito funcionamento da Associação, deverá ser criado após 03 (três) meses de sua atividade, a sua reserva financeira, de pelo menos 50% (cinquenta por cento) das doações que lhe forem destinadas, na forma do item 3º, fazendo-se depósitos e aplicações bancárias ou financeiras.
- 14º Toda a diretoria, conselhos fiscais, deliberativos ou consultivos, não poderão receber remuneração em espécie alguma. Não poderá ainda haver distribuição de lucros, bonificações ou vantagens a dirigentes, associados ou mantenedores, sob nenhuma forma ou pretexto.
- 15º O número de sócios será ilimitado.

- 16º Os sócios e demais membros, não responderão solidária e subsidiariamente pelas obrigações sociais.
- 17º Poderá ocorrer, por deliberação de sua diretoria, o financiamento de bolsas de estudo, no país ou no estrangeiro, para extensão universitária ou pesquisa, com duração mínima de 02 (dois) meses de qualquer sócio ou qualquer membro, neste caso, por deliberação em assembléia extraordinária.
- 18º A dissociação se dará em caso de perda de sua finalidade, ou por deliberação da assembléia geral extraordinária, na forma do item 12 do presente estatuto.
- 19º Em caso de extinção, seu patrimônio será entregue à sociedade congênere, que esteja devidamente designada no Conselho Nacional de Serviço Social, de direito público, com finalidade de pesquisa semelhante ou à Reitoria da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- 20º A alteração dos presentes Estatutos, total ou parcialmente, só poderá ocorrer, na forma dos itens 10º, 11º e 12º.
- 21º Todos os recursos financeiros captados, terão aplicações integrais no país, na manutenção dos objetivos estatutários.