

ELSON DA SILVA LIMA

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

***"DROGAS NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO SOBRE
EXPOSIÇÃO E RISCOS ASSOCIADOS"***

CAMPINAS

2000

1



ELSON DA SILVA LIMA

***DROGAS NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO SOBRE
EXPOSIÇÃO E RISCOS ASSOCIADOS"***

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva*

Orientador: Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho

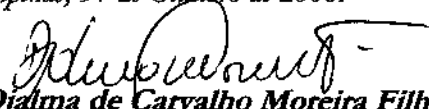
CAMPINAS

2000

*Este exemplar corresponde à versão final da Tese de
Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde
Coletiva.*

Campinas, 31 de Outubro de 2000.

iii


Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho
Orientador

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

L628d Lima, Elson da Silva
Drogas na adolescência : um estudo sobre exposição e riscos
associados / Elson da Silva Lima. Campinas, SP : [s.n.], 2000.

Orientador : Djalma de Carvalho Moreira Filho
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

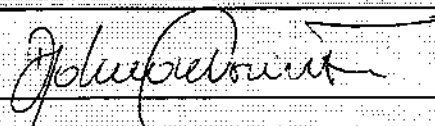
1. Drogas. 2. Drogas - Epidemiologia. 3. Maconha. 4. Cocaína.
I. Djalma de Carvalho Moreira Filho. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

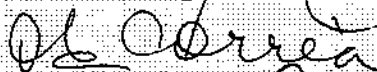
Orientador: Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho

Membros:

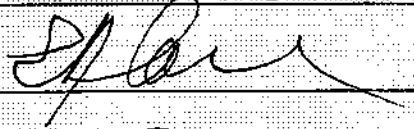
1. Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho



2. Profa. Dra. Florence Kerr-Corrêa



3. Prof. Dr. Elisaldo Luiz de Araújo Carlini



4. Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros



5. Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes



Curso de pós-graduação Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 31/10/2000

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais, Elza (in memoriam) e Eloysio Lima
e a todos aqueles que lutam, diuturnamente, para que a vida seja digna e mais fraterna.*

Que sobreviva a utopia!

AGRADECIMENTOS

À Lucia, minha companheira, apoio constante e indispensável, em todos os sentidos, à realização desta tese.

Aos meus filhos, Pedro e Rudi, e aos 'novos' filhos, Thalles e Roberta, fontes de incentivo e inspiração permanentes.

À Prof.^a Maria Thereza Costa de Aquino e ao Dr. Marcos de Freitas Baptista Diretora e Vice-Diretor do NEPAD-UERJ (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas - Universidade do Estado do Rio de Janeiro), e aos demais colegas que tornaram possível a concretização deste trabalho.

Ao professores, funcionários e colegas do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, por todo o apoio.

Ao CRIAD (Centro de Referência e Informação em Álcool e Drogas de Campinas) pelo apoio, durante todo o trabalho de campo, especialmente à Maria Cristina Viotto e à Angela Stockler Vilela.

Aos auxiliares de pesquisa, José Antônio de Souza, Marcia Manfrinatti e Marcus Vinícius Campos, que tornaram bem sucedida a coleta de dados e o trabalho de campo.

Ao meu grande amigo Luiz Antônio de Souza, pelas sugestões e incentivos, sempre oportunos.

O projeto de pesquisa, que proporcionou a realização desta tese, foi financiado pela FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), processo número 96/2859-1.

"Eu desconheço como o mundo me vê. Para mim mesmo, contudo, eu pareço ter vivido apenas como um menino que brinca numa praia e diverte-se ao encontrar, vez por outra, uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita, enquanto o grande oceano do conhecimento jaz totalmente desconhecido, diante de mim."

- Sir Isaac Newton

	PÁG.
RESUMO	<i>xxiii</i>
1. INTRODUÇÃO	27
2. JUSTIFICATIVA	45
2.1. Drogas e os problemas do sec. XXI.....	48
2.2. Por que estudantes?.....	52
2.3. Uso indevido de drogas: estado da arte.....	53
2.4. Uso injetável de drogas e disseminação do HIV/AIDS.....	57
2.4.1. Política de redução de danos.....	59
2.4.2. Focalizando Campinas.....	60
2.5. Reavaliando quais são os riscos para o uso indevido de drogas.....	61
2.5.1. Contribuições para uma teoria da acessibilidade ou o que sabemos sobre o que se passa no cérebro humano.....	63
2.6. Acessibilidade e uso de drogas: um outro enfoque sobre os riscos na adolescência.....	69
3. OBJETIVOS	73
3.1. Objetivo geral.....	75
3.2. Objetivos específicos.....	75
4. MATERIAL E MÉTODOS	77
4.1. Delineamento da pesquisa.....	79
4.2. População estudada.....	79
4.3. Cálculo e distribuição da amostra.....	80

4.4. Instrumento de pesquisa.....	83
4.4.1. Validação do instrumento de pesquisa.....	83
4.4.2. Características do CONSUP.....	85
4.4.2.1. Substâncias estudadas a partir do instrumento.....	87
4.4.3. Teste do instrumento (piloto).....	90
4.4.4. Aplicação do instrumento.....	91
5. RESULTADOS.....	93
5.1. Métodos de análise dos resultados.....	95
5.2. Perfil sociodemográfico da amostra.....	95
5.3. Consumo de substâncias psicoativas.....	98
5.3.1. Drogas lícitas.....	100
5.3.1.1. Tabaco.....	100
5.3.1.2. Álcool.....	102
5.3.1.3. Tranquilizantes.....	104
5.3.2. Drogas ilícitas.....	106
5.3.2.1. Inalantes e solventes.....	106
5.3.2.2. Maconha.....	108
5.3.2.3. Cocaína.....	110
5.3.2.4. Outras substâncias ilícitas.....	112
5.3.2.5. Uso injetável de drogas.....	112
5.4. Estudo sobre exposição e riscos associados.....	113
5.4.1. Modelo estratificado.....	113
5.4.2. Modelo multivariado.....	115

6. DISCUSSÃO	119
6.1. Comentários gerais.....	121
6.1.1. Idade de início.....	122
6.1.2. Categorias socioeconômicas.....	125
6.1.3. Estudos sobre exposição e risco.....	127
6.1.4. Categorias especiais de consumo.....	127
6.2. Comparação entre os dados nacionais.....	129
6.3. Contribuições para o debate.....	132
6.3.1. Drogas a parte maldita.....	135
6.3.2. O tratamento da questão uso indevido de drogas é ético ou moral?.....	138
6.4. Recomendações.....	140
7. CONCLUSÕES	143
8. SUMMARY	147
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	151
10. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	171
11. GLOSSÁRIO	179
12. ANEXOS	197

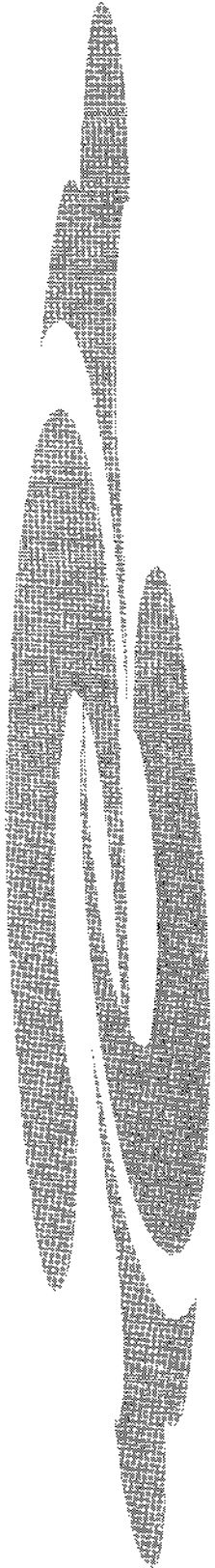
	<i>PÁG.</i>
Tabela 4.3.1. População do município de Campinas por sexo e faixas etárias selecionadas.....	80
Tabela 5.2.1. Estudantes entrevistados segundo sexo, idade, categoria socioeconômica e série escolar.....	97
Tabela 5.3.1. Prevalência de consumo de substâncias psicoativas: frequência de uso ao longo da vida – ALV, Campinas (SP), 1997.....	98
Tabela 5.3.2. Prevalência de consumo de substâncias psicoativas: frequência de uso nos últimos trinta dias – UTD, Campinas (SP), 1997.....	99
Tabela 5.3.3. “Odds-ratio,” intervalo de confiança e p-valor das características sociodemográficas estratificadas por sexo, categoria socioeconômica (CSE) e frequência de uso ALV e UTD de ‘tabaco’, Campinas (SP), 1997.....	101
Tabela 5.3.4. “Odds-ratio,” intervalo de confiança e p-valor das características sociodemográficas estratificadas por sexo, categoria socioeconômica (CSE) e frequência de uso ALV e UTD de ‘álcool’, Campinas (SP), 1997.....	103
Tabela 5.3.5. “Odds-ratio,” intervalo de confiança e p-valor das características sociodemográficas estratificadas por sexo, categoria socioeconômica (CSE) e frequência de uso ALV e UTD de ‘tranqüilizantes,’ Campinas (SP), 1997.....	105
Tabela 5.3.6. “Odds-ratio,” intervalo de confiança e p-valor das características sociodemográficas estratificadas por sexo, categoria socioeconômica (CSE) e frequência de uso ALV e UTD de ‘inalantes,’ Campinas (SP), 1997.....	107

Tabela 5.3.7. “Odds-ratio,” intervalo de confiança e p-valor das características sociodemográficas estratificadas por sexo, categoria socioeconômica (CSE) e frequência de uso ALV e UTD de maconha, Campinas (SP), 1997.....	109
Tabela 5.3.8. “Odds-ratio,” intervalo de confiança e p-valor das características sociodemográficas estratificadas por sexo, categoria socioeconômica (CSE) e frequência de uso ALV e UTD de cocaína, Campinas (SP), 1997.....	111
Tabela 5.4.1. “Odds-ratio,” intervalo de confiança e p-valor da variável grau de dificuldade para obtenção (acesso) e consumo de substâncias psicoativas ALV e UTD, Campinas (SP), 1997.....	115
Tabela 5.4.2. “Odds-ratio,” intervalo de confiança e p-valor da variável grau de dificuldade para obtenção (acesso) e consumo de substâncias psicoativas ALV e UTD, ajustado por regressão logística, Campinas (SP), 1997.....	116
Tabela 5.4.3. “Odds-ratio,” intervalo de confiança e p-valor para a categoria socioeconômica ‘A’ e uso ALV e UTD de maconha e cocaína, ajustado por regressão logística, Campinas (SP), 1997.....	117
Tabela 6.1.1. Idade de início (experimentação) por sexo e substâncias estudadas, Campinas (SP), 1997.....	123
Tabela 6.1.4. Prevalência de uso das substâncias psicoativas mais utilizadas UTD na categoria 20 vezes+, por faixa etária (idade atual) em números absolutos e percentuais, Campinas (SP), 1997.....	128
Tabela 6.2. Comparação entre as prevalências de consumo ALV de algumas substâncias psicoativas em inquéritos realizados no Brasil.....	130

	PÁG.
Figura 1.1. Diagrama representando a população geral e os diferentes tipos de usuário de substâncias psicoativas num corte seccional.....	37
Figura 2.1. Gênese de consumo das substâncias psicoativas.....	68
Figura 2.2. Diagrama de um possível ciclo de uso e abuso de substâncias psicoativas.....	72
Figura 5.2.1. Distribuição da amostra por sexo.....	96
Figura 6.1.1. Medianas das idades de primo uso por sexo e substância utilizada.....	124

LISTA DE QUADROS

	PÁG.
Quadro 1.1. Paradigmas e seus desdobramentos na drogadição.....	35
Quadro 2.1. Prevalência de consumo (uso na vida) de várias substâncias psicoativas em amostras de estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras (1987-1989-1993-1997).....	55
Quadro 11.1. Drogas de abuso mais conhecidas no Brasil.....	195



RESUMO

Esta tese baseia-se num estudo epidemiológico transversal (“survey”), realizado numa amostra de 1328 estudantes, com idade entre 12 e 20 anos, matriculados em 7 escolas públicas do Município de Campinas e uma escola pública do Município de Jaguariúna, Estado de São Paulo. O estudo apurou, entre os entrevistados, variáveis socioeconômicas, coeficientes de prevalência de consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e percepção dos entrevistados quanto à facilidade para obtenção dessas substâncias. A coleta de dados foi feita por meio de um questionário fechado, anônimo e de auto-preenchimento. Os principais resultados obtidos foram: 21,6% (IC95%: 19,5-23,9) de prevalência de consumo ao longo da vida para as drogas ilícitas pesquisadas (inalantes, maconha, cocaína entre outras), 85,5 (IC95% 83,5-87,4) para bebidas alcoólicas, 47,8% (IC95%: 45,0-50,5) para cigarro de tabaco e 9,3% para tranqüilizantes (IC95%: 7,8-11,0); a média de idade da amostra é 16,0 (mediana 16,0, desvio-padrão 2,2).

Os resultados aferidos indicam que o consumo de drogas ilícitas em Campinas apresenta-se elevado em relação ao restante do país; a questão do acesso mostra que, apesar da percepção de facilidade em muitos dos entrevistados que experimentaram drogas ilícitas, o uso mais freqüente, representado pelo uso nos últimos trinta dias anteriores à entrevista, não apresenta associações significativas, contrariando assim um dos principais postulados sobre a questão que aponta esta facilidade como um dos fatores de risco fundamentais para o consumo. Além disto o autor desenvolve uma discussão sobre os paradigmas de estudo da questão ‘uso indevido de drogas’, apontando suas incongruências e indicando um modelo sistêmico de saúde pública, tendo a unidade primária de saúde como *locus* privilegiado para o atendimento aos pacientes com problemas devido ao uso abusivo de drogas. O objetivo da discussão levantada é de prevenir e/ou diminuir os problemas sociais e sanitários provocados pela drogadição.

Palavras-chaves: Drogas, adolescência, uso indevido, epidemiologia



1. INTRODUÇÃO

*"Os deuses tinham condenado Sísifo a empurrar, sem descanso, um rochedo até o cume de uma montanha, onde a pedra caía de novo em consequência do seu peso. Tinham pensado, com alguma razão, que não há castigo mais terrível do que o trabalho inútil e sem esperança."*¹

Ao ler as palavras de Albert Camus, concluí que a metáfora de Sísifo é, tragicamente, adequada ao sentimento de muitos daqueles que trabalham direta ou indiretamente na recuperação de pessoas com problemas devido ao uso abusivo/nocivo de drogas lícitas e ilícitas. A partir desta reflexão e antes de tentar qualquer nova contribuição ao estudo do problema, fiquei com a tarefa de procurar entender por que esta questão deixa tantas dúvidas naqueles que se comprometem a estudá-la, e por que há tantas divergências quanto às possíveis metodologias de estudo que poderiam melhor subsidiar as abordagens de tratamento e prevenção do problema.

Para efeito de sistematização, todas as vezes que houver necessidade de caracterizar uso nocivo ou abusivo de drogas, (ex. quadro de dependência), o termo *drogadição* será utilizado alternadamente. Quando houver necessidade de caracterizar outros tipos de uso (ex. recreacional, nocivo sem dependência) será utilizado o termo *uso indevido de drogas*. Para estes e outros esclarecimentos quanto à terminologia, substâncias e siglas o autor sugere consultar o Glossário.

Um ponto, que por si só merece destaque, é a não uniformidade dos termos que caracterizam o fenômeno uso de drogas (lícitas ou ilícitas), do ponto de vista clínico ou epidemiológico. É possível encontrar na literatura termos como *drogadição*, *toxicomania*, *toxicodependência*, *dependência química*, entre vários outros. Muito desta terminologia obedece, às vezes, a doutrinações filosóficas de determinados grupos, como os de ajuda mútua (Alcoólicos Anônimos - AA e Narcóticos Anônimos - NA) que defendem a existência de uma dependência química. Tal discussão é extensa e por si só reflete a discordância entre os modelos de estudo (NEWMAN, 1983; SCHUCKIT, 1989; INABA & COHEN, 1991; BUCHER, 1992; MILHORN, 1994; APA, 1995).

¹ Camus, Albert *O mito de Sísifo: ensaio sobre o absurdo*. Lisboa: Livros do Brasil, p. 147, s/d.

Neste sentido, começar pela discussão dos possíveis paradigmas para o estudo e a abordagem das questões ligadas aos vários tipos de uso de drogas pareceu-me fundamental, como ponto de partida, já que, no meu entender, não há um paradigma definido ou de consenso para o estudo do problema. Em verdade, o questionamento existe a partir do momento que, conforme será discutido no decorrer do texto, dois paradigmas são ‘emprestados’ ao modelo biomédico, com a pretensão de explicar ou mesmo justificar as origens e os desdobramentos do fenômeno, principalmente no que diz respeito ao tratamento clínico e à prevenção.

Um terceiro modelo, baseado num paradigma voltado para a Saúde Pública, será discutido na tentativa de apresentá-lo como alternativo aos outros dois paradigmas em questão.

Drogas: onde começa o debate?

A magnitude social e política que assumiu a questão das drogas, e a urgência de soluções exigidas no espaço social, impuseram outras leituras ao problema. Neste contexto, o uso indevido de drogas constitui uma nova realidade para a pesquisa, superando em muito alguns dos seus espaços teóricos anteriores, tais como a Psiquiatria e a Psicofarmacologia. Portanto, o estilo interdisciplinar de pesquisa e abordagem impôs-se, não apenas, como exigência de ordem teórica e clínica, mas também de ordem política, ética e antropológica (BIRMAN, 1993).

Mesmo na área econômica a questão das drogas vem despertando intensos debates e várias pesquisas estão em andamento. Elas apontam novos horizontes para o entendimento da questão do mercado ilegal das drogas, da relação custo benefício entre as políticas de Estado (repressivas ou preventivas) e efeitos da propaganda de álcool e tabaco, entre outros aspectos (BULLINGTON, 1998).

Desta forma, as medidas criadas na tentativa de enfrentar e resolver os mais variados problemas que surgem vêm demonstrando tão somente a grande dificuldade de chegar a um resultado considerado satisfatório. Entendo por satisfatório um resultado que crie uma redução tanto na demanda por drogas psicoativas, quanto nos problemas de saúde pública advindos do uso nocivo destas substâncias (LIMA, 1998).

É importante que sejam esclarecidos os critérios que nortearam o autor ao conceituar alguns termos utilizados no texto. Em tese, várias substâncias podem ser usadas no sentido de alterar o sistema nervoso central (SNC) do sujeito, no seu estado normal de vigília (consciência) e senso-percepção, com maior ou menor grau de intensidade.

Dentro deste princípio, uma substância é dita psicoativa quando determina alterações do estado natural de vigília e senso-percepção do sujeito. Tais alterações, a priori, seriam de estimulação, sedação ou perturbação destes indicadores de funcionamento do SNC.

Sendo assim, o conceito de droga de abuso é aplicado a quaisquer substâncias, sejam elas de natureza industrial (química, cosmética, farmacêutica) ou livremente encontrada na natureza, se usadas exclusivamente com o objetivo de se conseguir delas um efeito psicoativo não-terapêutico. Entende-se também por efeito não-terapêutico aquele procurado pelo sujeito, na ausência de qualquer recomendação médica definida, com objetivos apenas recreacionais.

O conceito de droga lícita e droga ilícita, por sua vez, também pode provocar dúvidas e necessita algum esclarecimento. Em verdade, há quase que uma impossibilidade de separação conceitual bem definida do que seriam drogas ilícitas (maconha, cocaína, LSD) ou lícitas (psicofármacos, álcool), uma vez que tal divisão não se prende, fundamentalmente, a critérios técnicos, científicos ou farmacológicos, pois as substâncias psicoativas apresentam amplas flutuações nos diversos contextos socioculturais (EDWARDS & ARIF, 1981; SCHUCKIT, 1989; BIELEMAN, 1993; ESCOHOTADO, 1994).

Exemplos não faltam. Enquanto em muitos países islâmicos o consumo de álcool é ilícito e severamente punido pelas leis do Corão, o mesmo não acontece ao haxixe, cujo consumo é, ao menos, tolerado, em algumas regiões do Oriente Médio. No Ocidente tais normas claramente se invertem.

Algumas contribuições da sociologia

Johnson e Muffler (JOHNSON & MUFFLER, 1992) postulam que determinados períodos de uso e abuso de substâncias podem ser considerados como ciclo da droga, conceituando-o como um período sociohistórico, tempo-dependente, no qual uma nova droga ou um modo 'inovador' de utilização de uma droga já conhecida é introduzido e adotado por um grande número de pessoas. Seu uso institucionaliza-se em certos segmentos da população. Howard Becker (BECKER, 1973) propõe que o abuso de drogas é bastante influenciado por 'surto epidêmicos' nos quais pessoas consideradas de alto risco iniciam seu uso e tornam-se usuárias regulares de drogas específicas, até que, após um determinado período, este uso fique institucionalizado. Com o tempo, as populações de não-usuários tendem a se ajustar à presença destes usuários e a seus novos padrões de uso. Um ciclo da droga envolve tipicamente uma substância específica (maconha, cocaína) ou uma nova forma de uso (ex. usar a cocaína sob a forma de "crack"), ou a descoberta de uma substância que existia de forma muito rara antes de sua re-introdução no mercado, como o *êxtase* (FERIGOLO, 1998).

A nova droga é usada paralelamente ou concomitantemente a outras drogas. Ainda segundo Johnson e Muffler, um ciclo da droga tem quatro fases principais:

a. A primeira fase é a de iniciação e expansão, na qual pessoas, consideradas de alto risco, são apresentadas à substância e tornam-se usuárias regulares ou dependentes dela. Tal fato cria uma forte demanda pela droga e, em contrapartida, uma grande expansão no número de pessoas vendendo a droga (legal ou ilegalmente), com grande retorno econômico.

b. A fase de pico ocorre quando são alcançadas as maiores proporções no número de pessoas usando e/ou distribuindo a substância.

c. A fase de declínio começa quando proporções menores de neófitos, comparadas aos anos anteriores, iniciam o uso de uma determinada droga e/ou usuários regulares reduzem seu consumo, diminuindo assim a demanda e o retorno de ganho dos distribuidores.

d. A fase de persistência ocorre quando proporções consideráveis de usuários de uma determinada droga não desistem mas mantêm os padrões de uso institucionalizados nas fases a e b durante a maior parte de sua vida adulta. As fases de declínio e persistência geralmente ocorrem juntas e estendem-se por muitos anos, depois de terminada a fase de pico.

Portanto, o período de tempo que define um ciclo da droga compreende aqueles anos nos quais há um aumento importante no consumo e o momento que a fase de pico termina (i.e. quando ocorre um declínio na iniciação).

A faixa etária típica, em que ocorre o início de consumo regular ou abuso, para a maioria das drogas, é a adolescência e os primeiros anos da terceira década de vida. Quando a proporção daqueles que iniciam o uso de drogas na altura dos dezoito anos continua a crescer, durante sucessivos anos, pode-se dizer que está ocorrendo uma fase de expansão. Se a proporção daqueles que iniciam e permanecem como usuários regulares na faixa dos 18 anos de idade, mantem-se estável, por sucessivos anos, a fase de pico pode ter sido atingida. Se a proporção daqueles que iniciam ou aderem ao uso regular por volta dos 18 anos diminui por sucessivos anos, a fase de declínio do ciclo da droga pode ter sido atingida. Se apenas alguns ou uma proporção muito pequena de indivíduos iniciam o uso na faixa dos 18 anos (quando outros indivíduos o fizeram anos antes) um ciclo de droga pode estar fechado.

Todavia, há críticas quanto a esta mobilidade, que caracteriza este modelo, se for levado em conta que as populações de usuários de drogas podem estar relativamente fechadas em determinados momentos entre os estudos observacionais e a respectiva coleta de dados (HAY, 1998).

Em busca do modelo: determinismo farmacológico, Darwin, Spencer e Pasteur

Antes de se entrar na discussão dos paradigmas propriamente ditos, gostaria de apresentar a questão do 'determinismo farmacológico' (SÁ, 1989). Tal determinismo, provocado pelas drogas de abuso, seria responsável pela escravização imediata do sujeito ou por sua vez na procura de outras substâncias mais 'pesadas', no sentido de aplacar a insatisfação do efeito obtido com a(s) droga(s) anteriormente usada(s). Este último é conhecido por muitos como efeito escalada. É bastante óbvia a fraqueza deste nexos causal,

pela inobservância de tantos outros fatores do sujeito e do meio. A eleição da droga (substância) como fator principal, axial da questão, está profundamente arraigado ao modelo biomédico experimental.

Em meados do século XIX, pouco antes da chamada revolução Pasteuriana, já existia uma forte tendência para controlar o uso de substâncias psicoativas, principalmente o álcool. O movimento de Temperança, promovido pelas seitas protestantes, com forte influência na América do Norte, procurava subsídios para enquadrar os desviantes e fazer prevalecer seus rígidos padrões morais de comportamento.

Herbert Spencer (1820-1903) delineou, em teoria, aquilo que Charles Darwin veio a defender em seu clássico texto “A Origem das Espécies” de 1859: a evolução dos organismos por meio de uma seleção natural, em que os mais aptos sobreviveriam, passando às gerações posteriores seu material genético. Todavia este embasamento foi ‘interpretado’ por Spencer, ao sustentar a sua teoria da sobrevivência do mais forte (e não do mais apto), a partir das conclusões de Darwin! Esta seria, em linhas gerais, a base que gerou a teoria do “darwinismo social”, muito utilizada pelos defensores do liberalismo econômico. Spencer é considerado, por muitos, como o pioneiro da sociologia evolucionista (BOUDON & BOURRICAUD, 1993).

Ora, o que o álcool e as outras drogas fazem é justamente instalar ou acelerar um processo de degeneração física, ‘moral’ e social, no qual indivíduos *a priori* fortes e saudáveis poderiam sucumbir facilmente aos poderes demoníacos destas substâncias. Tornar-se-iam então, improdutivos e inaptos a competir numa sociedade em franco processo de crescimento, movida pela Revolução Industrial.

O modelo experimental

O surgimento do modelo Pasteuriano (teoria microbiana), na segunda metade do século XIX, e o seu sucesso imediato, provocou uma profunda mudança no paradigma das ciências biológicas e na Medicina (SUSSER & SUSSER, 1996). A possibilidade, tanto de descobrir o agente etiológico (e, por conseguinte estabelecer o nexos causal) das doenças, quanto de reproduzi-lo em ambiente experimental (laboratório), foram de tal forma assimilados que provocaram uma verdadeira revolução nas estruturas científicas da época, cujos reflexos permanecem até hoje.

O Quadro 1.1 é uma tentativa de resumir estes vários modelos e também alguns “settings” aplicáveis ao estudo do abuso de drogas. Eles estão agrupados em três paradigmas principais que, no entender do autor, são aqueles que dão respaldo às ações de enfrentamento do problema.

Quadro 1.1. Paradigmas e seus desdobramentos na drogadição

Experimental	Clínico	Estrutural
Laboratório	Psiquiatria/psicopatologia	Cuidados primários
Fisiologia	Psicodinâmica	Saúde coletiva
Psicofarmacologia	Psicanálise	Terapia familiar
Psicobiologia	Psicoterapia	Abordagem sistêmica
Neurobiologia	Behaviorismo	Sobrevivência
Neurofisiologia	Psicometria	Transgressão
Toxicologia	Psiquiatria forense	Sociedade
Toxicologia forense	Terapia individual	Meio

Não causa surpresa que este modelo fosse também adaptado ao estudo do abuso de drogas. No Quadro 1.1 estão assinalados, na coluna do paradigma experimental, os diversos campos que se aplicariam ao modelo, na tentativa de estabelecer um nexo causal. Fica válido o axioma: presente a causa (droga), presente o efeito (dependência).

Não surpreende também que a maioria das campanhas antidroga reforcem sistematicamente a mensagem de “dizer não às drogas” ratificando a associação entre um contato imediato e o surgimento de um quadro de abuso com dependência que, conforme observado anteriormente, ratificaria o determinismo farmacológico. As drogas funcionariam, tal e qual no modelo Pasteuriano, como ponto de passagem obrigatório (GADELHA, 1996), substituindo o germe como o agente etiológico da doença.

O modelo clínico

A experiência do clínico, no acompanhamento de indivíduos (pacientes) com graves problemas relacionados ao abuso de drogas, ainda é calcada no poder farmacológico da substância. O que torna muito clara esta conclusão é o fato concreto de que várias abordagens terapêuticas tentam estabelecer, no tratamento, a abstinência completa como objetivo principal a ser alcançado, em curto prazo, e a sua manutenção, no longo curso. Esta, a exemplo do paradigma experimental, tornou-se ponto de passagem obrigatório de um modelo, no qual o abuso de drogas é considerado uma 'doença biopsicosocial' (MILHORN, 1994).

O modelo clínico pretende estabelecer uma hierarquia de causalidades, baseada em sinais e sintomas. Estes sinais e sintomas, referidos na maioria das vezes aos quadros mais graves, têm por parte daqueles menos familiarizados com a questão, uma interpretação silogística que tende a não diferenciar os vários tipos de usuários. Esta generalização cai num reducionismo perigoso ao igualar, por exemplo, o usuário recreacional ao drogadicto em tratamento (WEREBE, 1981; MORGADO, 1983, 1985; WINDLE, 1996).

Em termos de saúde pública, os usuários recreacionais possuem dimensão muito mais representativa do que os indivíduos internados, ou em tratamento ambulatorial. Neste sentido, a tentativa de transpor o universo micro do consultório/enfermaria para o universo macro, mais uma vez espelha-se no modelo experimental. O chamado uso sem dependência inclui a maioria da população adulta e teria, a meu ver, maior importância epidemiológica.

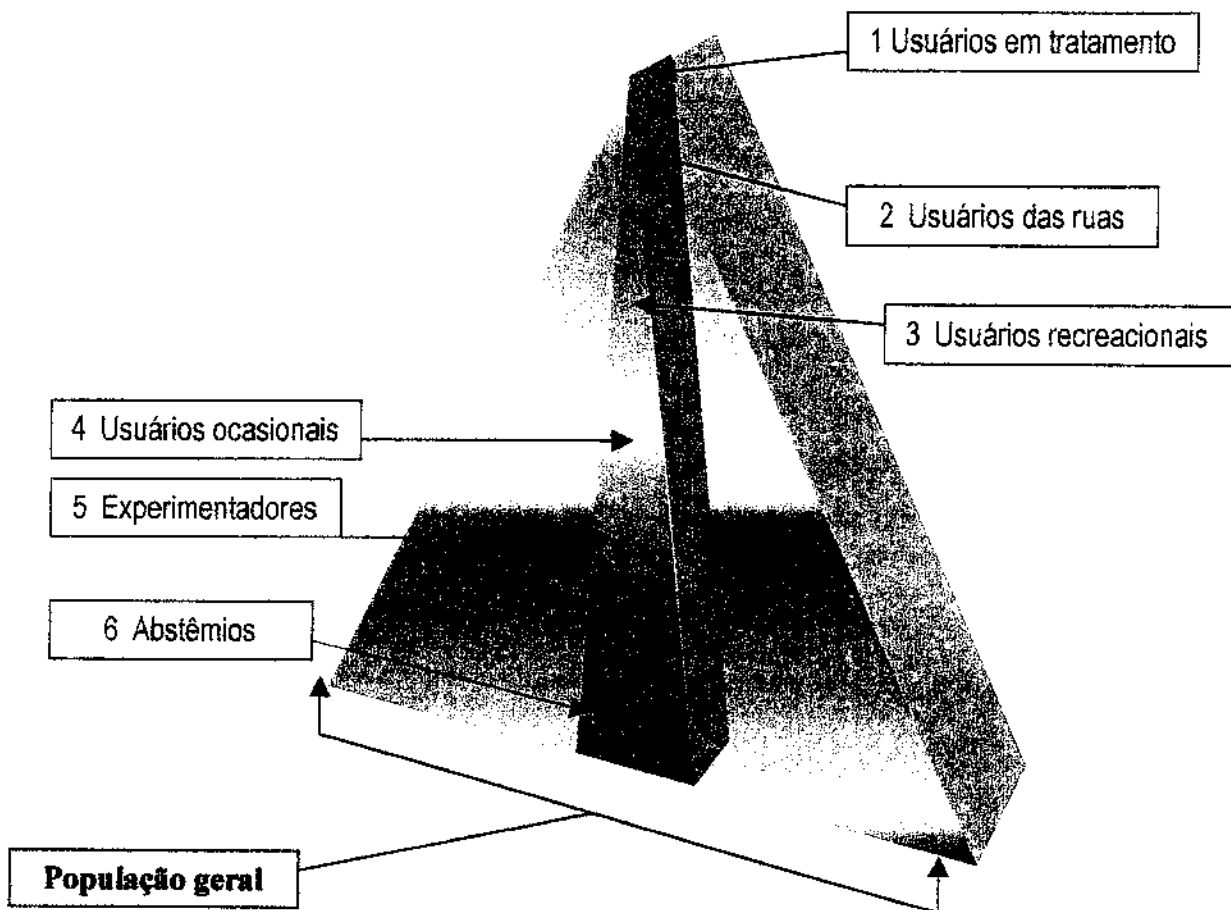


Figura 1.1. Diagrama representando a população geral e os diferentes tipos de usuário de substâncias psicoativas num corte seccional

Outra tendência criticável é a utilização de conceitos oriundos das diversas correntes da psicologia e da psicanálise. Muitos autores focalizam instâncias tais como ‘fraqueza do ego’, ‘superego insuficiente’ e ‘inadequada identificação masculina,’ sugerindo a noção de predisposição psicológica ao uso indevido de drogas (CLIMENT, 1989).

O modelo estrutural

O paradigma estrutural aproxima-se de um modelo sociomédico, aplicado à Saúde Pública, ao levar em consideração uma abordagem sistêmica, tendo em vista a importância das variáveis de natureza social, na gênese e manutenção do uso indevido de substâncias psicoativas. O estudo de fatores demográficos pode trazer dados muito mais elucidativos sobre o indivíduo e a comunidade que o cerca, do que a mera relação entre a droga e seu efeito.

A marcante influência do meio também torna desigual as tentativas de resolução do problema. Se acompanharmos, por exemplo, a situação de dois jovens de classes sociais distintas, um, proveniente da favela (mocambo, cortiço, COHAB ou qualquer outro tipo de habitação popular) e um outro, de classe média afluyente, podemos perceber que há necessidade de um modelo sistêmico para a solução dos problemas individuais. Para cada um deles o uso e, principalmente, o uso indevido de drogas têm significados bastante distintos.

Para um jovem nascido na favela, ou sem-teto, a sobrevivência estará muitas vezes ligada a um comportamento agressivo, cuja tônica gira em torno de uma série de outros comportamentos de risco (usar ou vender drogas, ter parceria sexual múltipla, praticar furtos, roubos, etc.). Ao manter um rótulo de forte e destemido ele garantiria uma certa imunidade perante o grupo.

No caso do jovem de classe média, o comportamento de usar drogas, por exemplo, tem conotação ainda identificada por muitos como uma transgressão. Na verdade esta transgressão pode encobrir uma tentativa de mostrar liderança, vanguardismo ou, conforme estudado por Parker (PARKER, 1998), um comportamento menos arriscado do que enfrentar as grandes decisões da vida adulta, num ambiente confortável, onde efetivamente há espaço para divagações.

A abordagem destes dois casos teria que levar em consideração tais especificidades. A reabilitação de um jovem proveniente da favela deve incluir uma retomada dos estudos, alfabetização, cursos profissionalizantes, ou seja, um resgate da cidadania para uma mudança social mais ampla.

Esta sugestão leva em conta uma polêmica que surge sempre quando se discute o que fazer com o usuário dependente, logo após o tratamento (a exemplo dos egressos do sistema carcerário). O questionamento que imediatamente se apresenta é: como reintegrar alguém que na verdade nunca fez parte da sociedade?

Para o jovem de classe média, o apoio institucional ou familiar e uma abordagem psicoterápica podem ser mais apropriados. Sua possibilidade de integração à sociedade já estava garantida pela estratificação social, tornando-se ele um caso verdadeiro de reintegração, identificada com as suas origens.

Esta maneira de conduzir o diagnóstico de situação estaria muito mais próxima aos desafios enfrentados pela Epidemiologia, na sua busca por novos modelos. Substituiu-se a noção de causa e efeito pela noção de fator de risco, que representa na verdade uma probabilidade: quanto maior a exposição ao fator, maior o efeito. Esta transição, contudo, ao incorporar vários fatores de risco, como no caso das doenças crônico-degenerativas, complicou ainda mais a noção de causalidade, para a Epidemiologia (GOLDBERG, 1994) e suas aplicações sobre o estudo do fenômeno abuso de drogas (KOZEL & ADAMS, 1986).

Esbarramos ainda na conotação preventivista que caracteriza o discurso biomédico fundamentado, neste caso, num uso inapropriado do modelo epidemiológico/experimental das doenças infecciosas. Se ampliarmos o foco, como numa grande lente objetiva angular, tal paradigma, cuja adaptação a uma estrutura diversa esvazia-o de seu valor científico, vem servindo de sustentáculo a uma série de desdobramentos de cunho político, conforme exposto por MORGADO, 1985:

“ a lógica empregada pelos países que têm algum consumo de drogas é a mesma do Regulamento Sanitário Internacional ...e verifica-se que as categorias de reservatório do agente, rotas e vetor, são perfeitamente identificáveis nessas políticas.”

Sem dúvida a categoria ‘rota natural de tráfico’, que substitui a categoria ‘reservatório do agente’, tem sido sistematicamente aplicada ao Brasil e a outros países da América Latina, pelas nações do chamado primeiro mundo. Devemos levar em

consideração, nos termos atuais da geopolítica internacional, a possibilidade que países como a Bolívia e a Colômbia, conhecidamente grandes produtores de folhas de coca e cocaína (MUSTO, 1998), estejam à mercê de sanções várias ou até mesmo uma invasão militar (ARBEX, 1993). Tais ações seriam justificadas e possivelmente aceitas pela comunidade mundial, com a desculpa de erradicar, na origem, o ‘flagelo das drogas’.

Quaisquer medidas neste sentido seriam desastrosas e por que não dizer arrogantes, pois são marcadas, antes de qualquer comentário, por um profundo desrespeito aos povos Andinos, para os quais a folha de coca (não a cocaína!) faz parte de sua cultura milenar.

As origens: o nascimento da indústria das drogas

Podemos com alguma segurança dizer que, historicamente, a disseminação do uso de determinadas substâncias e por sua vez a transformação deste uso em abuso, estão intimamente ligadas ao estabelecimento da produção industrial de medicamentos e outras panacéias, no século XIX. Entre 1870 e 1933 dez países europeus mantinham fábricas que produziam opiáceos e cocaína em larga escala (OGD, 1996).

A descoberta da codeína, em 1831 e a síntese da diacetilmorfina, em 1874, vieram como resultado dos esforços empreendidos pelos químicos e farmacêuticos de então, que já buscavam um substituto eficaz para a morfina. Esta última foi descoberta e batizada em 1805 por Sertuner a partir dos estudos de Louis-Charles Derosne, farmacêutico parisiense, que isolou um “mélange” de alcalóides de ópio em 1803 (OGD, 1996; SCLAR, 1996). Em 1830, graças à invenção da seringa hipodérmica por Charles-Gabriel Pravaz a morfina teve seu uso generalizado e no período 1854-1855 foi largamente utilizada nos soldados combatentes na Guerra da Criméia.

Na Guerra Civil Americana (1861-1865), a utilização de morfina deixou um número estimado em 45.000 dependentes da droga, fato que ganhou, no meio do povo, o título de ‘doença dos soldados’.

O interesse em controlar a administração da morfina tinha propósitos definidos e envolvia não apenas a até agora insuperável capacidade analgésica dos opiáceos, mas também o seu efeito sedativo sobre o sistema respiratório, numa época em que a tuberculose e os processos pneumônicos figuravam entre as principais causas de mortalidade (ESCOHOTADO, 1994).

Posteriormente, o farmacologista Heinrich Dreser relatou para Friedrich Bayer & Cia., de Elberfeld, Alemanha, uma série de experimentos que ele havia conduzido com a diacetilmorfina, sintetizada na Inglaterra em 1874. Registrou então que a droga era altamente eficaz no tratamento da tosse e de outros desconfortos provocados pelas doenças pulmonares. Tais pareceres favoráveis incentivaram o laboratório Bayer a produzir e comercializar, a partir de 1898, a diacetilmorfina com o nome de heroína, assim batizada a partir do termo germânico "heroich", que significa heróico, poderoso. Logo se observou que a heroína não era diferente da morfina como causadora de dependência.

Em 1884, a cocaína pura, descoberta em 1854, já estava disponível para comercialização. Um ano após a sua introdução no mercado, a cocaína era vendida pelo laboratório Parke-Davis sob nada menos de 15 diferentes formas, incluindo cigarros, injetável e para ser aspirada. Além do Parke-Davis, outras companhias ofereciam "kits" sofisticados de cocaína que incluíam até seringas hipodérmicas.

A empresa orgulhosamente anunciava seu produto apregoando que ele:

"... substitui a comida, torna o fraco corajoso, o silencioso loquaz e torna a dor suportável." (MUSTO, 1991.)

No final do século XIX, Ângelo Mariani, natural da Córsega, após importar toneladas de folha de coca do Peru, produziu um extrato que misturado ao vinho comum gerou o 'Vinho de Coca Mariani'. Esta bebida tornou-se um sucesso imediato, com a sua publicidade apregoando que o produto libertava o corpo do cansaço, elevando o espírito, criando uma sensação de bem estar. A fama trazida pelo seu vinho levou Mariani a ser condecorado pelo Papa Leão XII, um reconhecido adepto da bebida. Do outro lado do Oceano, John Pemberton, de Atlanta, Geórgia, comerciante de uma série de panacéias para

males do fígado e problemas respiratórios, observando o sucesso do vinho Mariani, desenvolveu, em 1885, um novo produto ao qual denominou "Vinho Francês de Coca - o estimulante e tônico dos nervos", conforme "slogan" próprio.

Pouco tempo depois, Pemberton modificou a formulação do seu produto, transformando-o numa bebida "soft" que foi rebatizada como *Coca-Cola*[®]. Até 1903 a Coca-Cola era basicamente vinho de coca. Hoje, a fórmula secreta da Coca-Cola ainda inclui essências aromáticas extraídas da folha de coca previamente descocainada. Segundo o Observatório Geopolítico das Drogas, instituição europeia, a empresa de produtos químicos Stepan Co., de Maywood, Nova Jersey, importa anualmente 170 toneladas de folhas de coca do Peru e da Bolívia. Elas são utilizadas para a fabricação de cocaína utilizada como anestésico local. A partir daí, o Observatório deixa subentendido que, as folhas, 'sem' o alcalóide cocaína, emprestariam à Coca-Cola seu sabor característico (OGD, 1996).

As drogas e a Lei

No início do século XX, os Estados Unidos começaram a liderar uma campanha para o controle internacional de narcóticos e estupefacientes, numa tentativa de impor limites à comercialização e ao uso desenfreado desses produtos. Em 1909, o presidente Theodore Roosevelt propõe uma conferência internacional para instituir medidas sobre o controle da comercialização do ópio, que se realiza em Shangai. Seguem-se outras conferências em Haia (1912) e Genebra (1925), organizada pela Liga das Nações. Entre 1931 e 1953, foram realizadas seis outras convenções. Em 1961, estabelece-se uma convenção, organizada pela ONU, que passa a ditar as normas jurídicas internacionais atualmente em vigor e no final da década de 80, em plena era de 'guerra às drogas', a convenção de Viena estabelece acordos de cooperação internacionais para controlar os precursores e produtos químicos essenciais à produção de drogas, repressão em águas internacionais e controle da lavagem de dinheiro pelo narcotráfico (OGD, 1996).

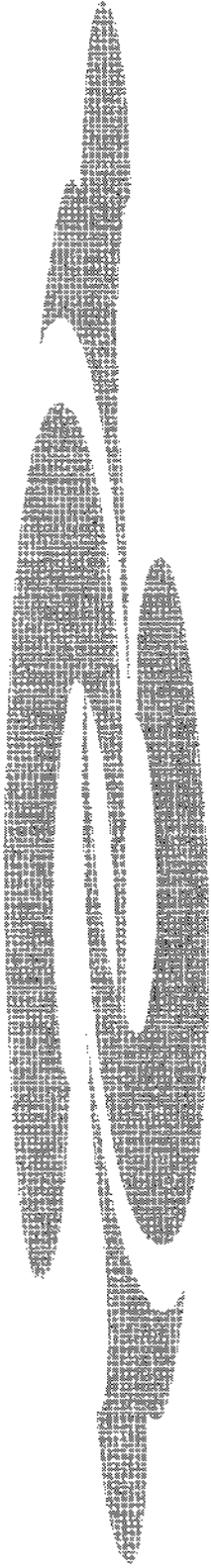
Paralelamente, surgiram nos Estados Unidos o "Harrison Act" (1914), que proibia a comercialização indiscriminada de opiáceos, cocaína e seus derivados e a chamada 'Lei Seca' de 1918, uma emenda constitucional que vigorou até 1933. A emenda

proibia por completo a produção, comercialização e consumo de bebidas alcoólicas nos EUA. Como consequência, surgiram os sindicatos do crime organizado, resultando num aumento notável da criminalidade e corrupção na polícia e no judiciário. O pragmatismo da sociedade americana concluiu então que o mal causado pela "Prohibition" era muito pior do que aquilo que a medida propunha controlar. A emenda foi cassada em 1933, um duro golpe no movimento de Temperança mostrando, de maneira dramática, a irreabilidade de uma sociedade totalmente abstêmia.

No Brasil, a campanha antidrogas se institucionaliza a partir de 1921, com a edição do Decreto-Lei 4294. Este decreto permitiu a criação de delegacias especializadas na busca, identificação, captura, encarceramento de traficantes e toxicômanos. Todavia, com a criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), em 1936, é que se inaugura uma nova fase na repressão aos entorpecentes. Reunindo representantes do Ministério Público, Forças Armadas, autoridades sanitárias e policiais, a CNFE institucionalizou a luta contra as toxicomanias, iniciada pelos higienistas do final do século XIX. A partir das atividades da CNFE resultou o projeto para a edição do Decreto-Lei 891 de 1938, que inscrevia a relação de substâncias consideradas entorpecentes e os dispositivos sobre a internação compulsória e a interdição civil dos toxicômanos (ADIALA, 1986).

Em 1940 entra em vigor um novo Código Penal (vigente até os dias atuais) e o comércio de entorpecentes passa a ser regulado pelo artigo 281, que vigorou até meados dos anos 60.

No momento, a legislação que rege a questão das drogas é a Lei 6368 de 1976. Tramitam atualmente, no Congresso Nacional, alguns projetos propondo modificações, principalmente nos artigos 12 e 16 da Lei 6368, pois estes impedem uma interpretação clara e inequívoca sobre quem é traficante ou usuário. As penas para este último são consideradas excessivamente pesadas. Além disto colocam na ilegalidade os programas de 'redução de danos provocados pelas drogas.' Tais programas têm na atividade de troca de seringas, seu eixo principal de atuação, com o propósito de prevenir a disseminação do vírus HIV entre os usuários de droga que utilizam a via injetável.



2. JUSTIFICATIVA

“É antes do ópio que minh'alma é doente.

Sentir a vida convalesce e estiola

E eu vou buscar ao ópio que consola

Um Oriente ao oriente do Oriente.”

Álvaro de Campos²

A partir do momento que a Medicina e a Ciência começam a trazer soluções para os problemas de saúde, como o câncer e outras patologias crônico-degenerativas, o uso nocivo de substâncias psicoativas e as doenças mentais aumentarão a sua incidência (DESJARLAIS, 1995). Nestas, o tratamento tende a permanecer sem grandes avanços em termos de reabilitação e re-inserção social das pessoas atingidas.

Existe ainda um outro agravante: os médicos, ou outros profissionais que prestam cuidados primários em saúde, costumam não diagnosticar de 50 a 90% dos pacientes ambulatoriais que abusam do álcool ou de outras drogas (SAITZ, 1997; KRAMER & GARRALDA, 1998). Devido à elevada morbi-mortalidade, associada ao uso nocivo de substâncias psicoativas, é importante se investigar a prevalência deste comportamento na clientela. Esta investigação é relativamente simples, não requer instrumentos ou treinamento sofisticados e demanda pouco tempo (BLONDELL, 1993).

A dificuldade desses profissionais de saúde é uma falha na sua formação, um problema que deveria ser tratado desde a graduação. Todavia, as medidas no sentido de enfrentar o problema ainda são incipientes (WALLER & CASEY, 1990). A Organização Mundial da Saúde já preconiza a inclusão de matérias, que abordem diretamente os problemas causados por abuso de álcool e outras drogas, no currículo das escolas médicas (PSA, 1996).

² Heterônimo de Fernando Pessoa, (1888-1935). Fragmento de 'Opiário'

2.1. DROGAS E OS PROBLEMAS DO SÉCULO XXI

A natureza dinâmica do fenômeno uso indevido de drogas, sua origem multifacetada e a complexa combinação de circunstâncias biológicas, sociais e comportamentais que expõem algumas pessoas ao risco de abusar dessas substâncias, fazem com que o prognóstico das tendências individuais seja uma tarefa extremamente difícil. Desta forma, cada vez mais há necessidade de realizar estudos populacionais, em que o consumo de substâncias psicoativas possa ser mais bem visualizado, levando-se em consideração o indivíduo e seu meio sociocultural (DES JARLAIS, 1995b; RAY & KSIR, 1999).

Não parece haver dúvidas entre os pesquisadores de que, na maioria dos países ocidentais, o maior consumo de substâncias psicoativas ocorre por conta daquelas cujo acesso é lícito: o álcool, o cigarro de tabaco, os ansiolíticos/tranquilizantes e a cafeína. Este consumo é maior, tanto nas frequências ao longo da vida (ALV), quanto no consumo nos últimos trinta dias (UTD). Em seguida, vêm as drogas ilícitas: inalantes, maconha, cocaína e alucinógenos e, em menor escala, outras substâncias do receituário médico, usadas de forma ilícita (xaropes, anfetaminas, moderadores de apetite, anticolinérgicos centrais e opiáceos).

Os dois grandes eixos, desvio de personalidade (transgressão) e a contracultura, que serviam para explicar a gênese do consumo de drogas dos anos 50 aos 80, estão longe de serem aceitos hoje. Assistimos, atualmente, a um uso 'recreacional' generalizado e que não mais atinge minorias e sim a vasta maioria dos adolescentes e adultos jovens, independentemente de sexo e estrato socioeconômico. As drogas parecem, no pensamento de muitos adolescentes, oferecer menor risco do que o processo de crescimento em direção à maturidade, no sentido psíquico e social.

Cada vez mais, observa-se uma espécie de prolongamento proposital da adolescência, marcado por passagens mais longas, vivendo sob os cuidados dos pais e da sociedade, esta última representada principalmente pela escola. São tantas as incertezas quanto ao futuro (curso universitário, emprego, casamento, família, filhos) que, neste contexto, a decisão de usar drogas é muito menos dramática. Tem sido papel dos adultos, que não estão entendendo o drama, criar o pânico moral a que assistimos (PARKER, 1998).

Tudo se transforma em mais um processo decisório, dentre tantos outros que devem ser feitos pelos jovens, tais como fumar cigarro de tabaco (que traz grandes riscos à saúde), ou a prática dos chamados esportes radicais.

Não assumir riscos é, paradoxalmente, mais arriscado. Neste contexto experimentar, brincar ou tergiversar com drogas leves em ambientes de lazer (ex. usar êxtase na discoteca) é muito mais fácil e aceito pelo indivíduo e seu grupo.

Todavia, isto não torna o uso de drogas ilícitas seguro, ético ou legal. Por outro lado, a decisão, que passa a ser absolutamente racional, sobre consumir ou não substâncias psicoativas reside no âmago da tese de normalização do consumo recreacional. Não há mais jovens 'caretas' ou 'doidões'. A normalização do uso recreacional virou regra e é consistente com esta teorização (PARKER, 1998).

Há sinais evidentes de que o abuso de substâncias psicoativas provoca graves fissuras no tecido social. Não se pode esquecer que o álcool e o cigarro de tabaco são drogas e não devem ser subestimados. A síndrome de dependência ao álcool contribui diretamente para um percentual considerável das internações psiquiátricas. No Brasil, estas são em número muito maior do que as internações por abuso de outras drogas psicotrópicas, numa razão de 1/15, sendo que a razão cocaína-álcool pode chegar 1/78 (CARLINI, 1995). Além disto, é sabido de longa data que o uso e abuso de álcool e tabaco contribuem, de forma muito mais significativa, para a mortalidade geral (ROSEN, 1994; BARTECCHI, 1995; GIOVINO, 1995; CHAIEB & CASTELLARIN, 1998).

O uso indevido de bebidas alcoólicas também contribui para as mortes violentas na categoria das 'causas externas' que, desde os anos 80, é a principal categoria de óbitos na faixa etária de 15 a 19 anos no Brasil (SOUZA, 1994; IBGE, 1997). Da mesma forma, os registros de outros tipos de violência, envolvendo acidentes de veículos automotivos e agressões físicas, sem óbitos, mas com lesões corporais que necessitaram atendimento médico-hospitalar, mostram que uma em cada três ocorrências envolveu o uso de algum tipo de droga, principalmente bebidas alcoólicas (MINAYO & DESLANDES, 1998; MARÍN & QUEIROZ, 2000). Nos Estados Unidos, há estudos identificando associação entre o uso de álcool e 40 a 50% dos acidentes de trânsito ocorridos no início dos anos 90 (McGINNIS & FOEGE, 1993).

Assistimos diariamente pela mídia a uma tentativa de mostrar que o chamado narcotráfico desenvolveu um estado paralelo, fortemente armado e com ligações na alta cúpula da polícia e do judiciário, em vários países latino-americanos. Esta mesma mídia proporciona uma ampla cobertura sobre o assunto ‘drogas,’ meio que chamando a si a tarefa de comprovar a existência deste Estado paralelo (ARBEX, 1993).

No período de 1/1/94 a 31/12/98 o jornal “Folha de S. Paulo” publicou 1151 artigos envolvendo o assunto drogas. Destes, a maioria era sobre drogas ilícitas sendo 179 enfocando principalmente a maconha. No mesmo período, para termos uma comparação, 94 foram sobre álcool e alcoolismo e 120 sobre tabagismo (FOLHA DE S. PAULO, 1999).

O tráfico de drogas é uma atividade comercial ilegal e que envolve uma disputa acirrada pelos pontos de venda. Além disto, o tráfico tem sua auto-regulamentação, a partir de uma ‘legislação’ própria, substituindo qualquer poder estabelecido, na organização de suas relações com a clientela de prestadores de serviço, fornecedores e consumidores. Este *status quo* é que contribui, de maneira significativa, para o aumento no número de mortes violentas (homicídios) em indivíduos do sexo masculino na faixa etária entre 15 e 29 anos, em várias capitais do Brasil (MINAYO & DESLANDES, 1998; BARATA & RIBEIRO, 2000).

Entretanto não parece haver grandes novidades. Em 1961 foi publicado, possivelmente, o primeiro trabalho em literatura internacional sobre a questão do tráfico de cocaína e do abuso de drogas no Brasil em geral (PARREIRAS, 1961). O Dr. Décio Parreiras era, à época, Presidente da Comissão Nacional de Controle de Narcóticos. Seu artigo descreve o tráfico de cocaína entre o Brasil e o Peru e a apreensão de cerca de 4 kg em 1958 e de cerca de 8 kg em 1959 em todo o território nacional. Dentre as pessoas envolvidas, já havia, por exemplo, 2 membros (*sic*) da Aeronáutica, sem menção de patentes. As rotas, por onde a droga é introduzida no país, são, coincidentemente ou não, as mesmas conhecidas até hoje. Todavia, as quantidades apreendidas é que cresceram exponencialmente. O que recolhem, atualmente, as polícias estaduais e federal é medido em toneladas. No ano de 1993, por exemplo, foram apreendidas pela Polícia Federal Brasileira 7 (sete) toneladas de cloridrato de cocaína (CARLINI, 1995).

Pela lógica, o consumo de álcool é que antecede e muitas vezes funciona como um fator predisponente ao consumo de outras drogas de abuso, principalmente, as ilícitas. É consenso também que, ao interferir nos mecanismos de censura interna, o álcool assim como outras drogas, dificultariam a manutenção do comportamento preventivo em relação à Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (CHITWOOD & COMERFORD, 1990; MANN, 1993; HEFFERNAN, 1996; CASTILLA, 1999).

Na educação, é crescente a preocupação dos professores e educadores com o surgimento de alunos com problemas devido ao abuso de drogas, ainda no primeiro grau (VIZZOLTO, 1987; BUCHER, 1992).

Nas empresas, principalmente aquelas com grande número de funcionários, há uma preocupação em identificar possíveis casos de uso/abuso de drogas. Muitas delas têm instalado programas de prevenção e também de reabilitação para tratar funcionários, nos quais o problema foi detectado. Estas empresas começaram a perceber que sua produção é bastante prejudicada pelo absenteísmo ou pelos acidentes de trabalho, em cujas causas subjacentes encontra-se, inúmeras vezes, o abuso de drogas ilícitas, tranqüilizantes e álcool.

A experiência tem mostrado que, devido a sua alta prevalência na população geral, a probabilidade de contratar outros indivíduos, com problemas de uso indevido de álcool e/ou outras drogas, é igualmente elevada. Daí, a melhor estratégia é tratar o funcionário com problemas do que simplesmente trocá-lo por outro. Dados mostram que, no Brasil, as perdas no PIB, devido aos problemas relacionados ao alcoolismo, podem chegar a 5% (POSSAS, 1989; LIMA, 1998) e alguns apontam que estas perdas anuais são da ordem de 19 bilhões de Reais (DIMENSTEIN, 1999).

Nos Estados Unidos, as perdas econômicas provocadas pelo uso e/ou abuso de álcool, tabaco e outras drogas atinge a cifra de 125 bilhões de dólares, ou cerca de 2 % do PIB Americano (PSA, 1996).

Há necessidade de se realizar estudos periódicos, com a finalidade de melhor evidenciar a importância de determinadas variáveis (sociodemográficas, comportamentais) na gênese do consumo de drogas em geral e se há variações importantes neste consumo, ao

longo do tempo. Além disso, identificar os grupos com maior incidência deste comportamento de risco e conhecer o perfil de usuários de substâncias psicoativas deve fazer parte de qualquer estratégia de saúde pública em qualquer nível de organização.

2.2. POR QUE ESTUDANTES?

Quando se trata do abuso ou mesmo do uso esporádico de substâncias ilícitas, há uma evidente dificuldade na elaboração de amostras probabilísticas, devido à delicada questão ética que envolve a abordagem dos possíveis entrevistados. É fácil imaginar o grau de constrangimento a ser provocado por quaisquer modalidades de pesquisas envolvendo hábitos que são proscritos do ponto de vista social e jurídico. Portanto, a escolha de alguns grupos cujo acesso, a priori, pode ser facilitado, faz com que determinados tipos de população (ex. estudantes e presidiários) tenham recebido mais atenção dos pesquisadores na área de abuso de substâncias psicoativas.

As informações obtidas, a partir de pesquisas já realizadas, corroboram a idéia de que as faixas etárias englobando adolescentes e adultos jovens são consideradas de maior risco no tocante à iniciação e ao abuso de drogas. O uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas está entre os mais importantes problemas de saúde no mundo atual e tem sua gênese na adolescência. (ADLER, 1973; COSTA, 1979; BENSON, 1984; KANDEL, 1984; CLIMENT, 1989; MURRELLE, 1990; JOHNSON, 1992; BARTECHI, 1995; CHEN, 1995; GLANTZ, 1996; LOWRY, 1996; IVANOVIC, 1997; CLARK, 1998; BAUMAN, 1999; GFROERER, 1999; 1999; SWADI, 1999; FUENTEALBA, 2000).

Os efeitos deletérios, a longo prazo, sobre a saúde do indivíduo têm sido relativamente bem documentados, todavia os efeitos a curto prazo, entre os adolescentes, são importantes e incluem: morte por causas externas (acidentes, homicídios e suicídio), gravidez indesejável, DST e problemas de saúde mental (MENSCH & KANDEL, 1992; MERCHÁN-HAMANN, 1995; PAIVA, 1996; KRAMER & GARRALDA, 1998; MINAYO & DESLANDES, 1998; GFROERER & EPSTEIN, 1999).

Há uma necessidade imperiosa de todos os países avaliarem as taxas populacionais de uso de tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes. Além disto, o monitoramento das tendências, ao longo do tempo, pode refletir os efeitos das atividades e dos programas voltados para a prevenção ao uso indevido de drogas nesta população (STEINER & GEST, 1996; WHITE & PITTS, 1998; BAUMAN & PHONGSAVAN, 1999).

De uma maneira geral os resultados sugerem que tem havido aumento nas taxas de consumo de todas as substâncias psicoativas, desde o início dos anos 90, na maioria dos países desenvolvidos. Tais dados referem-se aos estudos realizados em amostras de estudantes, sugerindo que o problema ainda permanece sem solução.

As intervenções criadas para reduzir ou prevenir o uso de substâncias têm mostrado resultados muito variados. Aquelas que procuram focalizar o adolescente, em seu meio social, apresentam os resultados mais promissores (BAUMAN & ENNETT, 1999).

2.3. USO INDEVIDO DE DROGAS: ESTADO DA ARTE

Para avaliação geral do impacto do uso e/ou abuso de substâncias psicoativas numa determinada população, nada melhor que proceder a uma comparação dos estudos de prevalência porventura existentes. Até bem pouco tempo, os dados referentes aos chamados países emergentes, como o Brasil, eram descontínuos, escassos ou pouco consistentes em sua metodologia, o que impedia em parte as comparações (ALMEIDA-FILHO, 1991).

É igualmente importante comparar, sempre que possível, as prevalências obtidas em estudos semelhantes, realizados noutras áreas geográficas, tanto no nível nacional quanto internacional. Malgrado o viés passível de ocorrer, quando se comparam dados obtidos a partir de instrumentos de pesquisa, técnicas e períodos heterogêneos, tal tipo de comparação é das mais importantes, visto que ela pode lançar alguma luz sobre a imprecisão provocada pela carência de dados colhidos sistematicamente.

Em 1962 foi realizado um censo em 187 clínicas e hospitais das principais regiões do país, cobrindo uma população de cerca de 225 mil indivíduos internados por qualquer causa. A prevalência, dos que foram considerados dependentes de algum tipo de droga, foi de 4,4% (9.992). O álcool representava à época 96% das internações nesta categoria, seguido pelos barbitúricos, (2,0%), tranqüilizantes (1,5%) e maconha (1,1%) (PARREIRAS, 1965). Embora a metodologia seja incipiente, os dados têm um valor histórico importante por serem talvez os primeiros dados brasileiros publicados em literatura internacional.

Um dos primeiros inquéritos sobre uso/abuso de drogas entre estudantes no Brasil foi realizado por Zanini em 1974 (ZANINI, 1978). Foram entrevistados 1894 universitários da cidade de São Paulo. Seus resultados mostraram que 9 a 22% dos estudantes avaliados usaram drogas do receituário médico sem prescrição e que 2 a 10% já haviam experimentado drogas ilícitas, sendo a maconha a principal delas.

Em 1978, Costa e colaboradores (COSTA, 1979) realizaram um amplo inquérito entre 5616 estudantes de primeiro e segundo grau, matriculados na rede pública e privada, da cidade de São Paulo. Morgado reavaliou este estudo, a partir do estrato etário 14-25 anos. A proporção de uso ALV foi baixa. Outro dado interessante é que o uso de drogas lícitas (tranqüilizantes) foi superior ao de drogas ilícitas, 5% e 1,9% respectivamente. Tais achados foram similares ao estudo realizado em universitários (MORGADO, 1983).

Num estudo mais recente, realizado em 1989, numa outra amostra de 1069 estudantes universitários, do Estado de São Paulo, as prevalências ALV registradas foram: álcool, 82%; tabaco, 39%; inalantes, 28%; maconha, 26%; tranqüilizantes e estimulantes, 17% e cocaína, 10% (SILVA, 1994).

Desde 1987 a situação vem se modificando a partir dos inquéritos desenvolvidos pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) que nos últimos dez anos vem trazendo uma luz sobre a situação de uso de drogas em populações de estudantes em dez capitais brasileiras (CARLINI-COTRIM 1991; GALDURÓZ, 1994). Alguns resultados dos estudos realizados em 1987, 1988, 1993 e

1997 estão sintetizados no Quadro 2.1. Pode-se observar, a partir dos estudos do CEBRID, que o consumo de maconha e cocaína, entre os estudantes brasileiros, vem tendo um aumento importante ao longo dos últimos anos.

Quadro 2.1. Prevalência de consumo (uso na vida) de várias substâncias psicoativas em amostras de estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras (1987-1989-1993-1997)*

Substâncias	1987	1989	1993	1997
Solventes	14,7	17,3	15,4	13,8
Ansiolíticos	5,9	7,2	5,3	5,8
Anfetamínicos	2,8	3,9	3,1	4,4
Maconha	2,8	3,4	4,5	7,6
Cocaína	0,5	0,7	1,2	2,0
Barbitúricos	1,6	2,1	1,3	1,2
Xaropes	1,3	1,5	1,3	1,0

* Adaptado de GALDURÓZ, 1994, 1997.

Os trabalhos comentados a seguir trazem uma visão panorâmica da prevalência de consumo de algumas substâncias nos estados da região Sul e Sudeste do Brasil. Importante salientar o estudo feito em população de estudantes de Medicina e crianças de rua, este último com uma amostragem que abrange as principais áreas metropolitanas do país.

Uma pesquisa envolvendo mais de 700 estudantes de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) evidenciou um elevado consumo de 'lança-perfume' com uma associação entre o uso de lança e maconha (OR=5,6; $p<0,01$) (MESQUITA, 1998).

Num estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, 1277 adultos (55,5% mulheres), com mediana de idade em torno dos 41 anos, foram entrevistados para avaliar o grau de consumo de moderadores de apetite à base de anfetamínicos. A prevalência encontrada foi de 1,3% (15 mulheres e um homem), sendo que 38 indivíduos (10,8% da amostra) havia feito uso de tranqüilizantes, em sua maioria benzodiazepínicos, nas duas semanas que antecederam a entrevista. A maioria dos entrevistados referiu ter obtido a medicação por meio de receita médica, como coadjuvante de dieta para emagrecer. A prescrição incluía um conjunto de no mínimo mais quatro substâncias (benzodiazepínicos, diuréticos, vitaminas e tiroxina). O tempo médio de uso destas ‘fórmulas’ foi de 8,7 meses. O estudo aponta o risco de uso prolongado destas medicações e as falhas tanto no acompanhamento destes usuários, quanto no controle da prescrição e fiscalização da venda (LIMA, M., 1998).

Uma amostra de 565 meninos e meninas de rua provenientes das cidades de São Paulo (138), Rio de Janeiro (110), Recife (124), Fortaleza (98) e Porto Alegre (95) foi pesquisada em 1993. As principais drogas de abuso mencionadas (ALV) foram os solventes (67,6%), a maconha (53,1%) e a cocaína e derivados (21,2%), sendo o consumo de “crack” mais prevalente em São Paulo (NOTO, 1997, 1998).

Com relação ao surgimento e à expansão do uso do “crack”, principalmente na cidade de São Paulo, os estudos mostram que o fenômeno parece ter surgido numa tentativa de modificação comportamental dos usuários de cocaína injetável. Como esta cultura de uso é comum nas grandes cidades do sudeste do Brasil, o crack pareceu ter surgido como uma alternativa enganosamente mais segura para evitar a contaminação por agulhas e seringas, numa época de plena expansão da epidemia de HIV/Aids. As proporções de relato de uso de crack em pacientes atendidos em centros de tratamento, na cidade de São Paulo, aumentaram de 17% em 1990 para 64% em 1993 (NAPPO, 1996).

Outros estudos conduzidos no Brasil, além daqueles realizados pelo CEBRID, têm sido publicados recentemente (MUZA, 1997a, 1997b; SOUZA & MARTINS, 1998). Estes estudos utilizaram metodologia e instrumento que permitem comparação com os dados obtidos no inquérito realizado para esta tese e serão alvo de avaliação mais detalhada, nos capítulos destinados a Resultados e Discussão, juntamente com o último estudo realizado pelo CEBRID, em 1997.

2.4. USO INJETÁVEL DE DROGAS E A DISSEMINAÇÃO DO HIV/AIDS

Um outro aspecto importante, intimamente ligado à questão do uso nocivo de drogas, vem chamando a atenção dos profissionais de saúde pública e dos pesquisadores na área da saúde em geral: o número de casos notificados de Aids tem mantido um coeficiente de incidência com tendência crescente na categoria uso de drogas por via injetável no Brasil (PARKER, 1994; MESQUITA & BASTOS, 1994).

Neste ponto é necessário esclarecer que muitas vezes observa-se o emprego da expressão uso de drogas por via endovenosa (EV) o que, apesar de ser prática muito comum, não representa a totalidade dos casos. Muitos indivíduos injetam drogas por via intramuscular ou subcutânea, daí o termo 'uso de drogas por via injetável-UDI' ser mais apropriado.

Desde que a Aids começou a ser reconhecida como um problema de saúde pública, tem havido uma preocupação crescente com o papel desempenhado pelo uso de drogas por via injetável, na disseminação global do HIV e muitas pesquisas têm sido desenvolvidas para elucidar os mecanismos pelos quais esse vírus é transmitido entre os usuários de drogas injetáveis (DES JARLAIS & FRIEDMAN, 1989a; DES JARLAIS, 1989b; DES JARLAIS & FRIEDMAN, 1994; DES JARLAIS, 1995a; MANN, 1993; NORMAND, 1995; RHODES & HARTNOLL, 1996). Embora a maioria destas pesquisas tenha sido realizada em países desenvolvidos, os mesmos problemas, ligados a este comportamento de risco, têm sido relatados em vários países em desenvolvimento (CHOOPANYA, 1991; LIBONATTI, 1993; WHO, 1993).

Atualmente, o perfil da epidemia de Aids assim como a disseminação do HIV em nosso meio tem sido significativamente alterados pelo UDI (LIMA, 1992b; LIMA, 1994; MESQUITA & BASTOS, 1994; FERNANDEZ, 1994, 1997). Desde 1983, quando se registrou no Brasil o primeiro caso de Aids, relacionado ao uso de drogas por via injetável, o número dos casos notificados de Aids entre UDIs tem tido um aumento notável. A partir de 1985 em diante, o número de casos notificados, por categoria simples de exposição (UDI), em maiores de 13 anos, aumentou de 319 (8% do total) no período 1980-1987, para 13440 casos (22,3% do total) no período 1980-1995 (MS, 1996). Mais

recentemente, o número acumulado de casos de Aids na categoria de transmissão sangüínea, entre indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos, segundo o período de diagnóstico, chega a 37864. Destes, 34211 (90,3%) são referentes ao uso injetável de drogas o que representa 19,7% do total geral neste grupo etário.

O Ministério da Saúde do Brasil tinha registrado 179541 casos notificados de Aids, até o final de 1999 (MS, 1999).

O Estado de São Paulo, onde foi notificado este primeiro caso de Aids, associado ao UDI, hoje apresenta elevadas taxas de soroprevalência neste subgrupo, tanto na cidade de São Paulo quanto em muitas cidades de médio e grande porte no interior do Estado, tais como Santos, Bauru e Campinas. Estas taxas variam de 42 a 72% entre os UDIs pesquisados (WHO, 1993; CRT, 1998).

No Brasil, principalmente na região Sudeste, a cocaína é a droga de escolha entre aqueles indivíduos usuários de drogas que privilegiam a via injetável. A proporção de uso de cocaína em relação a outras drogas injetadas é superior a oitenta por cento (LIMA, 1992b, 1994; MESQUITA & BASTOS, 1994; LACERDA, 1996).

Neste sentido, pode-se afirmar que há uma maior freqüência de injeções de cocaína, por ser esta uma característica primária da cultura de uso desta droga de abuso. Tal característica está relacionada ao efeito psicoativo da substância, que tem uma ação relativamente fugaz, se comparada aos opiáceos (heroína, morfina, codeína). Dependendo da dosagem, a meia-vida da cocaína, na corrente sangüínea, pode ser de meia a uma hora (NAVARRO, 1992). Os opiáceos têm uma meia vida relativamente maior, com níveis atuantes em média por 4 a 5 horas (JULIEN, 1995; SNYDER, 1996).

Este número elevado de injeções, comprovadamente, aumenta o risco de infecção pelo HIV entre os usuários de cocaína injetável. É comum a reutilização do mesmo equipamento (seringas e agulhas), quer individualmente ou em grupo. O efeito é parecido com o de uma transfusão, visto que micro quantidades de sangue são injetadas, num curto espaço de tempo. Além disto, a prática de compartilhar o equipamento (seringas, agulhas, algodão ou recipiente onde se mistura a droga com água) tem

desempenhado um papel de suma importância na epidemia de HIV/Aids, em diversos países do mundo (ANTHONY, 1991; DES JARLAIS & FRIEDMAN, 1994; NORMAND, 1995; RHODES & HARTNOLL, 1996).

Uma vez disseminada a infecção entre os UDIs, eles podem servir como ponte, por onde o HIV atinge populações de diferentes orientações sexuais, parceiras e/ou parceiros sexuais destes usuários (DES JARLAIS, 1989b; CHITWOOD & COMEFORD, 1990; LIMA, 1994; RHODES & HARTNOLL, 1996).

2.4.1. Política de redução de danos

Em quase todos os países onde a transmissão de HIV entre UDIs representa um problema de saúde pública, uma das abordagens criadas, para prevenir a disseminação do vírus, é proporcionar acesso legalizado a equipamentos descartáveis de injeção (DES JARLAIS & FRIEDMAN, 1994; NORMAND, 1995; BURRIS, 1996).

Estudos etnográficos e inquéritos epidemiológicos têm apontado para uma redução considerável do risco de transmissão do HIV entre usuários de drogas nos EUA e em alguns países europeus. Há relatos de aumento da demanda por seringas novas, redução do compartilhamento de seringas usadas, redução do compartilhamento durante a 'iniciação' do usuário, aumento do índice de limpeza de seringas e agulhas e, em menor grau, utilização de preservativos (DONOGHOE, 1989; MAcRAE, 1994; DES JARLAIS, 1995a; NORMAND, 1995; RHODES & HARTNOLL, 1996).

A avaliação destas ações preventivas efetivadas, ou em andamento em várias partes do mundo, tem mostrado resultados favoráveis, tanto no sentido de diminuir a velocidade de disseminação do vírus, quanto num maior engajamento destes usuários em programas de tratamento para abuso de drogas (MESQUITA & BASTOS, 1994; VLAHOV & BROOKMEYER, 1994; NORMAND, 1995; HUNTER, 1995; DES JARLAIS, 2000).

Estima-se que se os Estados Unidos tivessem implementado uma política de redução de danos, já a partir de 1987, haveria uma redução de 15% a 30% na incidência de casos de infecção pelo HIV entre 1987 e 1995. Esta redução proporcionaria uma economia direta nos custos de saúde, da ordem de 224 a 538 milhões de dólares (HANKINS, 1998).

A legislação brasileira sobre abuso de drogas, (Lei 6368/76) diferentemente do que ocorre em alguns países europeus e em algumas partes dos EUA, (BURRIS, 1996; FRIEDMAN & O'RALLY, 1997; FRIEDMAN, 1998) não permite a organização livre de grupos, principalmente das organizações não-governamentais (ONGs), de usuários e/ou não-usuários de drogas (LIMA, 1992b; FERNANDEZ, 1997). Estas têm sido o principal sustentáculo dos programas de troca de seringas e de agulhas, no qual o poder público, por restrições de ordem legal ou política, tem tido dificuldade de implementar a redução de danos. A lei brasileira, ao colocar na ilegalidade o estabelecimento de programas de distribuição e/ou troca de seringas e agulhas, promove o maior entrave à prevenção, em muitos lugares no Brasil, apesar dos esforços do próprio Ministério da Saúde que tem procurado financiar os projetos neste sentido.

2.4.2. Focalizando Campinas

A cidade de Campinas contabilizava 907.754 habitantes em 1996, segundo os dados fornecidos pelo Censo do IBGE. Destes, 443 561(48,9%) eram do sexo masculino e 464 193 (51,1%) do sexo feminino (IBGE, 1996).

O número total de casos de Aids registrados no município, até julho de 1998, aproximava-se dos 2100. Destes, 382 (18,2%) estavam no grupo etário até 25 anos incompletos. É importante observar que, no Brasil como um todo, o número de casos de Aids, nesta mesma faixa etária, corresponde a 13,7 % dos casos.

O uso de drogas por via injetável (UDI) representa 29,8% dos casos neste grupo etário em Campinas. Somados aos percentuais das categorias mistas (homo-bissexual/drogas, hetero/drogas) este percentual chega a 41,6%. Neste grupo, os dados indicam que os adolescentes estão sendo infectados pelo HIV, possivelmente, até antes de completar 15 anos de idade.

A contaminação pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis correspondeu, em 1992, no Estado de São Paulo, a 35% do total de casos notificados, sendo o mais alto entre todas as formas de transmissão. Campinas e região vem acompanhando a tendência observada em todo o Estado de São Paulo, ou seja, um aumento muito acentuado da transmissão na categoria usuários de drogas por via injetável com relativa diminuição na transmissão sexual na categoria homo e bissexual.

A faixa etária mais atingida continua sendo a população economicamente ativa e em idade reprodutiva. Adultos entre 20 e 39 anos somam 72% do total de indivíduos contaminados. Entretanto, observa-se que os casos associados à transmissão por uso de drogas por via injetável concentram-se nas faixas etárias mais jovens - de 15 a 19 anos, segundo o Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (CRT, 1998).

Negar que determinados comportamentos existem e que eles podem ser modificados é negligenciar na prevenção. O resultado que se tem até o momento, não traz tranqüilidade em relação ao futuro da epidemia no país.

Quando a soroprevalência para o HIV atinge níveis de 20%, naquelas populações consideradas de alto risco, a epidemia adquire uma forte tendência a se auto-perpetuar. Com a existência de muitos transmissores do vírus em potencial e muitos indivíduos com risco de se infectar, mesmo pequenos aumentos no comportamento de risco entre pessoas soropositivas e soronegativas geralmente leva a taxas substanciais de novas infecções entre pessoas soronegativas, freqüentemente 4 por 100 pessoas-ano, ou mais (DES JARLAIS, 2000).

2.5. REAVALIANDO QUAIS SÃO OS RISCOS PARA O USO INDEVIDO DE DROGAS

Um dos principais paradigmas epidemiológicos envolve o conceito de **risco**. Este preconiza que para existir um determinado evento-doença, há necessidade que exista também uma exposição (LAST, 1995). Sendo assim, a probabilidade de um indivíduo ser acometido de um dano qualquer a sua saúde é representada por um valor que engloba a razão entre expostos (doentes e não doentes) e não-expostos (doentes e não-doentes).

Numa situação de uso de drogas, sustento a idéia de que todas as pessoas estão expostas, durante toda a sua vida, a algum tipo de substância psicoativa.

Há consenso que, no meio urbano, a grande maioria dos adolescentes já vivenciou ou pelo menos já conversou com amigos e colegas que experimentaram algum tipo de droga ilícita (BAUMAN & ENNETT, 1996). No caso das drogas lícitas, principalmente o álcool, um percentual não muito inferior a 90% de adolescentes acima de 15 anos refere já ter experimentado alguma vez na vida (LIMA, 1992a; GALDURÓZ, 1994; BAUMAN & PHONGSAVAN, 1999).

Muitos fatores são levados em consideração na tentativa de estabelecer associações causais entre a experimentação de uma droga e o desenvolvimento de uso abusivo (com ou sem dependência). Como em muitas outras situações em saúde não há causas suficientes e necessárias o bastante para estabelecer, sem dúvidas, a associação (RENTON, 1994).

Neste estudo, tenta-se avaliar o fenômeno, a partir do momento considerado primário para qualquer evento ou agravo à saúde, representado pela exposição. Evidentemente, um fator pode ser a causa, se a sua participação aumenta a frequência do evento. Portanto, onde a relação temporal não é clara e os conceitos de causa necessária e suficiente não se sustentam, a alternativa quantitativa é importante para avaliar esta relação, baseada na observação de vários indivíduos (ELWOOD, 1992).

Neste ambiente de exposição universal, como comparar taxas de prevalência entre expostos e não-expostos? Como comparar indivíduos que utilizaram somente uma vez na vida a usuários recreacionais e usuários constantes? O nível de comprometimento individual muitas vezes só é conhecido no contato também individual, ou em atendimento clínico. Além disto, a probabilidade de um indivíduo, principalmente o adolescente, vir a experimentar uma substância psicoativa passa a ser dicotômica - sim ou não - ou em termos probabilísticos, 50%, quando esta situação ocorre em ambientes familiares ao indivíduo, 'protegidos' de certa maneira da vigilância dos adultos (festas, encontros em casa de amigos). A curiosidade, apontada na maioria dos estudos, passa a exercer o controle da situação e tudo que foi aprendido ou discutido sobre os riscos e danos de usar uma substância ilícita, despencam do pedestal.

A Organização Mundial de Saúde-OMS preconiza que existem fatores de risco em relação ao uso indevido de drogas (PSA, 1996). Dentre estes é citado o fácil acesso às drogas. Como poderia ser feita então uma melhor aferição das taxas individuais ou coletivas de risco para abuso de drogas? Estas são totalmente diferentes daquelas relacionadas à probabilidade de um indivíduo que já usa drogas vir a ser um dependente. Tal situação é igualmente importante, todavia demanda uma outra abordagem, mais específica.

No caso deste trabalho, a proposta é evidenciar se o risco de uso ao longo da vida (experimentação) está associado à disponibilidade de SP ou se o uso mais constante é que apresenta maior força de associação. A avaliação do uso UTD tem como objetivo estabelecer graus de comprometimento de uma determinada fração de população, nas diversas comunidades, visando dar subsídios a um melhor planejamento e estruturação dos serviços de saúde, para fazer frente à crescente demanda de usuários de drogas por orientação e tratamento.

2.5.1. Contribuições para uma teoria de acessibilidade ou o que sabemos sobre o que se passa no cérebro humano

Estudos recentes mostram que os mecanismos que controlam os neurotransmissores, ligados aos sentimentos (emoções) de recompensa, também fariam parte de todo um aparato que proporcionou condições singulares de sobrevivência para a espécie humana neste planeta. O comportamento de uso de substâncias psicoativas e suas vias diretas de administração são características novas dentro de um quadro evolucionista (NESSE & BERRIDGE, 1997). Elas, as drogas, seriam intrinsecamente patogênicas porque provocariam um curto-circuito nos sistemas de processamento das informações de adaptação ao meio, agindo diretamente sobre os mecanismos cerebrais mais arcaicos, que controlam comportamento e emoção (NESTLER & AGHAJANIAN, 1997). A nossa capacidade emocional desenvolveu-se para melhorar as condições adaptativas dos indivíduos, na medida em que estes buscam os meios de sobrevivência e fogem dos perigos e ameaças imediatos, existentes no meio externo. A presença desta capacidade emocional trouxe, ao mesmo tempo, uma tendência que leva alguns indivíduos a moverem-se na direção de um gradiente puramente hedonístico (NESSE & BERRIDGE, 1997).

Por outro lado, os sistemas neurocomportamentais foram criados para a otimização dos mecanismos de adaptação ('darwinianamente' falando), e não para um estado de felicidade permanente ou mesmo da ataraxia almejada pelos Estóicos e Epicuristas gregos. Portanto, os nossos prazeres com frequência são perturbadores e acabam por trazer riscos e danos desnecessários.

Os mecanismos neuroquímicos que mediam estes estados conferem uma vulnerabilidade, pode-se dizer, intrínseca, ao abuso de substâncias, naqueles ambientes onde SP estão disponíveis e não há uma cultura de uso controlado ou outras sanções sociais, que interfeririam na relação indivíduo-substância.

Uma melhor compreensão destes mecanismos, origem e funções destas emoções irá certamente aprimorar nossa habilidade de conviver com o abuso de substâncias. A nossa racionalidade, por meio da organização social, ficaria encarregada de tomar decisões sobre quais drogas seriam disponibilizadas para um uso ético, (analgésicos e psicofármacos do arsenal médico-terapêutico) e quais substâncias psicoativas teriam seu uso proscrito, ficando a sua produção, comercialização e uso, sob o controle do poder judiciário.

O abuso de substâncias psicoativas é 'explicado,' pelo senso-comum, como uma tendência humana de repetir comportamentos que trazem prazer ou aliviam sofrimento. As drogas de abuso criam um sinal no cérebro que indica, falsamente, a chegada de um imenso benefício. Este, na verdade, é o 'velho' mecanismo modulador de um comportamento, selecionado geneticamente, para adaptação à vida.

Conforme a drogadição se desenvolve, a sensação de prazer induzida pela droga declina ou permanece constante, mesmo quando a 'fissura' aumenta e outras conseqüências danosas se acumulam. Tal fato deixa claro que a busca do prazer, no usuário dependente, por si só não se justifica. Uma provável razão para isto é a separação do sistema de recompensa no cérebro dos mamíferos em dois componentes que correspondem, grosseiramente, a 'gostar' (prazer hedonístico ao ser recompensado) e a 'querer' (motivação como incentivo e comportamento dirigido à obtenção de uma recompensa).

Embora a natureza destes componentes esteja apenas agora sendo compreendida, eles parecem ter substratos neuronais diferentes. 'Gostar' de alimentos doces, por exemplo, é mediado por certos sistemas opióides no lobo frontal e outros sistemas localizados no tronco cerebral. Por outro lado, 'querer' parece ser mediado pelos neurônios dopaminérgicos mesolímbicos ascendentes.

Tais mecanismos também mantêm estreitas relações espaciais cerebrais com os mecanismos de dor e prazer (táteis) ou de outras sensações (emocionais) de prazer e desprazer (NESSE & BERRIDGE, 1997; NESTLER & AGHAJANIAN, 1997; LANE, 1997; LEDENT, 1999) e alterações no humor e comportamento (HUGHES , 1996; SNYDER, 1996; GAINETDINOV, 1999).

Todavia, a dopamina não seria a única responsável pela sensação de prazer mas sim pelo desvio da atenção para determinados eventos que levariam à sensação de prazer (WICKELGREN, 1997). As evidências surgem pela quantidade de dopamina existente no cérebro e a desproporcionalidade de tal sensação de prazer, resultante da presença maciça deste neurotransmissor. A facilitação no mecanismo de aprendizagem pode ser uma das suas funções.

Esta nova visão poderia explicar por que muitas drogas (causadoras de dependência) que despejam grandes quantidades de dopamina no cérebro podem engendrar um uso contínuo sem produzir prazer. Tal fato explicaria porque um usuário de cocaína continua a cheirar mesmo depois dos efeitos euforizantes da droga terem desaparecido ou não apresentarem igual intensidade. O mesmo se aplica aos fumantes que continuam a fumar a despeito do cigarro ter se tornado uma companhia desagradável.

Antes de 1990, acreditava-se que a dopamina estava diretamente ligada ao equivalente emocional do prazer. Os céticos questionaram esta associação pois, desta maneira, os esquizofrênicos seriam todos gordos e felizes, o que não ocorre na prática.

Os estudos sobre as origens da drogadição, já citados, mostram que esta é um fenômeno complexo que envolve, ainda, tanto causas psicológicas quanto sociais, da mesma forma que suas conseqüências. Todavia, no seu âmago, o fenômeno encerra um

processo biológico: os efeitos de uma exposição repetida ou prolongada de um agente biológico (droga) sobre um substrato biológico (cérebro). O resultado é que as adaptações que esta exposição prolongada à droga promove, em determinados neurônios, alteram o funcionamento destes, o que por sua vez altera o funcionamento dos circuitos neurais onde estes neurônios operariam sua rede. Tal fato leva eventualmente a comportamentos complexos (ex. dependência, tolerância, e 'fissura'), que caracterizam clinicamente o abuso de drogas com dependência ou drogadição.

A compreensão da biologia da drogadição requer o conhecimento de como os efeitos agudos das drogas de abuso, sobre o cérebro, são transformados, progressivamente, em adaptações mais duradouras nos sítios cerebrais específicos (LEDENT, 1999). A identificação destes mecanismos de adaptação e sua natureza tem sido muito difícil de se conseguir e aí reside o maior hiato a ser suplantado pelas pesquisas (NESSE & BERRIDGE, 1997).

Portanto, ao mesmo tempo em que os modelos molecular e celular de dependência, tolerância e abstinência foram desenvolvidos, muito pouco se sabe sobre os mecanismos duradouros de sensibilização que estariam por trás das recaídas, mesmo após vários anos de abstinência de uso de drogas (CHRISTENSEN, 1996).

Os modelos experimentais, em animais de laboratório, quando até mesmo se consegue que o animal auto-administre uma substância psicoativa, não capturam completamente as várias nuances do quadro de drogadição.

Desta forma, o uso abusivo de drogas com dependência pode ser visto, analogamente a outras doenças, como uma complexa interação de fatores genéticos, ambientais e psicossociais que requerem múltiplos níveis de intervenção para seu tratamento e prevenção.

A compreensão dos mecanismos que estariam por trás da gênese do consumo de drogas, a partir do meio (social ou cultural) ou pela interferência do substrato biológico (cérebro), tem se mostrado muito complicada. Em última instância, faltam ainda evidências mais claras a respeito dos mecanismos pelos quais os indivíduos se tornariam mais ou menos vulneráveis ao estabelecimento de uma dependência a alguma das substâncias psicoativas existentes.

A drogadição, como uma doença cerebral crônica e com períodos de recaída, é um conceito totalmente novo para a maioria do público em geral. Esta doença seria provocada pelos efeitos prolongados das drogas sobre o cérebro. Mas não é, exclusivamente, uma doença cerebral.

Portanto a melhor abordagem de tratamento deve contemplar componentes biológicos, comportamentais e ambientais. Pode-se reconhecer que este novo *status*, avaliado por uma das principais instituições de estudo sobre os problemas de drogadição nos EUA, representa uma mudança substancial na maneira de encarar o problema. É, sem dúvida, um avanço já que ficam definitivamente abandonados outros (pré) conceitos que embasavam as opiniões sobre o problema (LESHNER, 1997).

O que se deseja, nesta tese, é focar a disponibilidade e, por conseguinte, a acessibilidade às SP, como um momento fundamental, *sine qua non*, para que exista o contato com quaisquer das substâncias usadas como droga de abuso. Neste sentido procurou-se desenvolver uma metodologia de estudo de algumas das condições preexistentes que possam esclarecer, ou ao menos indicar, o grau de disponibilidade das SP e como os usuários, ou aqueles que virão a ser (principalmente os adolescentes), avaliam o grau de dificuldade que encontrariam para ter acesso a estes produtos.

Esta parece ser uma linha de pesquisa ainda pouco explorada e que poderia trazer resultados mais esclarecedores do ponto de vista da prevenção ao uso indevido de drogas. Se não há drogas disponíveis, não há consumo, ou este será restrito àquelas substâncias disponíveis naquela comunidade, num dado momento. Pela noção que cada indivíduo tem desta disponibilidade, o que em última instância levará ao acesso direto (acessibilidade), seria possível criar indicadores mais fidedignos para a prevalência e possivelmente incidência do uso/abuso. Se o consumo é crescente, haveria maior disponibilidade ou acessibilidade? Que fatores poderiam fazer com que determinada droga se tornasse a droga da moda? Que outros fatores geopolíticos estariam afetando diretamente a disponibilidade/acessibilidade e como as medidas de controle estariam sendo eficazes na contrapartida?

Os estudos necessitam ser aperfeiçoados em sua metodologia, juntando os dados qualitativos àqueles provenientes das pesquisas sobre os mecanismos neurobiológicos e sua relação com a formação de hábito e dependência. Além disto, os estudos antropológicos e etnográficos trariam informações fundamentais sobre o relacionamento que determinadas sociedades ou comunidades desenvolvem com certas substâncias psicoativas, fazendo com que estas tornem-se parte de sua tradição cultural. O diagrama abaixo, na Figura 2, é uma tentativa de orientar a interpretação do fenômeno.

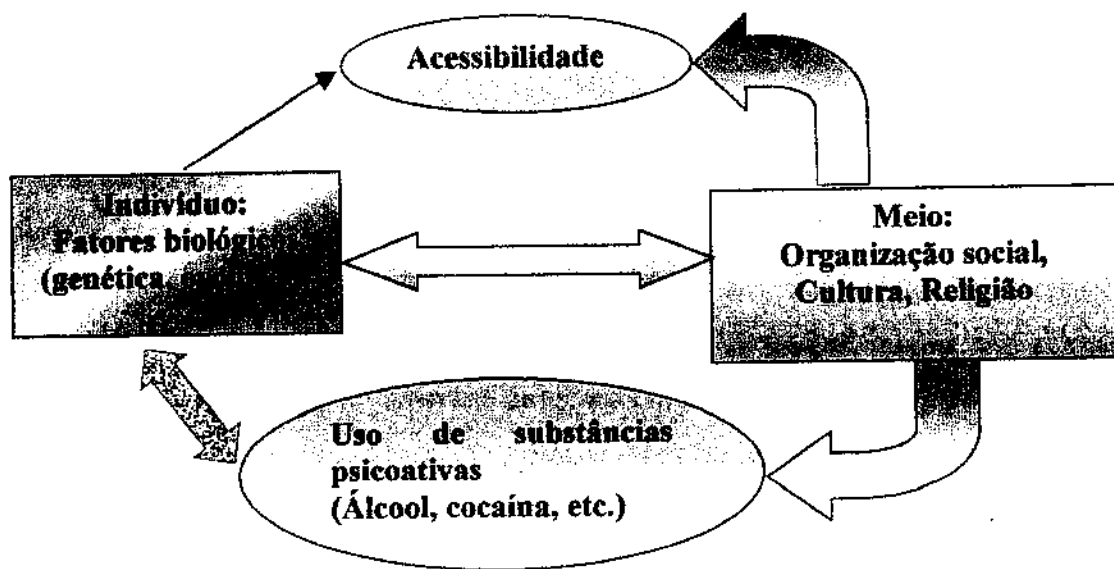


Figura 2.1. Gênese do consumo das substâncias psicoativas

2.6. ACESSIBILIDADE E USO DE DROGAS: UM OUTRO ENFOQUE SOBRE OS RISCOS NA ADOLESCÊNCIA

O conceito de risco, tão central no raciocínio epidemiológico, tem se mostrado algo insuficiente na explicação do relativo fracasso de algumas medidas preventivas em relação aos chamados comportamentos de risco.

Um exemplo disto é o que tem acontecido na recente epidemia de Aids, na qual a idéia de que a exposição ao HIV era devida, em grande parte, à ignorância sobre as formas de transmissão do vírus. Num segundo momento, a insuficiência de preservativos (condom), assim que este foi identificado como uma das barreiras eficazes para a transmissão do HIV no momento do ato sexual, também foi arrolada como fundamental no mecanismo de propagação da epidemia. Acreditava-se que, e isto foi possível a partir dos estudos epidemiológicos realizados ao longo destas últimas duas décadas, a identificação dos principais riscos e a utilização em larga escala de medidas preventivas baseadas na informação e distribuição de preservativos, seriam eficazes no controle e diminuição dos casos de infecção pelo HIV.

Passados mais de vinte anos da pandemia de Aids, observa-se que muito indivíduos, apesar de terem acesso à informação e ao preservativo, continuam a se envolver em situações de risco de forma consciente. É o caso dos trabalhadores do sexo que recebem propostas para obter maior remuneração, caso mantenham relações sexuais sem o uso de preservativos.

Sabe-se então que a noção de risco sofre uma série de vieses, relacionados, principalmente, com o nível de educação e informação inerentes às diversas populações humanas. Não se pode esquecer, conforme evidenciado no exemplo dos trabalhadores do sexo, que a pressão de um tipo de cultura sexual é exercida e, mediada pelo fator econômico, além de contribuir para o fracasso das medidas preventivas (PAIVA, 1996; PINKERTON & ABRAMSON, 1996).

A noção de disponibilidade e acessibilidade às substâncias psicoativas não passaria tão ao largo da idéia de risco já que seria uma pré-condição para um comportamento, este sim, perfeitamente identificado como de alto risco para a saúde.

Seria oportuno pensar que o indivíduo, e não a substância, é o fator mais importante na determinação do fenômeno 'uso indevido de drogas'. A proposta de estudar o acesso às substâncias psicoativas e suas possíveis conseqüências pode trazer novas evidências ou pelo menos colocar mais luz sobre os diversos eventos, reconhecidamente intrincados, que dificultam o estudo do fenômeno drogadição.

As outras situações que influenciam diretamente a disponibilidade, tais como o tráfico e a relação cultural que a comunidade tem com determinada substância, também devem fazer parte do modelo.

Neste sentido a introdução, no meio social, de qualquer droga de abuso só é possível a partir de um processo, ainda pouco conhecido, de aceitação desta substância pelo grupo. Esta aceitação passará por algum tipo de crivo ligado aos códigos de comportamento, principalmente dos mais velhos, no caso de comunidades mais fechadas ou daqueles que determinam os padrões morais, ou seja, aquilo que é socialmente aceito. Nas sociedades urbanas com sua multiplicidade cultural, o comportamento é ditado pela mídia ou por grupos que 'criam' um certo tipo de moda, principalmente entre os adolescentes.

Pode-se citar como exemplo o uso de "khat", uma planta com propriedades alucinógenas utilizada por tribos nativas do Yemem do Sul (OGD, 1996). Tal prática é muito provavelmente desconhecida pela maioria da população adulta do Brasil.

Não existe até o presente momento um tráfico internacional de "khat", dirigido aos países latino-americanos, tampouco um forte fluxo imigratório de nativos do Yemem do Sul para o Brasil.

Portanto não existe, a priori, com o que se preocupar caso alguém queira, por qualquer razão, introduzir o "khat" em nosso meio, pois a ausência de uma cultura prévia de consumo desta droga a tornaria esquecida em curto espaço de tempo.

Todavia, apesar de certas substâncias serem culturalmente pouco conhecidas em determinados meios, a ação do tráfico internacional e a introdução de certas práticas relacionadas ao consumo podem modificar o quadro de maneira acelerada e descontrolada. É o caso do uso injetável de drogas e a presença de heroína no Brasil.

Até bem pouco tempo, o uso injetável era prática muito pouco comum em nosso meio. Houve uma pequena incidência, nos anos 50, com o uso de anfetaminas que estavam disponíveis a partir da sua comercialização legal em farmácias e drogarias. Com o controle e, em alguns casos, proibição dos medicamentos contendo anfetamina pura para uso injetável, houve um período de 'esquecimento' desta prática, que veio a ser nos anos 70 com a oferta generalizada de cocaína nos grandes centros urbanos. (Ver Figura 2.2.)

Recentemente, os jornais vêm noticiando o aparecimento de pessoas com dependência de heroína e que teriam adquirido esta dependência aqui mesmo, na cidade de São Paulo. É possível recapitular também, que no final dos anos 80, plantações de papoula (de onde se extrai o ópio que vai gerar a heroína) foram descobertas no altiplano Andino, mais precisamente na Colômbia. Sabe-se então que poderia estar ocorrendo uma estratégia de venda desta droga para o mercado interno da América do Sul, já que existe uma cultura de uso injetável de drogas em nosso meio.

Considero que o binômio exposição/acessibilidade, às substâncias psicoativas, são fenômenos culturais universais e independentes e que, portanto, podem influenciar, de maneira ainda pouco conhecida, a experimentação das substâncias, principalmente daquelas consideradas ilícitas. Todavia, a real prevalência de uso, pode ser diferente daquela aferida por instrumentos fechados de auto-aplicação e anônimos, freqüentemente utilizados em pesquisas epidemiológicas desta natureza.

A inclusão de um bloco de perguntas em escala visual analógica (EVA) pode modificar a aferição desta prevalência a partir do momento em que as respostas negativas ao consumo podem ser confrontadas com as respostas relativas à facilidade ou à dificuldade de se obter tais substâncias. Além disto, uma aferição, a partir da escala visual analógica, pode servir como um preditor de risco para experimentação de substâncias ilícitas (ex. maconha e cocaína) num inquérito epidemiológico e evidenciar a universalidade deste risco.

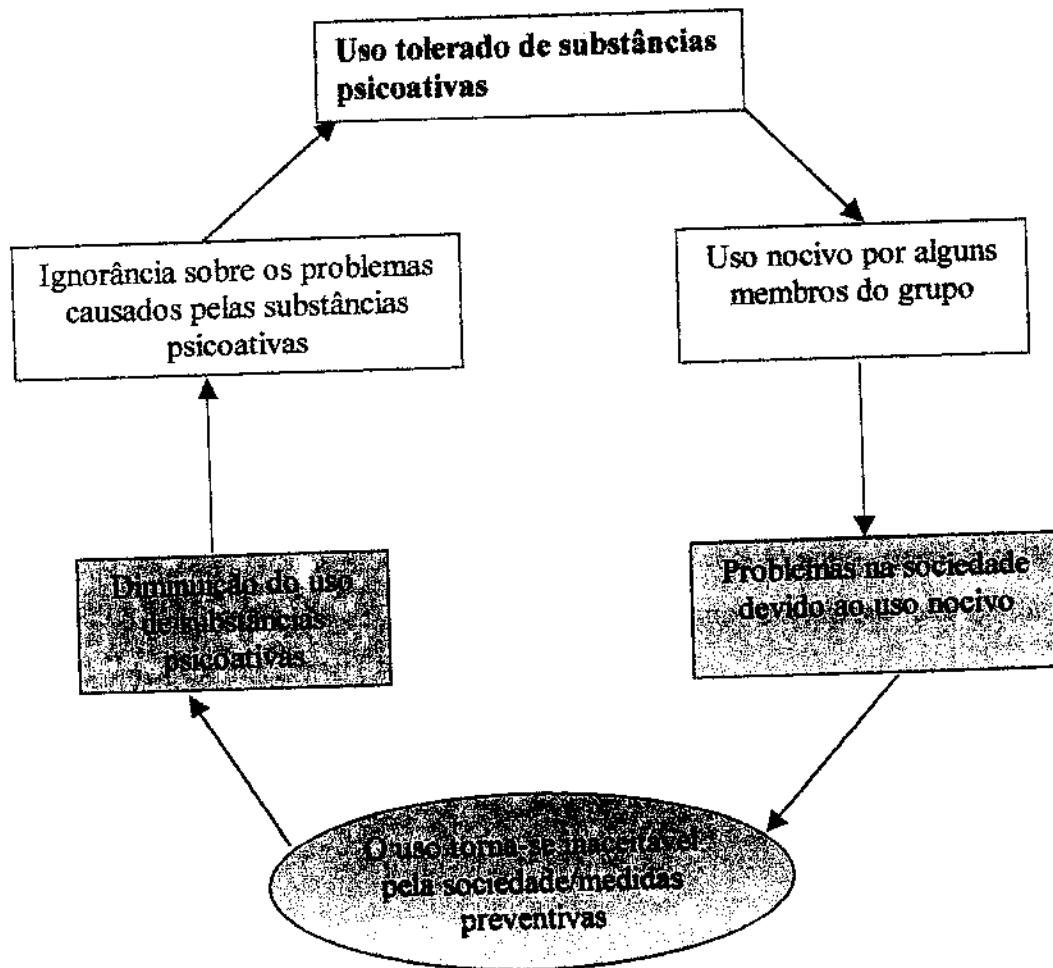
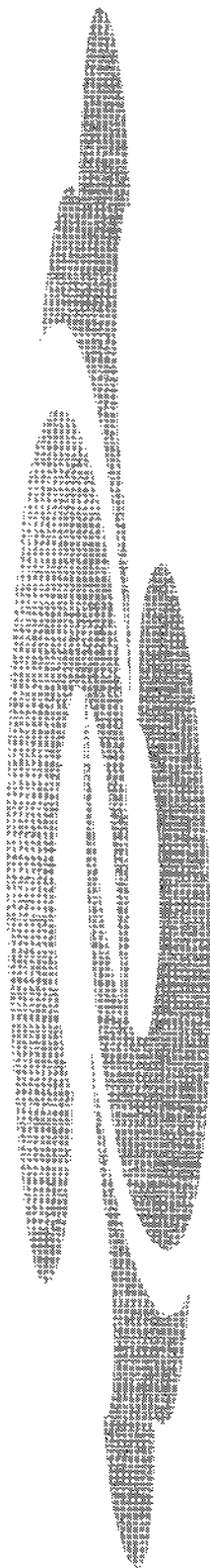


Figura 2.2. Diagrama de um possível ciclo de uso e abuso de substâncias psicoativas



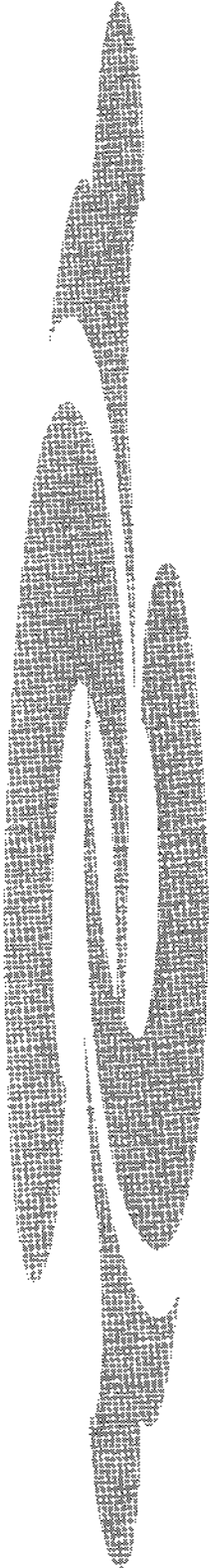
3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Proceder a um estudo de prevalência de consumo de substâncias psicoativas numa amostra representativa da população de estudantes de 7ª e 8ª séries (1º Grau) e do 2º Grau, regularmente matriculados, em escolas públicas no município de Campinas e região.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aferir o consumo de substâncias psicoativas nas frequências ao longo da vida e nos últimos trinta dias que antecederam à entrevista;
2. Identificar a presença de associações entre as frequências de consumo das substâncias estudadas e as variáveis sociodemográficas abordadas pelo instrumento de pesquisa, utilizando testes de significância estatística e análise multivariada;
3. Testar a utilização, no instrumento de pesquisa, de escala visual analógica (EVA) na avaliação de acesso e disponibilidade para o uso de substâncias psicoativas;
4. A partir dos resultados, apresentar um diagnóstico de situação e dar subsídios empíricos para projetos de prevenção voltados para a população escolar, na questão do abuso de drogas, a serem implementados no município de Campinas ou em outros municípios do Estado de São Paulo.



4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. DELINEAMENTO DA PESQUISA

Neste inquérito epidemiológico, do tipo estudo transversal, objetivou-se estimar a prevalência do consumo de várias substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, utilizadas como droga(s) de abuso, em um momento qualquer da vida (“life-time prevalence”) e nos trinta dias que antecederam a investigação (prevalência pontual ou instantânea).

Apesar das inúmeras controvérsias conceituais que lhes são inerentes, os estudos epidemiológicos podem ser um instrumento valioso para o planejamento, a implantação e a avaliação de programas destinados à prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas (GOODSTADT, 1985; BENSON, 1985; KOZEL & ADAMS, 1986), além do monitoramento deste fenômeno e suas implicações na saúde pública em geral (BAUMAN & PHONGSAVAN, 1999).

Não obstante somente conseguirem a prevalência-ponto ou instantânea, deve-se ter em mente que, se o fator de risco não estiver relacionado à duração da doença ou evento, as taxas de prevalência obtidas num estudo transversal podem ser usadas para uma estimativa de risco relativo (SZKLO, 1987).

4.2. POPULAÇÃO ESTUDADA

Conforme mencionado anteriormente, na justificativa, devido ao acesso facilitado e tendo, entre outras características, a predominância de indivíduos que apresentam maior probabilidade de terem os comportamentos de risco para experimentação, iniciação, uso recreacional e consumo de SP, optou-se por escolher uma amostra entre o universo de estudantes das sétima e oitava séries do primeiro grau e secundaristas, matriculados em escolas públicas de Campinas.

Os inquéritos sobre uso de drogas envolvendo adolescentes são, em sua maioria, realizados em escolas, proporcionando acesso a aproximadamente 90% da população na faixa etária entre 11 e 18 anos, com uma pequena proporção de indivíduos ausentes ou que abandonaram a escola (especialmente acima do 16 anos de idade). Se

conduzidos com o devido cuidado na manutenção do anonimato (o que significa basicamente auto-preenchimento), as taxas de resposta estão acima de 85% (BAUMAN & PHONGSAVAN, 1999).

4.3. CÁLCULO E DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA

Para cálculo do tamanho amostral tomou-se como parâmetro uma prevalência esperada de até 5% para consumo de qualquer droga (exceto álcool e cigarro de tabaco) e um erro amostral de 1%. Tal estimativa ($P=0,05$) levou em consideração inquéritos realizados no Brasil (CARLINI-COTRIM, 1991; LIMA, 1992a; GALDURÓZ, 1994, 1997) e na América Latina (MURRELLE, 1990), que encontraram taxas de consumo nos últimos trinta dias variando de 0,9% a 5,0%, para qualquer droga de abuso.

É importante ressaltar que apesar da inclusão do consumo de álcool e tabaco (UTD) associado ao consumo de drogas provocar uma elevação na taxa de prevalência, para algo em torno dos 20%, nas faixas etárias médias (15 a 17 anos), optou-se por não modificar o tamanho da amostra inicial já que o erro amostral passaria de 1% para 2% além de diminuir sensivelmente o 'n' amostral devido à maior prevalência de consumo de álcool.

Há, no município de Campinas, uma população de 164.773 indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos ou 17,7% da população geral de 930 659 pessoas, segundo projeção da Fundação SEAD para 1998. A taxa de evasão escolar do ensino médio no município é de 15,3% (FUNDAÇÃO SEADE, 2000).

Tabela 4.3.1. População do município de Campinas por sexo e faixas etárias selecionadas

	Masculino	Feminino	Total
10-14 anos	40047	39032	79079
15-19 anos	43046	42608	85654
20-24 anos	43181	43223	86404
Total	126274	124863	251137

Fonte: Fundação SEADE (estimativa para 1998).

Sendo assim, trabalhando-se com a hipótese de variações populacionais de 70.000 a 80.000 indivíduos na faixa etária entre 15 e 19 anos, para cobrir o número real de jovens que deveria estar freqüentando regularmente a escola, num dado momento, e uma prevalência de consumo de qualquer substância ilícita nos últimos trinta dias variando de 3,5-5% ou de 2,5-3,5%, uma amostra de 1200 indivíduos seria adequada à realização do estudo (WHO, 1994).

Este tamanho de amostra permite calcular diferenças de proporção pelo menos iguais a 5%, se uma delas chegar a 10%, com um poder de teste de 90% e nível de significância de 5% (FLEISS, 1981; ARMITAGE & BERRY, 1994; DANIEL, 1999).

Há, no município de Campinas, 142 escolas públicas, sendo 56 com alunos de nível médio e 31 com alunos de primeira a oitava série. No município de Jaguariúna são 11 as escolas públicas, sendo duas de nível médio e 4 com alunos até a oitava série (FUNDAÇÃO SEADE, 2000).

Uma das grandes questões envolvendo os inquéritos realizados em escolas é a escolha da unidade amostral. A amostra ideal seria do tipo aleatória simples, envolvendo todos os estudantes elegíveis, a partir dos quais podem ser feitas as estimativas de prevalência. Todavia na maioria dos estudos são selecionadas escolas, em geral agrupadas nos chamados distritos escolares, e, a partir daí, são selecionadas turmas dentro de cada escola. Esta abordagem acaba por criar, na verdade, conglomerados de indivíduos (BAUMAN & PHONGSAVAN, 1999). As amostras por conglomerado têm variância maior do que a aleatória simples, de maneira que seus resultados são menos precisos (uma ampliação do intervalo de confiança ou da amplitude de valores nos quais a proporção real de população deveria se inserir). Para contrabalançar este efeito amostral, seria necessário uma amostra ligeiramente maior (MICKEY, 1993; BAUMAN & PHONGSAVAN, 1999).

Para contornar estes problemas e tentar se aproximar o melhor possível de uma amostragem aleatória simples, a escolha individual de cada estabelecimento de ensino obedeceu ao seguinte raciocínio: as áreas de onde foram selecionadas as escolas seguiram, em primeiro lugar, a sua disposição geográfica no mapa da cidade, o mais próximo possível dos pontos cardeais e do centro.

A distribuição espacial urbana costuma concentrar áreas afluentes e áreas pobres guardando alguma proporcionalidade. No caso de alunos de ensino médio, estes tendem a deslocar-se mais do seu local de moradia, para aquelas escolas onde são oferecidas mais vagas ou ensino profissionalizante, o que torna este tipo de escolas, em nosso meio, representativas da média das médias de indivíduos na faixa etária de 15 a 19 anos. Em Campinas, tais escolas localizam-se na zona central da cidade ou próximas dela.

Em seguida, a escolha de cada estabelecimento de ensino levou em consideração aqueles com maior número de alunos matriculados e portanto maior representatividade em termos amostrais. Atribuiu-se a cada escola, dentro de cada área, um determinado valor de pontos numa escala, de acordo com o número de alunos matriculados em cada escola. Por exemplo, arbitrou-se o valor de um ponto para cada grupo de 100 alunos; se uma determinada escola tem 800 alunos, ela recebeu 8 pontos.

Organizadas as escalas pelas respectivas áreas, procedeu-se a um sorteio onde a probabilidade de uma escola ser sorteada estava diretamente relacionada ao número de alunos existente nela. Dentro de cada escola, procurou-se também distribuir a fração amostral entre os turnos e séries com maior concentração de alunos. Foram evitadas as turmas incompletas ou muito pequenas ou com desproporcionalidades visíveis, nas faixas etárias ou sexo. Sempre que possível, as turmas foram deslocadas da sala de aula para algum auditório, que a escola porventura tivesse, e misturadas entre si. Isto foi possível em mais da metade das escolas pesquisadas, principalmente naquelas do segundo grau.

Evidentemente, a escolha final teve que levar em consideração aspectos de operacionalidade, tais como disponibilidade de horário vago nas turmas, espaço físico da escola para deslocamento de turmas, assim como um aval prévio favorável, por parte da direção e a boa vontade dos alunos em participar. Foi mantido um equilíbrio na amostra, sendo que mais da metade (53,4%) é composta de indivíduos que cursavam o segundo grau e 7, dentre as 8 escolas previamente escolhidas, estavam localizadas nas regiões desejadas ou próximas daquelas escolhidas no sorteio na impossibilidade destas serem efetivamente pesquisadas.

4.4. INSTRUMENTO DE PESQUISA

A opção por um instrumento de trabalho baseado num questionário fechado vai ao encontro do consenso internacional de que este tipo de instrumento é um dos mais eficazes para se avaliar a extensão e a natureza do abuso de drogas dentro de um determinado grupo populacional (SMART, 1980; NIDA, 1976).

Considerando-se que um dos principais objetos a serem avaliados nesta pesquisa inclui práticas proscritas, do ponto de vista social e jurídico, é fundamental a garantia do anonimato aos respondentes; além disto tal instrumento deverá ser bastante simplificado para garantir a sua auto-aplicabilidade.

4.4.1. Validação do instrumento

O CONSUP já havia sido validado anteriormente, quando foi criada a primeira versão do instrumento. Esta validação utilizou o procedimento de re-entrevista com 60 indivíduos, sorteados dentre aqueles que se voluntarizaram, preenchendo um canhoto de identificação, destacável, que acompanhava o questionário na ocasião. O instrumento demonstrou valores de sensibilidade e especificidade de 93% e 87%, respectivamente (LIMA, 1992a).

Há sempre questionamentos quanto à validade dos questionários aplicados anonimamente (auto-preenchimento). A primeira delas é, sem dúvida, a veracidade da resposta, tanto do ponto de vista de falso-negativo quanto de falso-positivo. O padrão-ouro utilizado na maioria dos estudos era, até bem pouco tempo, a re-entrevista não-anônima, feita com entrevistador previamente treinado. Os resultados da primeira entrevista seriam cruzados com aqueles obtidos na segunda.

Hoje em dia há, no mercado, vários kits de teste que detectam a presença de drogas na urina e outros fluidos corporais. Muitos estudos têm utilizado esta metodologia, principalmente aqueles realizados em pacientes que recebem tratamento ambulatorial, ou indivíduos que adentram o sistema carcerário, principalmente na Europa e nos Estados

Unidos. Esta sub-população é muito diferente, daquelas pesquisadas nos estudos com amostras domiciliares ou de outras sub-populações, pois as implicações de um resultado a ser confirmado são bastante diversas de um estudo de prevalência. A tendência em dissuadir, por questões óbvias, parece ser um comportamento implícito em populações compostas de infratores em tais situações, daí a grande divergência entre os resultados encontrados e a necessidade de uma contraprova (FENDRICH, 1999).

Nas amostras de população em geral ou de sub-populações, tal como estudantes, os eventos que podem estar relacionados ao viés de resposta são outros e, na maioria das vezes, estão ligados ao ambiente em que é preenchido o questionário. A presença de terceiros é apontada como um dos principais fatores. Em inquérito realizado na Espanha, com população na faixa etária de 18 a 39 anos e amostragem domiciliar; os dados sobre sexualidade e uso de drogas foram colhidos por meio de questionário anônimo, enquanto os dados sociodemográficos foram colhidos pelos entrevistadores (CASTILLA, 1999).

De uma maneira geral, há consenso de que os resultados extraídos dos estudos populacionais são aceitáveis do ponto de vista científico, pois a sensibilidade e a especificidade dos instrumentos, em geral, são superiores a 85%.

Alguns dos mais importantes pesquisadores da área consideram boa a validação dos questionários anônimos de auto-preenchimento, a partir dos critérios de sensibilidade e especificidade utilizados além de sua capacidade de preditor de uso ALV de drogas (BENSON & HOLMBERG, 1985; HEITHOFF & WISEMAN, 1996). Outros pesquisadores acreditam que naqueles estudos, nos quais alguma intervenção está sendo feita, uma avaliação bioquímica deve ser considerada.

A validade dos estudos, envolvendo uso de cigarro de tabaco tem sido das mais estudadas, incluindo meta-análise (PATRICK, 1994). Nestes, as respostas foram confirmadas por meio de testes de presença de nicotina na saliva, com resultados consistentes. Mesmo quando são colocados nomes fictícios de drogas, para testar viés de resposta, estas tem recebido pouca atenção dos entrevistados, confirmando a confiabilidade das respostas (BAUMAN & PHONGSAVAN, 1999).

O National Institute on Drug Abuse (EUA) publicou recentemente uma extensa revisão dos estudos de validade em inquéritos sobre drogadição, corroborando este consenso e apontado novas metodologias para aperfeiçoamento (NIDA, 1997).

4.4.2. Características do CONSUP

Seguindo a orientação da literatura pertinente, procurar-se-á descrever algumas das variáveis encontradas no instrumento, cuja importância está associada aos objetivos geral e específico do estudo. Além disto, estas variáveis podem proporcionar comparação com outros estudos já realizados em nosso meio. Entretanto, ressalta-se que somente algumas delas, comentadas abaixo, fazem parte do modelo estruturado para a análise multivariada, assim como da apresentação geral dos resultados.

A variável Idade (Pergunta 1, Fl.1) é fundamental para a composição das faixas etárias e suas implicações quanto à idade de início de consumo (perguntas 8, 11, 15, 18, 21, 24, 27, - ps. 3 a 5).

A variável sexo, (pergunta 2, Fl.1) por exemplo, tem sido apontada em vários trabalhos, (ADLER & LOTEKA, 1973; JOHNSTON, 1986; NIDA, 1996) como predominantemente masculina em termos de consumo geral de substâncias psicoativas.

As perguntas que abordam variáveis socioeconômicas (bens de consumo existentes no domicílio, instrução do pai ou responsável, perguntas 3 a 5, pgs. 2 e 3) seguem a metodologia criada pela ABIPEME e têm o objetivo de agrupar os entrevistados em categorias socioeconômicas (CARLINI-COTRIM & BARBOSA, 1993). (Ver Resultados.)

Nos blocos referentes ao consumo de substâncias psicoativas (pgs. 3 a 5) foi seguido o padrão básico dos instrumentos referidos anteriormente avaliando-se o **consumo ao longo da vida (ALV)**, ou seja, se o indivíduo já tinha alguma vez na vida experimentado aquela determinada substância ou produto e o consumo **ao longo dos últimos trinta dias (UTD)** anteriores ao momento da entrevista sendo que nesta última

categoria há uma subdivisão: 1 a 5 vezes, 6 a 19 vezes e mais de vinte vezes. A partir daí seria possível caracterizar quatro tipos de usuários, a saber:

1. Experimentador ou usuário ocasional, que vem a ser aquele incluído na categoria ao longo da vida (ALV);

2. Usuário leve (UTD1), é aquele que nos últimos trinta dias teve uma frequência de uso de uma a cinco vezes. É uma categoria menos numerosa do que a categoria experimentador. Porém deve-se lembrar que, dependendo das faixas etárias, pode haver superposição do uso primo, uso ALV e o UTD1, visto que ambos podem ter ocorrido no mesmo espaço de tempo (30 dias);

3. Usuário moderado (UTD2), uso de 6 a 9 vezes e

4. Usuário grave (UTD3), usou mais de 20 vezes. A rigor, dependendo da faixa etária, há pouca diferença entre esta e a categoria UTD2 acima. Ambas podem servir como indicadores da prevalência de uso abusivo sendo que a categoria UTD3 pode ser tomada como parâmetro de consumo diário, principalmente de álcool, cigarro de tabaco e drogas ilícitas na população estudada.

As categorias acima, a rigor, não diferem daquelas preconizadas pela OMS e utilizadas nos estudos desenvolvidos em nosso meio principalmente pelo CEBRID. Tais características podem facilitar as comparações entre os estudos realizados (GALDURÓZ, 1997).

Nos dias atuais é imprescindível que se pesquise o hábito de usar drogas por via injetável (perguntas 29 e 30). A categoria de usuários que utiliza injeção (intravenosa, intramuscular ou subcutânea) para a administração de uma droga de abuso é considerado o segundo maior grupo com comportamento de alto risco em relação à infecção pelo HIV e posterior desenvolvimento de Aids (ver Justificativa).

4.4.2.1. Substâncias estudadas a partir do instrumento

As categorias de substâncias estudadas seguiram também os padrões conhecidos e consagrados pela literatura como aquelas mais regularmente consumidas em nosso meio (ZANINI, 1978; MORGADO, 1983; GALDURÓZ, 1997).

Há muitas diferenças entre as diversas substâncias consumidas e/ou abusadas numa determinada população. As peculiaridades regionais, culturais e econômicas influenciam fortemente as características das drogas disponíveis no mercado consumidor.

Em primeiro lugar, são listadas as substâncias ou drogas caracterizadas como lícitas, ou seja, aquelas que gozam de respaldo jurídico e social para seu consumo. Elas são representadas pelo tabaco, álcool e as drogas do receituário médico (xaropes, tranqüilizantes, anorexígenos, estimulantes, anticolinérgicos centrais - usados no tratamento do Mal de Parkinson, entre outras).

É importante ressaltar que, no caso específico dos tranqüilizantes, seu consumo não foi caracterizado para o entrevistado como um consumo ilícito. Porém, como é amplamente conhecido, o uso indiscriminado destes medicamentos representa uma verdadeira aberração no que diz respeito à terapêutica medicamentosa em nosso país. Os tranqüilizantes são reconhecidos na literatura internacional, e pela classe médica em geral, como causadores de dependência. Objetiva-se apenas dimensionar este fenômeno e compará-lo com o consumo das substâncias ditas ilícitas. Os benzodiazepínicos tornaram-se uma panacéia 'receitada' em casa ou no balcão da farmácia, mas também e sobretudo, pelos médicos (MASI, 1996).

Entre as substâncias ou produtos usados como drogas de abuso na categoria dos inalantes, foram mencionados principalmente os solventes orgânicos (éter, benzina) e cola-de-sapateiro. O lança-perfume e o chamado 'cheirinho-da-loló' foram colocados a parte, pois já são enquadrados como drogas ilícitas e têm o seu acesso e uso perfeitamente identificados neste sentido. (Ver Glossário.) Em seguida, vêm as drogas ilícitas propriamente ditas, que neste estudo incluiu a maconha, a cocaína, os alucinógenos (LSD e o chá de cogumelo).

Cabe aqui uma justificativa pela não-inclusão dos analgésicos opiáceos numa pergunta fechada. Seu uso no Brasil é quase inexistente e as evidências até o momento mostraram que os indivíduos que usaram estas substâncias (no caso a heroína) o fizeram quando transitavam ou residiam no exterior, mormente Europa e Estados Unidos (LIMA, 1992b; LIMA, 1994).

Todavia existe no instrumento um espaço específico (pg. 5, pergunta 30) para que o respondente, caso tenha feito uso de alguma destas substâncias, possa mencionar tal uso.

Foram feitas algumas modificações em relação ao uso cigarro de tabaco UTD. Adotou-se um padrão unitário (maços/dia), a fim de melhor adaptação à cultura de consumo deste produto, o que pode servir também como parâmetro para o consumo diário.

Junto ao nome mais conhecido de cada substância foram colocados alguns sinônimos a fim de auxiliar a memória do respondente. O Quadro 10.1, no Glossário apresenta as principais drogas de abuso conhecidas em nosso meio ou cujo consumo foi aferido em algum inquérito já realizado.

O questionário CONSUP foi modificado para esta pesquisa com a introdução de um novo bloco de perguntas sob forma de Escala Visual Analógica (EVA) (p. 8, perguntas 43 a 52). A linha que representa a escala é reta, horizontal, lisa e tem dez centímetros, considerado uma padrão convencional (McDOWELL & NEWELL, 1996). Na extremidade esquerda, há uma legenda de intensidade, graduada como 'muito fácil'. No lado diametralmente oposto, a graduação corresponde a 'muito difícil'. A pergunta diz respeito ao grau de dificuldade que o entrevistado teria em comprar, caso desejasse, algumas das SP listadas. O ponto marcado pelo respondente foi, posteriormente, aferido em centímetros, com aproximação até duas casas decimais, em relação a sua distância do ponto 'zero', representado pela extremidade 'muito fácil.'

As escalas visuais analógicas são utilizadas com freqüência em estudos epidemiológicos e pesquisas clínicas para aferir a intensidade ou freqüência de vários sintomas, particularmente a dor (McCORMACK, 1988; McDOWELL & NEWELL, 1996;

PAUL-DAUPHIN, 1999). Elas são em geral completadas pelo próprio paciente. Seu uso data do início do século XX e recentemente têm sido incorporadas às pesquisas sobre qualidade em saúde. Elas são consideradas mais confiáveis do que as escalas numéricas ou verbais e as maiores dificuldades no seu entendimento ocorrem entre pessoas muito idosas ou com nível educacional muito baixo (McDOWELL & NEWELL, 1996). Após realizadas as aferições, um procedimento comum é a categorização dos resultados, a fim de facilitar a análise estatística.

Faz sentido acreditar na idéia que cada indivíduo tem um limiar diferente de percepção da própria dor (ou sofrimento) e que somente ele(a), saberá graduá-la apropriadamente, não obstante o grau de subjetividade inerente ao procedimento (MONK, 1989).

Desta forma acredita-se que este mesmo raciocínio empírico pode funcionar na avaliação da exposição às diferentes substâncias psicoativas, partindo-se do princípio que tal exposição, hoje em dia, é praticamente universal. Esta abordagem é singular visto que, na maioria das pesquisas, são os investigadores que, de alguma maneira, determinam quem são os indivíduos expostos ou não. Tal fato pode significar ainda uma mudança nos conceitos de exposição e risco em Epidemiologia, pois passariam a ter um outro referencial. Poder-se-ia então falar de uma possível consciência individual do risco que, *a posteriori*, pode ser avaliada quantitativamente, a fim de servir como um preditor deste risco.

Ter-se-ia um tipo de probabilidade *a priori*, fornecida pelo próprio indivíduo, o que eliminaria de certa maneira algum viés por parte do pesquisador na seleção da amostra, viés este, tão duramente criticado por vários epidemiólogos (FEINSTEIN, 1977; ARMSTRONG, 1992; ELMORE & FEINSTEIN, 1992; SUSSER, 1998).

Ainda assim estar-se-ia lidando com algo bastante subjetivo, pois há que se confiar na sinceridade do respondente e no seu grau de acuidade, na avaliação do próprio *status* de usuário, para posterior categorização.

Os resultados que serão apresentados mostram que ao menos é possível ter-se uma esperança de que o método pode ser aperfeiçoado e trazer benefícios à pesquisa epidemiológica do uso indevido de drogas em populações de risco, sem a necessidade de métodos mais invasivos, tais como os testes comprobatórios feitos com amostras de cabelo ou exames de urina. Tais exames envolvem aspectos éticos importantes e muitos são claramente contra a sua utilização por configurarem uma ameaça ao direito de privacidade garantido pela Constituição, e só devem ser utilizados em situações especiais, precedidas de parecer jurídico.

A versão atual do CONSUP apresenta ainda um bloco de perguntas que compõe uma versão simplificada do teste CAGE (EWING, 1984), que não foi utilizada nesta tese.

4.4.3. Teste do instrumento (piloto)

Devido à introdução das questões sobre acessibilidade, por meio de EVA, fez-se necessário testar esta nova versão a fim de avaliar, principalmente, se haveria alguma grande dificuldade na compreensão das perguntas por parte da clientela.

A fase de testagem (piloto) do instrumento também foi utilizada para o treinamento da equipe de entrevistadores, principalmente no que diz respeito à sua postura dentro da sala e à padronização do discurso (apresentação, explicação dos objetivos, dúvidas) no momento da aplicação do questionário.

Foi escolhido um estabelecimento de ensino com perfil de clientela diversificado para ser utilizado no piloto e foram pesquisadas turmas de oitava série da escola Alberto Medaljon, localizada no bairro de Vila Brandina, município de Campinas.

Todos os procedimentos eram explicados, passo a passo, aos alunos. Entre estes procedimentos padronizados foram enfatizadas a garantia do anonimato e a ausência de qualquer funcionário da escola nos locais de preenchimento.

Houve ainda o cuidado de se incluir no final do questionário, o telefone do CRIAD, para que o entrevistado, caso quisesse, entrasse em contato com a coordenação do projeto.

Foram preenchidos 57 questionários no teste e no re-teste sendo que o tempo médio de preenchimento individual de cada questionário foi de vinte minutos, não tendo praticamente diferença para o tempo de preenchimento da versão anterior do CONSUP.

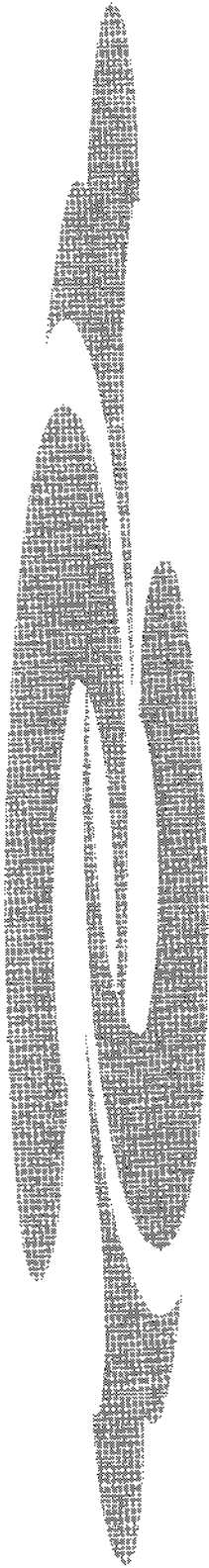
Dentre os problemas apontados, a disposição do bloco de respostas, de algumas das perguntas dificultou a sua compreensão, principalmente quando as variáveis vinham agrupadas em quadros com mais de uma coluna. Portanto, a diagramação eliminou os quadros, mantendo as perguntas com frases simples e blocos de resposta livres de bordas ou margens. Desta forma, criou-se um instrumento definitivo, contendo 52 perguntas com até 5 opções de resposta, que todavia continuará a ser denominado CONSUP (Consumo de Substâncias Psicoativas).

4.4.4. Aplicação do instrumento

Foram feitos os procedimentos de contato prévio com as respectivas direções das escolas, onde procurou-se reforçar as características do estudo, no sentido de obter por parte dos responsáveis de cada estabelecimento toda a colaboração necessária. Nesta fase houve auxílio do CRIAD (Centro de Referência e Informação sobre Alcoolismo e Drogadição) instituição mantida pela Prefeitura do Município de Campinas e que funciona como centro de referência para tratamento de pessoas com problemas envolvendo álcool e outras drogas. O CRIAD também desenvolve trabalhos de prevenção junto à comunidade escolar de Campinas e região, servindo pois como "liaison" entre as escolas e o pesquisador. Este auxílio do CRIAD tornou possível até mesmo consentimentos verbais para a realização da pesquisa, por parte da direção dos estabelecimentos de ensino.

Na totalidade das escolas, os entrevistadores tiveram liberdade para explicar aos alunos os propósitos do estudo e os procedimentos a serem seguidos. As equipes eram formadas por no mínimo três e no máximo cinco pesquisadores, sendo que de acordo com o tamanho das turmas, um pesquisador permanecia em cada sala. Desta forma, o preenchimento dos questionários ocorreu sem quaisquer problemas dignos de nota.

As informações passadas aos entrevistados, de forma padronizada, são basicamente aquelas encontradas na folha de rosto do CONSUP (Anexo 1). Foram aplicados entre a segunda quinzena de setembro e o dia 15 de dezembro de 1997, 1352 questionários sendo que 95% deles foram aplicados até o dia 30 de novembro do mesmo ano. Vinte e quatro questionários não foram aproveitados por apresentarem uma ou várias páginas não preenchidas ou com rasuras e adulterações que impossibilitaram uma definição precisa da opção de resposta. Sendo assim foram selecionados para a análise um total de 1328 questionários.



5. RESULTADOS

5.1. MÉTODOS DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a revisão crítica das informações, contidas nos arquivos do banco de dados, procedeu-se a uma análise preliminar, de onde foram obtidas estatísticas descritivas (frequências) das variáveis associadas ao uso de substâncias psicoativas aferidas a partir do CONSUP. Estes resultados estão sumarizados, por meio de tabelas e quadros que serão apresentados a seguir. Algumas das variáveis estudadas, e não incluídas nas análises principais, tiveram suas frequências tabuladas e podem ser consultadas no Anexo 2.

Em seguida foram estimadas as prevalências de consumo de substâncias psicoativas ao longo da vida ("life-time prevalence") e nos últimos trinta dias (prevalência pontual). Conforme indicado nos objetivos, foram estudadas as associações entre algumas variáveis sociodemográficas e o consumo ALV e UTD das substâncias pesquisadas. Foram calculados os "odds-ratio" (OR) ou razão de produtos cruzados e respectivos intervalos de confiança, para os diferentes tipos de substâncias aferidas pelo instrumento.

Nesta análise preliminar procedeu-se a uma estratificação da amostra, com controle das variáveis sexo, idade e categoria socioeconômica, como possíveis fatores de confundimento, sendo a significância estatística avaliada por meio do teste do Qui-quadrado. Nesta etapa foram utilizados os programas EPI-INFO, versão 6.02 (WHO, 1994) e SPSS®, versão 6.0 (SPSS, 1993). Estes resultados são apresentados nas Tabelas 5.3.3 a 5.3.8.

5.2. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA AMOSTRA

Fazem parte desta amostra 1328 indivíduos que freqüentavam, à época da entrevista, 7 escolas públicas do município de Campinas e 1 escola pública do município de Jaguariúna, estado de São Paulo. Dos estudantes entrevistados, 570 eram do sexo masculino (42,9%) e 748 do sexo feminino (56,3%) (Figura 6.2.1).

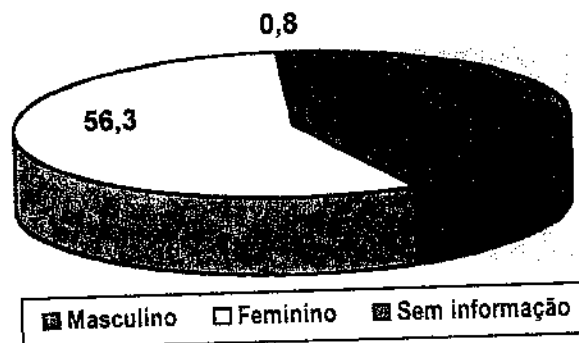


Figura 5.2.1. Distribuição da amostra por sexo

A média de **idade** da amostra é **16,0** (desvio padrão **2,2**; mediana **16,0**) sendo que 4,3% dos estudantes entrevistados têm até 17 anos de idade (percentil 75 na faixa de 18 anos; ver Tabela 5.2.1).

A distribuição da amostra por categorias socioeconômicas foi feita de acordo com o sistema criado pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), em 1978 (CARLINI-COTRIM, 1993). Para efeito de análise, foram agrupadas as categorias D e E pois esta última apresentou apenas 1 indivíduo.

O conceito básico desta classificação é discriminar os indivíduos mediante informações sobre sua escolaridade (ou de seus responsáveis) e a posse de determinados itens de conforto, tais como automóvel e eletrodomésticos. Para efeito de estudo é considerado o número de itens possuídos e não somente a presença ou ausência de cada item. A soma dos pontos obtidos vai incluir a pessoa entrevistada em categorias denominadas A, B, C, D ou E. Por exemplo: um determinado aluno Y possui, em sua casa, 1 televisor, 3 rádios, 1 automóvel, 1 aspirador e uma máquina de lavar. Y não tem empregada e sua casa tem 2 banheiros. O pai de Y tem nível superior incompleto.

Desta forma, Y obteve a seguinte pontuação: $2 + 3 + 4 + 5 + 0 + 4 + 5 = 25$, sendo classificado na categoria B, conforme tabela definida pela própria ABIPEME (Ver Anexo 2).

Tabela 5.2.1. Estudantes entrevistados segundo sexo, faixa etária, categoria socioeconômica e série escolar, Campinas (SP), 1997

		Masc. n (%)	Fem. n (%)	N*	%
<u>Sexo</u>					
		570 (43,2)	748 (56,8)	1318	100,0
<u>Faixa etária</u>					
	12-13	75 (5,7)	104 (7,9)	179	13,7
	14-15	172 (13,1)	216 (16,5)	388	29,6
	16-17	187 (14,3)	226 (17,2)	413	31,5
	18-20	132 (10,1)	199 (15,2)	331	25,2
	<i>Total</i>	566 (43,2)	745 (56,8)	1311	100,0
<u>Categoria socioeconômica</u>					
	A	143 (10,8)	129 (9,8)	272	20,6
	B	257 (19,5)	353 (26,8)	610	46,3
	C	160 (12,1)	255 (19,3)	415	31,5
	D-E	10 (0,8)	11 (0,9)	21	1,6
	<i>Total</i>	570 (43,2)	748 (56,8)	1318	100,0
<u>Série escolar</u>					
Primeiro grau	7 ^a	142 (10,8)	154 (11,7)	296	22,5
	8 ^a	145 (11,0)	174 (13,2)	319	24,2
Segundo grau	1 ^a	131 (9,9)	139 (10,5)	270	20,4
	2 ^a	106 (8,0)	143 (10,8)	249	18,9
	3 ^a	46 (3,5)	138 (10,5)	184	14,0
	<i>Total</i>	570 (43,2)	748 (56,8)	1318	100,0

*Foram excluídas as respostas sem informação

A análise das categorias socioeconômicas aponta para um perfil tipicamente de classe média. De acordo com a metodologia aplicada, a maior parte dos entrevistados (77,6%) foi classificada nas categorias B e C da tabela da ABIPEME. Uma outra parte da

amostra tem seu perfil situado na categoria A da mesma tabela (20,9%). Ao serem somados estes três segmentos observa-se então que 98,52% dos estudantes entrevistados são provenientes de famílias cuja renda estaria acima de 5 salários mínimos.³

5.3. CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Na apresentação das taxas de prevalência de consumo das várias substâncias estudadas, a partir do CONSUP, optou-se por não proceder a análises mais detalhadas do consumo ALC e UTD de “crack”, xaropes, LSD e outras drogas, que foram pouco citadas e tiveram baixa prevalência. Tais resultados interferem no poder de teste, prejudicando a análise, devido ao grande número de células com valor zero, nas tabelas de contingência.

Tais freqüências poderão ser encontradas nos comentários sobre os dados, a seguir (item 5.2.3.4).

Tabela 5.3.1. Prevalência de consumo de substâncias psicoativas: freqüência de uso ao longo da vida – ALV, Campinas (SP), 1997

	Uso ALV*			
	n	%	I.C. (95%)	S. inf. n(%)
Alcool	<i>1121/1311</i>	<i>85,5</i>	<i>83,5-87,4</i>	<i>17 (1,3)</i>
Tabaco	<i>623/1304</i>	<i>47,8</i>	<i>45,0-50,5</i>	<i>24 (1,8)</i>
Tranqüilizantes	<i>124/1314</i>	<i>9,3</i>	<i>7,8-11,0</i>	<i>14 (1,1)</i>
Inalantes	<i>156/1306</i>	<i>11,9</i>	<i>10,3-13,9</i>	<i>22 (1,7)</i>
Maconha	<i>166/1312</i>	<i>12,8</i>	<i>10,9-14,6</i>	<i>16 (1,2)</i>
Cocaína	<i>71/1295</i>	<i>5,5</i>	<i>4,3-6,9</i>	<i>33 (2,5)</i>

N total = 1328 (A média do universo de respondentes é 1306, excluídas as respostas sem informação.)

*13,9% dos entrevistados negaram experimentação de qualquer uma das substâncias pesquisadas.

³ Em termos de salários mínimos, uma família da categoria A receberia 20 salários mínimos ou mais, da categoria B entre 10 e 20 salários mínimos, da categoria C entre 5 e 10 salários mínimos e das categorias D-E de 1 até 5 salários mínimos, na cidade de Campinas e região.

Tabela 5.3.2. Prevalência de consumo de substâncias psicoativas: frequência de uso nos últimos trinta dias – UTD, Campinas (SP), 1997

	Uso UTD				
	<i>Até 5 vezes (%)*</i>	<i>6 a 19 vezes (%)*</i>	<i>20 vezes +(%)*</i>	<i>Total (%)†</i>	<i>I.C.-95%</i>
Alcool	508 (71,3)	145 (20,4)	59 (8,3)	712 (54,3)	51,6-57,0
Tabaco	128 (48,3)	33 (12,5)	104 (39,2)	265 (20,3)	18,2-22,6
Tranqüilizante	33 (80,4)	4 (9,8)	4 (9,8)	41 (3,1)	2,3-4,2
Inalantes	38 (73,1)	9 (17,3)	5 (9,6)	52 (4,0)	3,1-5,2
Maconha	34 (53,1)	19 (29,7)	11 (17,2)	64 (4,9)	3,8-6,2
Cocaína	15 (21,1)	4 (5,6)	5 (7,0)	24 (1,9)	1,2-2,7

* Percentual em relação aos usuários UTD da substância

† Percentual em relação ao total geral de entrevistados

Na amostra estudada, o percentual de consumo para qualquer substância considerada ilícita, ao longo da vida, foi 21,6% (IC95%: 19,5-23,0) e o consumo nos últimos trinta dias 8,4% (IC95%: 7,0-10,1). Nas Tabelas 5.3.1 e 5.3.2 estão resumidos os resultados das prevalências de consumo ALV e UTD.

A distribuição por mediana da idade de início de consumo e sexo, das substâncias estudadas, é apresentada no capítulo 6 (Discussão), figura 6.1. Para consultar os percentuais discretizados por gênero, ver a tabela A2.4 no Anexo 2.

5.3.1. Drogas lícitas

Nas tabelas (5.3.3 a 5.3.5) são apresentados os resultados dos cruzamentos feitos para os testes de significância estatística e os respectivos “odds-ratio”, intervalos de confiança e p-valores obtidos por meio de teste Qui-quadrado, em relação às variáveis sexo e categoria socioeconômica e as frequências de consumo ALV e UTD de cigarro de tabaco, álcool e tranqüilizantes.

5.3.1.1. Tabaco

Entre os estudantes entrevistados, 47,8% da amostra referiu já ter experimentado cigarro de tabaco, ao menos uma vez na vida. Dentre aqueles que utilizaram tabaco 69,2 % fizeram uso pela primeira vez com a idade igual ou inferior a 14 anos. Com relação ao sexo, dentre aqueles que já tinham experimentado cigarro de tabaco, 38,4 % eram do sexo masculino e 61,6 %, do sexo feminino.

Em termos de uso nos últimos trinta dias, encontramos uma prevalência total de 20,3 % de uso na amostra estudada. Ainda na categoria UTD, entre os estudantes fumantes 61,3% eram do sexo feminino e 38,7% do sexo masculino.

O teste de Qui-quadrado, para verificar a existência de associação entre sexo e uso de cigarro de tabaco ALV, mostrou significância estatística em relação ao sexo feminino com $p < 0,001$, com OR de 1,43. O p-valor em relação ao uso UTD e sexo não foi significativo, com OR de 1,24.

Ao serem analisados separadamente, a categoria socioeconômica A, em termos de consumo ALV, apresentou significância em relação às outras categorias ($p < 0,000$; OR 1,98), o que não se repetiu na categoria UTD. Ainda na categoria A, quando este cruzamento é controlado pela variável sexo os “odds-ratio” e p-valores mantêm-se significativos na frequência ALV, o mesmo não acontecendo na frequência UTD, em ambos os sexos.

Dentre as outras categorias avaliadas, a categoria C também apresentou valores significativos para consumo ALV de tabaco, sendo que também não houve significância ($p > 0,05$) para a categoria UTD ou quando estratificado por sexo. As categorias B e D-E não apresentaram quaisquer associações significativas em relação às outras categorias ou à variável sexo.

Tabela 5.3.3. “Odds-ratio”, intervalo de confiança e p-valor das características sociodemográficas estratificadas por sexo, categoria socioeconômica (CSE) e frequência de uso ALV e UTD de *tabaco*, Campinas (SP), 1997

		ALV			UTD		
		OR	IC95%	pvalor	OR	IC95%	pvalor
Sexo	Masc	0,70	0,56-0,88	0,0014	0,81	0,57-1,14	ns*
	Fem	1,43	1,14-1,80	0,0014	1,24	,88-1,75	ns
CSE (controlado por Sexo)							
Masc	A	2,01	1,34-3,02	0,0003	1,45	0,81-2,61	ns
	B	0,84	0,59-1,19	ns	1,08	0,61-1,89	ns
	C	0,66	0,44-0,99	0,0355	0,55	0,26-1,11	ns
	D-E	0,58	0,12-2,50	ns	nc+	nc	nc
Fem	A	2,07	1,37-3,14	0,0002	1,20	0,72-2,00	ns
	B	0,92	0,68-1,24	ns	0,82	0,53-1,26	ns
	C	0,72	0,53-0,99	ns	1,13	0,71-1,81	ns
	D-E	0,54	0,13-2,06	ns	nc	nc	nc
Categorias socioeconômicas							
	A	1,98	1,50-2,60	0,0000	1,32	0,91-1,91	ns
	B	0,88	0,71-1,11	ns	0,89	0,64-1,24	ns
	C	0,71	0,56-0,91	0,0047	0,90	0,62-1,32	ns
	D-E	0,54	0,20-1,44	ns	0,53	0,07-3,07	ns

*ns=não significativo-teste exato de Fisher ($p > 0,05$); +nc=não calculado, células com valor zero

5.3.1.2. Álcool

Com relação ao consumo de álcool (bebidas destiladas e/ou fermentadas), 1121 estudantes (85,5% da amostra) referiram ter feito uso ALV de algum tipo de bebida alcoólica. É importante lembrar que foram aferidas as frequências de uso e não as quantidades ou tipo específico de bebida ingerida.

A análise da idade de início de consumo revelou que 68,1% do total da amostra que experimentou álcool o fez, pela primeira vez, com menos de 12 anos de idade e os restantes 32,9% entre 13 e 16 anos. A distribuição por sexo mostra uma proporção de 41,9% de alunos do sexo masculino e 58,1% no sexo feminino.

Da amostra estudada, 712 indivíduos (54,3%) fizeram uso UTD de álcool, sendo que este consumo ocorre 43,2% no sexo masculino e 56,8% no sexo feminino.

Os cruzamentos entre sexo e consumo ALV e UTD revelaram uma associação significativa ($p < 0,05$) em relação ao sexo feminino e consumo ALV. Quando o cruzamento das categorias socioeconômicas é controlado pela variável sexo, o resultado é significativo para o sexo masculino, na categoria "A," nas frequências ALV e UTD e para o sexo feminino na categoria A, frequência UTD.

O cruzamento direto, entre o consumo ALV e UTD de álcool, em cada categoria socioeconômica revelou associações mais significativas para a categoria A nas frequências ALV e UTD. A categoria C apresenta p-valores estatisticamente significativos mas com OR abaixo de 1.

Tabela 5.3.4. “Odds-ratio”, intervalo de confiança e p-valor das características sociodemográficas estratificadas por sexo, categoria socioeconômica (CSE) e frequência de uso ALV e UTD para *bebidas alcoólicas*, Campinas (SP), 1997

		ALV			UTD		
		OR	IC95%	pvalor	OR	IC95%	Pvalor
Sexo	Masc	0,72	0,52-0,99	0,0361	1,19	0,92-1,54	ns*
	Fem	1,39	1,01-1,91	0,0361	0,84	0,65-1,09	ns
CSE (controlado por Sexo)							
Masc	A	1,67	0,92-3,05	0,0726	2,03	1,23-3,36	0,0031
	B	1,34	0,83-2,14	ns	0,52	0,34-0,78	0,0009
	C	0,54	0,33-0,89	0,0097	1,14	0,71-1,84	ns
	D-E	0,30	0,07-1,28	0,0501	2,58	0,29-58,7	ns
Fem	A	1,51	0,77-3,02	ns	1,73	1,08-2,76	0,0150
	B	1,04	0,66-1,63	ns	1,31	0,94-1,82	ns
	C	0,79	0,49-1,26	ns	0,56	0,40-0,80	0,0007
	D-E	0,66	0,13-4,47	ns	0,36	0,07-1,74	ns
Categorias socioeconômicas							
	A	1,55	1,00-2,42	0,0387	1,89	1,36-2,64	0,0000
	B	0,68	0,49-0,94	0,0138	0,92	0,71-1,18	ns
	C	0,67	0,48-0,94	0,0151	0,71	0,54-0,94	0,0117
	D-E	0,42	0,15-1,22	ns	0,75	0,23-2,44	ns

*ns=não significativo-teste exato de Fisher (p>0,05)

5.3.1.3. Tranqüilizantes

Antes de proceder à descrição do consumo destas substâncias é importante lembrar que, no preenchimento do questionário, o uso de tranqüilizantes não foi explicitamente caracterizado como ilícito, ou seja, não houve nesta pergunta, diferentemente do que ocorreu com as substâncias ilícitas, a caracterização 'para dar algum barato.' Os resultados apresentados, nesta categoria de substância psicoativa, refletem, principalmente, o consumo de benzodiazepínicos. O diazepam e o bromazepan foram os mais citados, dentre eles, com uma prevalência de 2,8% e 1,2% respectivamente. Mais de vinte nomes comerciais de psicofármacos foram citados, desde fitoterápicos a neurolépticos, passando por antidepressivos. Cerca de 5% dos que responderam afirmativamente ao consumo de tranqüilizantes não lembraram o nome do produto utilizado.

O percentual de estudantes que referiu já ter utilizado tranqüilizantes ALV foi 9,3%. Em relação ao sexo, o consumo de tranqüilizantes na amostra foi de 22,0 % no sexo masculino e 78,0% no sexo feminino.

Quanto à idade de início de consumo, 43,7% daqueles que, alguma vez na vida, experimentaram algum tipo de tranqüilizante, assinalou tê-lo feito antes dos 14 anos de idade.

Em relação ao total geral da amostra, a frequência UTD foi de 3,1%, sendo a proporção de 15,0% no sexo masculino e 85,0% no sexo feminino. Houve associação significativa entre o consumo ALV sexo feminino ($p < 0,0001$; OR 2,94). Na frequência UTD não houve associação estatisticamente significativa, porém o OR, para o sexo feminino, foi 1,95.

Nas análises entre CSE e consumo ALV/UTD, controlados pela variável sexo, houve significância no consumo ALV masculino e feminino na categoria A ($p < 0,02$ em ambos) mas com OR superior, no sexo masculino.

Em termos do cruzamento entre as categorias socioeconômicas e o consumo ALV/UTD houve significância na categoria A, ao longo da vida ($p < 0,01$).

Tabela 5.3.5. “Odds-ratio”, intervalo de confiança e p-valor das características sociodemográficas estratificadas por sexo, categoria socioeconômica (CSE) e frequência de uso ALV e UTD de *tranquilizantes*, Campinas (SP), 1997

		ALV			UTD		
		OR	IC95%	pvalor	OR	IC95%	pvalor
Sexo	Masc	0,34	0,21-0,54	0,0000	0,51	0,17-1,52	ns*
	Fem	2,94	1,86-4,70	0,0000	1,95	0,66-6,01	ns
CSE (controlado por Sexo)							
Masc	A	2,51	1,14-5,51	0,0174	3,25	0,45-22,01	ns
	B	0,83	0,36-1,87	ns	0,67	0,15-3,32	ns
	C	0,43	0,13-1,31	ns	0,00	0,00-5,62	ns
	D-E	0,00	0,00-5,79	ns	nc	nc	nc
Fem	A	1,84	1,08-3,11	0,0164	1,40	0,53-3,63	ns
	B	0,99	0,64-1,53	ns	1,18	0,50-2,74	ns
	C	0,61	,036-1,01	0,0438	0,51	0,15-1,57	ns
	D-E	1,50	0,31-7,09	ns	1,82	0,10-30,03	ns
Categorias socioeconômicas							
	A	1,78	1,17-2,70	0,0051	1,57	0,70-3,51	ns
	B	0,95	0,64-1,39	ns	1,05	0,46-2,38	ns
	C	0,62	0,39-0,98	0,0294	0,47	0,15-1,37	ns
	D-E	1,01	0,11-4,27	ns	2,03	0,0-76,41	ns

*ns=não significativo-teste exato de Fisher ($p>0,05$); +nc=não calculado, células com valor zero

5.3.2. Drogas ilícitas

Nas tabelas (5.3.6 a 5.3.8) são apresentados os resultados dos cruzamentos feitos para os testes de significância estatística e os respectivos “odds-ratio”, intervalos de confiança e p-valores obtidos por meio de teste Qui-quadrado, em relação às variáveis sexo e categoria socioeconômica e às frequências de consumo ALV e UTD de solventes e inalantes, maconha e cocaína.

5.3.2.1. Inalantes e solventes

A categoria denominada inalantes/solventes (ver Glossário) é extensa e engloba substâncias químicas produzidos pela indústria (tolueno, benzeno, éter, acetona, etc.). Sua utilização como droga de abuso vem sendo estudada, ao longo dos anos, principalmente entre a população de meninos de rua (NOTTO, 1997, 1998). Seu uso indevido também é relatado, com frequência, entre adolescentes de diversas partes do mundo (BAUMAN & PHONGSAVAN, 1999; SWADI, 1999).

Estão incluídos nesta categoria produtos tais como o esmalte de unha e a cola de sapateiro, pelo fato de liberarem, sob forma volátil, algum dos solventes mencionados anteriormente, destacando-se, dentre eles, o tolueno.

O número de estudantes que referiu já ter utilizado solventes ALV foi de 11,9%, sendo que 46,1% eram do sexo masculino e 53,9% do sexo feminino. Quanto à idade de início de consumo, 57,1% assinalaram tê-lo feito antes dos 14 anos de idade.

Em relação ao uso UTD, no total geral da amostra, 4,0% referiu ter utilizado solventes. Destes, 38,5% eram do sexo masculino e 61,5% do sexo feminino.

Os testes de significância para associação entre sexo e consumo ALV/UTD não foram significativos. Todavia os “odds-ratio” para o sexo masculino na frequência ALV foram ligeiramente superiores a 1 (1,13) e no sexo feminino, frequência UTD, foi 1,67.

Nos cruzamentos entre a variável categoria socioeconômica e consumo ALV/UTD, houve significância para a categoria A em ambas as frequências com valores de $p < 0,05$. Quando controlados pela variável sexo, a significância se manteve na categoria A, sexo masculino ALV ($p < 0,01$) e sexo feminino UTD ($p < 0,05$). Todos os outros cruzamentos não foram significativos nas demais categorias.

Tabela 5.3.6. “Odds-ratio”, intervalo de confiança e p-valor das características sociodemográficas estratificadas por sexo, categoria socioeconômica (CSE) e frequência de uso ALV e UTD de *inalantes*, Campinas (SP), 1997

		ALV			UTD		
		OR	IC95%	pvalor	OR	IC95%	pvalor
Sexo	Masc	1,13	0,80-1,58	ns	0,60	0,30-1,19	ns
	Fem	0,88	0,62-1,25	ns	1,67	0,79-3,52	ns
CSE (controlado por Sexo)							
Masc	A	2,01	1,15-3,49	0,0081	2,52	0,77-8,39	0,0844
	B	0,63	0,36-1,08	0,0755	0,53	0,13-1,87	ns
	C	0,86	0,47-1,57	ns	0,69	0,16-2,80	ns
	D-E	0,77	0,02-5,67	ns	0,0	nc	ns
Fem	A	1,63	0,91-2,90	0,0754	2,99	0,90-10,20	0,0427
	B	0,88	0,55-1,43	ns	0,57	0,21-1,58	ns
	C	0,87	0,52-1,46	ns	0,76	0,25-2,44	ns
	D-E	0,00	nc	ns	0,00	nc	ns
Categorias socioeconômicas							
	A	1,89	1,29-2,78	0,0005	2,14	0,99-4,65	0,0347
	B	0,73	0,51-1,05	0,0789	0,62	0,29-1,33	ns
	C	0,85	0,58-1,25	ns	0,79	0,34-1,01	ns
	D-E	0,36	0,02-2,58	ns	0,00	nc	ns

*ns=não significativo-teste exato de Fisher ($p > 0,05$); +nc=não calculado, células com valor zero

5.3.2.2. Maconha

O número de estudantes que referiu já ter utilizado a maconha ALV corresponde a 12,8% da amostra, sendo esta a substância ilícita com maior prevalência de uso. Em relação ao sexo, a prevalência dentre aqueles que, ao menos uma vez, experimentaram maconha, foi de 52,8% para o sexo masculino e 47,2% para o sexo feminino. Quanto à idade de início de consumo de maconha entre os entrevistados, 32,9% referiu tê-lo feito com idade igual ou inferior a 14 anos.

Em termos de uso UTD, houve 4,9% de estudantes no total geral da amostra. A distribuição desta frequência de uso, entre os sexos, mostrou 60,9% no sexo masculino e 39,1% no sexo feminino.

Nas análises feitas para testar a associação entre a variável sexo e a frequência do consumo ALV e UTD, houve significância estatística para o sexo masculino e consumo ALV com $p < 0,01$. Não houve significância em relação ao consumo UTD, embora o OR fosse 1,80.

No cruzamento entre categoria socioeconômica e consumo ALV/UTD houve associação para a categoria A em ambas as frequências com $p < 0,0001$; na categoria B, frequência UTD ($p < 0,01$) e C, categoria ALV ($p < 0,001$). Nestas duas últimas o “odds-ratio” foi inferior a 1.

Já o controle do cruzamento entre as categorias socioeconômicas pela variável sexo mostrou significância na categoria A para ambos os sexos, na frequência ALV ($p < 0,01$) e UTD no sexo feminino ($p < 0,01$), ficando o p-valor na frequência UTD, muito próximo da significância em 5%.

Na categoria B houve associação entre o sexo feminino e consumo UTD ($p < 0,05$) e na categoria C houve significância para o sexo feminino e consumo ALV, mas sem correspondência em termos de OR.

Tabela 5.3.7. “Odds-ratio”, intervalo de confiança e p-valor das características sociodemográficas estratificadas por sexo, categoria socioeconômica (CSE) e frequência de uso ALV e UTD de *maconha*, Campinas (SP), 1997

		<i>ALV</i>			<i>UTD</i>		
		OR	IC95%	Pvalor	OR	IC95%	pvalor
Sexo	Masc	1,56	1,10-2,19	0,0081	1,80	0,80-3,61	0,0705
	Fem	0,64	0,46-0,91	0,0081	0,55	0,28-1,11	0,0705
CSE (controlado por Sexo)							
Masc	A	2,10	1,26-3,50	0,0023	2,34	0,87-6,37	0,0619
	B	0,75	0,46-1,24	ns	0,51	0,19-1,36	ns
	C	0,66	0,36-1,18	ns	0,68	0,20-2,19	ns
	D-E	0,61	0,03-4,79	ns	0,00	nc+	ns
Fem	A	2,61	1,51-4,53	0,0002	4,74	1,51-15,3	0,0022
	B	1,04	0,64-1,72	ns	0,31	0,10-0,96	ns
	C	0,43	0,23-0,80	0,0040	0,63	0,15-2,51	ns
	D-E	0,00	nc	ns	0,00	nc	ns
Categorias socioeconômicas							
	A	2,45	1,70-3,53	0,0000	3,03	1,48-6,22	0,0008
	B	0,87	0,62-1,23	ns	0,41	0,20-0,83	0,0071
	C	0,51	0,33-0,77	0,0008	0,69	0,29-1,65	ns
	D-E	0,34	0,02-2,41	ns	0,00	nc	nc

*ns=não significativo-teste exato de Fisher ($p>0,05$); +nc=não calculado, células com valor zero

5.3.2.3. Cocaína

O total de estudantes entrevistados que referiu já ter utilizado cocaína ao longo da vida foi de 5,5%. Em relação ao sexo, dentre todos aqueles que, ao menos uma vez consumiram cocaína, 55,9% eram do sexo masculino e 44,1% eram do sexo feminino. Quanto à idade de início de consumo, 15 estudantes (1,2%) experimentaram com idade igual ou inferior a 14 anos, sendo a média de idade de início de consumo 16 anos.

Com relação ao uso UTD de cocaína no total geral da amostra, registrou-se 1,9% (24 indivíduos) com predominância do sexo masculino 60,9% contra 39,1% no sexo feminino.

O cruzamento entre a variável sexo e consumo ALV/UTD mostrou significância para o sexo masculino e consumo ao longo da vida com $p < 0,03$. Não houve significância no consumo UTD, embora o “odds-ratio” fosse 1,48.

Ao controlar-se o cruzamento de ESE e consumo, pela variável sexo, foi encontrada significância apenas para o sexo masculino, consumo ALV, na categoria A com p-valor $< 0,05$.

Na avaliação de consumo e categoria socioeconômica houve significância entre consumo ALV nas categorias A ($p < 0,01$; OR 2,13) e C ($p < 0,05$; OR 0,53).

Tabela 5.3.8. “Odds-ratio”, intervalo de confiança e p-valor das características sociodemográficas estratificadas por sexo, categoria socioeconômica (CSE) e frequência de uso ALV e UTD de *cocaína*, Campinas (SP), 1997

		<i>ALV</i>			<i>UTD</i>		
		OR	IC95%	pvalor	OR	IC95%	Pvalor
Sexo	Masc	1,74	1,04-2,93	0,0250	1,48	0,48-4,69	ns
	Fem	0,57	0,34-0,96	0,0250	0,67	0,21-2,09	ns
CSE (controlado por Sexo)							
Masc	A	2,02	0,97-4,18	0,0397	1,17	0,25-5,54	ns
	B	0,87	0,42-1,78	ns	0,98	0,21-4,57	ns
	C	0,47	0,17-1,22	ns	0,37	0,01-4,30	ns
	D-E						
Fem	A	1,45	0,52-3,60	ns	2,25	0,25-17,68	ns
	B	1,14	0,52-2,50	ns	0,80	0,13-4,88	ns
	C	0,70	0,28-1,67	ns	0,61	0,07-4,77	ns
	D-E	0,00	0,00-9,71	ns	nc+	nc	nc
Categorias socioeconômicas							
	A	2,13	1,24-3,63	0,0028	1,52	0,49-4,76	ns
	B	0,90	0,54-1,49	ns	0,88	0,29-2,67	ns
	C	0,53	0,28-1,00	0,0350	0,47	0,08-2,07	ns
	D-E	0,86	0,02-5,54	ns	nc	nc	ns

*ns=não significativo-teste exato de Fisher ($p>0,05$); +nc=não calculado, células com valor zero

5.3.2.4. Outras substâncias ilícitas

O LSD e os outros alucinógenos, tão difundidos na década de 60, hoje em dia parecem ser pouco conhecidos pela maioria dos estudantes entrevistados. A utilização de LSD foi referida por 3 estudantes. O chá de cogumelo foi citado por 7 entrevistados e o chá de lírio por outros 4. Da mesma forma os xaropes (medicamentos do grupo dos antitussígenos), cuja utilização era muito comum entre os jovens residentes nos grandes centros urbanos, nos anos 70 e 80, não foram mencionados como droga de abuso. O uso de “crack” ALV foi mencionado por 13 estudantes e 7 fizeram uso UTD. Há predominância do sexo masculino na razão 3/1.

5.3.2.5. Uso injetável de drogas

Outro dado importante, a ser destacado neste estudo, diz respeito à prevalência de uso injetável de drogas. Na amostra de estudantes entrevistados, 10 estudantes (0,8% da amostra) fizeram uso da via injetável, para o consumo de drogas. A maioria dos que referiram uso desta via era estudante do segundo grau (7/10) e com idade acima de 16 anos. O instrumento utilizado somente nos permite avaliar que tal consumo se deu ao menos alguma vez na vida.

As principais substâncias injetadas e mencionadas pelos entrevistados foram: cocaína ou cocaína juntamente com glucoenergán, produto contendo glicose associada a uma substância estimulante. Há uma referência de uso de esteróide anabolizante contendo testosterona. Um entrevistado mencionou a heroína. Há domínio de usuários do sexo masculino na razão de 9/1.

5.4. ESTUDO SOBRE EXPOSIÇÃO E RISCOS ASSOCIADOS

Foram criados dois modelos de estudo com o objetivo de avaliar a hipótese formulada sobre a acessibilidade às drogas e suas possíveis associações com o risco de experimentação ou uso freqüente de algumas substâncias. Tais modelos se baseiam na análise das variáveis aferidas em escala visual analógica (EVA). (Ver página 8 do instrumento - Anexo 1.)

No primeiro modelo, foram estudadas associações entre o grau de dificuldade em obter as substâncias listadas e o uso ALV e UTD destas. No segundo modelo foi utilizado um estudo multivariado, por meio de regressão logística, com a freqüência de uso ALV das substâncias estudadas (exceto inalantes/solventes) como variáveis dependentes, testadas separadamente. As variáveis 'sexo', 'categoria socioeconômica' e 'grau de dificuldade' em obter SPs foram introduzidas no modelo como variáveis independentes. Os demais detalhes são apresentados nos itens 5.4.1 e 5.4.2 a seguir.

Cabe aqui uma justificativa sobre a não-inclusão das substâncias inalantes/solventes no estudo sobre a acessibilidade em EVA e sua subsequente avaliação no modelo multivariado. É conhecida dos pesquisadores a grande variação sazonal do consumo destas substâncias, principalmente do chamado 'lança-perfume' bastante consumido no Carnaval. Em estudo informais, a partir de grupos focais com adolescentes, o autor não encontrou um padrão minimamente homogêneo, tanto de freqüência de consumo, quanto na noção de acesso ou disponibilidade destas substâncias. Os adolescentes referem que tanto o éter quanto a acetona são encontrados no próprio domicílio, ficando descaracterizada então a idéia de dificuldade para comprar, conforme o enunciado da questão.

5.4.1. Modelo estratificado

Este modelo foi estruturado a partir da seguinte estratégia: num primeiro momento foi criada uma variável englobando o uso de qualquer uma das substâncias ilícitas, ao longo da vida, que corresponde, na prática, à prevalência desta freqüência no

total da amostra (21,6%). No primeiro cruzamento desta variável (que passa a se chamar ILIEVER) com a variável sexo não houve qualquer associação significativa, no teste Qui-quadrado. Tal fato possibilitou o prosseguimento do estudo, sem a necessidade desta estratificação prévia.

Conforme visto anteriormente, nas tabelas 5.3.3. a 5.3.8, muitos dos cruzamentos entre o uso ALV e principalmente UTD, das substâncias estudadas e as categorias socioeconômicas, não resultaram em associações significativas ($p > 0,05$). Desta forma, esta inferência estatística prévia nos permitiu continuar a análise, substituindo a ILIEVER, no modelo, executando diretamente os cruzamentos entre cada frequência ALV e UTD das substâncias e as respectivas perguntas em EVA.

Para facilitar a análise, as respostas referentes aos graus de dificuldade foram categorizadas, em 'exposto' (1) e 'não-exposto' (0), a partir dos escores obtidos em cada reta e de acordo com sua frequência de marcação. Expostos seriam aqueles que, *a priori* não teriam grandes dificuldades em obter determinada substância (acham fácil).

Desta forma, os cortes na escala foram arbitrados no percentil 75, para o álcool e o cigarro de tabaco, pois as marcações, destas duas substâncias, se aglomeravam mais próximas à extremidade do 'muito fácil' e percentil 50 nas demais drogas, pelo efeito oposto, ou seja, mais da metade dos respondentes marcou além do ponto central da reta, na direção da extremidade 'mais difícil.' Esta estratégia teve como objetivo tornar a análise exequível a partir de tabelas 2X2.

Os resultados contendo os valores de 'p', "odds-ratio" e intervalo de confiança, para os expostos ('acham fácil') são apresentados na Tabela 5.4.1. Para verificação das estratificações referentes às EVA, consultar tabelas no Anexo 2.

Tabela 5.4.1. “Odds-ratio”, intervalo de confiança e p-valor da variável *grau de dificuldade para obtenção* (acesso) e consumo de substâncias psicoativas ALV e UTD, Campinas (SP), 1997

	ALV			UTD		
	OR	IC-95%	p-valor	OR	IC-95%	p-valor
Alcool	3,88	2,66-5,67	0,0000	1,54	1,06-2,24	0,0182
Tabaco	3,97	2,88-5,47	0,0000	1,29	0,74-2,27	ns
Tranqüilizante	2,06	1,33-3,18	0,0005	1,18	0,46-3,05	Ns
Maconha	7,07	4,55-11,05	0,0000	2,06	0,80-5,46	Ns
Cocaína	7,04	3,70-13,59	0,0000	1,83	0,39-9,70	Ns

Para o uso de qualquer substância (ILIEVER) e sexo $p > 0,50$; OR 0,98; IC 0,75-1,29; para *grau de dificuldade de obtenção* de qualquer droga e ILIEVER, $p < 0,0000$; OR 0,27; IC 95% 0,19-0,31; ns= não significativo

5.4.2. Modelo multivariado

Foi realizada uma análise multivariada, pelo método de regressão logística direta, para controlar as variáveis independentes ‘sexo’, ‘categoria socioeconômica’ (A, B e C) e ‘grau de dificuldade’ em obter determinada substância (esta última a partir da escala visual analógica), sobre as variáveis dependentes ‘consumo ALV e UTD’ de álcool, tabaco, tranqüilizantes, maconha e cocaína (Tabela 5.4.2). Nesta etapa foi utilizado o programa SPSS versão 6.0 (SPSS, 1993).

Desta forma, ao incluir no modelo, a variável em EVA, o objetivo foi controlar estas variáveis em relação ao risco para uso ALV e UTD, mesmo que esta última frequência, conforme demonstrado, pelo modelo anterior, não evidenciasse associações significativas.

Acreditamos que o modelo multivariado seria mais apropriado para confirmar a magnitude da exposição (acessibilidade), avaliadas a partir de uma auto-avaliação dos entrevistados, conforme discutido na Justificativa.

O modelo criado, utilizando a variável em EVA, como independente, segue a mesma metodologia apresentada no modelo anterior ou seja as respostas referentes aos 'graus de dificuldade' foram categorizadas, em 'exposto' (1) e 'não-exposto' (0), a partir dos escores obtidos em cada reta e de acordo com sua frequência de marcação.

A opção pela regressão logística está relacionada à capacidade deste método em poder trabalhar com variáveis dependentes e independentes quando estas são dicotômicas. A análise dos resultados é feita em função do "odds-ratio". Para isto é necessário entender "odds" como a razão entre a probabilidade de um resultado favorável e outro desfavorável. O "odds-ratio" expressa a chance de um indivíduo, que tem o fator de risco (exposição), desenvolver de fato o agravo que está sendo investigado (DANIEL, 1999).

Tabela 5.4.2. "Odds-ratio", intervalo de confiança e p-valor da variável *grau de dificuldade para obtenção* (acesso) e consumo de substâncias psicoativas ALV e UTD, ajustado por regressão logística, Campinas (SP), 1997

	ALV			UTD		
	OR	IC95%	p-valor	OR	IC95%	p-valor
Alcool	3,44	2,38-4,97	0,0000	1,30	0,91-1,84	ns
Tabaco	2,57	1,92-3,42	0,0000	1,50	0,93-2,42	ns
Tranqüilizantes	1,88	0,82-2,87	0,0038	1,09	0,92-5,57	ns
Maconha	6,73	4,37-10,37	0,0000	1,94	0,78-4,80	ns
Cocaína	4,98	2,77-8,92	0,0000	2,87	2,48-12,27	ns

ns = não significativo ($p > 0,05$)

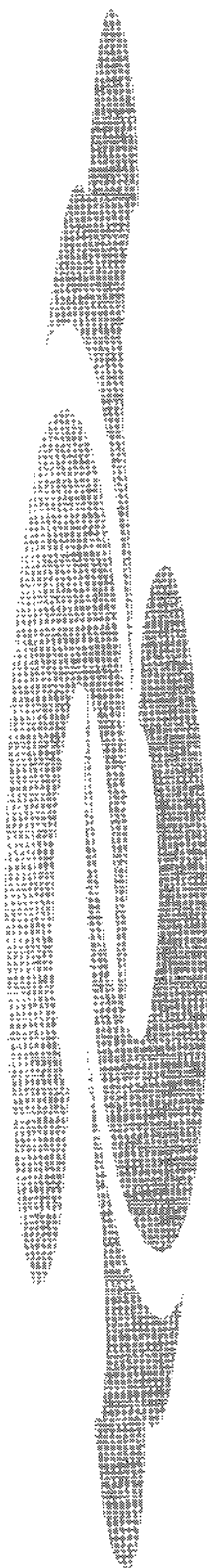
Dentre as outras variáveis independentes, incluídas no modelo, a categoria socioeconômica A mostrou, igualmente, força de associação na frequência ALV para álcool (OR 3,69; $p < 0,05$).

Foi feita uma análise de regressão pelo método “stepwise (backward)” condicional, para maconha e cocaína. A força de associação, em relação ao estrato socioeconômico ‘A’ foi mantida, na frequência ALV, a partir da saída das categorias B, e C, e a variável ‘sexo’, mantida a variável ‘grau de dificuldade’ como independente (Tabela 5.4.3).

Tabela 5.4.3. “Odds-ratio”, intervalo de confiança e p-valor para a categoria socioeconômica A e uso ALV e UTD de maconha e cocaína, ajustado por regressão logística,* Campinas (SP), 1997

<i>Categoria socioeconômica A</i>			
	OR	IC 95%	p-valor
Maconha	2,54	2,43-3,79	0,0000
Cocaína	2,38	1,73-4,16	0,0042

* Stepwise (backward) condicional



6. DISCUSSÃO

6.1. COMENTÁRIOS GERAIS

Conforme indicam os resultados, apresentados nas tabelas 5.3.3 a 5.3.8, foi possível manter a associação entre o sexo masculino e consumo ALV (experimentação) e UTD de maconha e cocaína. Nesta última, apesar do OR de 1,48, o p-valor não foi significativo. Após a estratificação, o consumo ALV de tabaco, álcool e tranqüilizantes manteve as associações significativas para ambos os sexos. No cruzamento por categoria socioeconômica, controlada por sexo, a categoria A, manteve a força de associação (OR >1) significativa para: consumo ALV e UTD de álcool para o sexo masculino e UTD no sexo feminino; consumo de tabaco e tranqüilizantes ALV em ambos os sexos; maconha e inalantes ALV e UTD em ambos os sexos e cocaína ALV no sexo masculino.

A categoria socioeconômica A, isoladamente, manteve-se significativa para todas as substâncias estudadas na freqüência ALV e para álcool, inalantes e maconha também na freqüência de consumo UTD.

A literatura sobre epidemiologia de uso de substâncias psicoativas, em geral, assinala uma predominância de consumo no sexo masculino (SWADI, 1999; BAUMAN & PHONGSAVAN, 1999). Todavia, pelo que foi avaliado pelo CONSUP, em Campinas, há uma predominância de consumo no sexo feminino para cigarro de tabaco e tranqüilizantes, além de não se conseguir provar que haja uma real diferença entre os consumos das substâncias ilícitas em função do sexo masculino, ou lícitas para o feminino, após a estratificação por categoria socioeconômica.

Desta forma, deixariam de existir substâncias cujo uso indevido estaria mais associado ao sexo feminino, como os tranqüilizantes, assim como as drogas ditas 'de rua,' maconha, cocaína, etc., não seriam mais consumidas, fundamentalmente, pelo sexo masculino.

Outro dado que chamou a atenção foi a diferença entre o número de indivíduos do sexo masculino e feminino entrevistados. Tal diferença não deve ser, *a priori*, interpretada como algum viés pois, segundo a PNAD⁴-98 (IBGE, 2000), a taxa de escolarização masculina ainda é inferior à feminina.

⁴ Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar

No Brasil a proporção de meninos de 7 a 14 anos de idade, que estão fora da escola, ficou em 5,6% e a de meninas, em 5,0%. Cinco anos atrás, esses percentuais estavam em 12,3% e 10,5%, respectivamente.

Um fator que contribui, provavelmente, para a queda do número de indivíduos do sexo masculino nas escolas públicas, é a saída destes jovens para o mercado de trabalho, principalmente a partir da segunda série do 2º grau. Na população entrevistada no estudo, quando se comparam os números entre sexo masculino e feminino, pode-se observar que a desproporção é mais notável justamente na 3ª série do 2º grau (ver tabela 5.2.1).

6.1.1. Idade de início

Ao que tudo indica, nesta amostra de estudantes de Campinas, o uso de maconha parece ter mudado seu *status* de segunda droga ilícita mais experimentada, ocupando agora o primeiro lugar. Vários estudos feitos em nosso meio, apontavam os inalantes/solventes como as drogas de abuso mais utilizadas no chamado 'ritual de iniciação.' A idade de início (uso ALV) de maconha também diminuiu, nesta amostra, com a faixa de 10 a 14 anos apresentando um consumo que se pode considerar expressivo, se levarmos em consideração que anos atrás estas faixas apresentavam traço nos resultados de outros estudos realizados no Brasil (MORGADO, 1983).

Dentre todas as drogas, o álcool tem, na faixa etária inferior a 10 anos, o maior percentual de uso ALV que é de 24,2%. Aos 14 anos, 77,6% da amostra já havia experimentado algum tipo de bebida alcoólica.

Apesar de ser a maconha a droga ilícita mais utilizada ALV nesta amostra, os inalantes são as drogas de abuso mais experimentadas na faixa etária abaixo dos 10 anos (7,6% do total de usuários neste subgrupo); metade da amostra já havia feito uso na faixa 11-14 anos.

De todas as drogas ilícitas, a cocaína é a que tem sua faixa de primo uso ALV mais elevada. Não há registro na faixa abaixo dos 10 anos e os dados mostram que o uso se completa praticamente na faixa de 15 a 19 anos (95,7%).

A média de idade de início de consumo das drogas ilícitas é mais elevada quando comparada à média de idade do uso inicial de drogas lícitas. No consumo de álcool, por exemplo, a média do início de consumo (experimentação) na amostra é de 12,3 anos (mediana 12,5), ao passo que para os solventes esta média sobe para 14,1 anos (mediana 14,0) e para a cocaína é de 15,8 anos (mediana 16,0). (Ver Tabela 6.1.1 e Figura 6.1.1.)

Tabela 6.1.1. Idade de início (experimentação) por sexo e substâncias estudadas, Campinas (SP), 1997

	<= 10 anos		11-14 anos		15-19 anos		20 anos	
	Masc.	Fem	Masc.	Fem	Masc.	Fem	Masc.	Fem
Álcool	120	136	237	327	86	142	-	9
N=1057	(11,4)	(12,9)	(22,4)	(30,9)	(8,1)	(13,4)		(0,9)
Tabaco	27	43	134	208	65	110	3	5
N=595	(4,5)	(7,2)	(22,5)	(35,0)	(10,9)	(18,5)	(0,5)	(0,8)
Tranquiliz.	8	6	10	28	8	45	1	13
N=119	(6,7)	(5,0)	(8,4)	(23,5)	(6,7)	(37,9)	(0,8)	(10,9)
Inalantes	4	7	27	35	37	31	-	4
N=145	(2,8)	(4,8)	(18,6)	(24,1)	(25,5)	(21,4)		(2,8)
Maconha	1	-	32	20	49	53	2	4
N=161	(0,6)		(19,9)	(12,4)	(30,4)	(32,9)	(1,2)	(2,5)
Cocaína	-	-	8	7	28	21	1	2
N=67			(12,0)	(10,4)	(41,8)	(31,4)	(1,4)	(3,0)

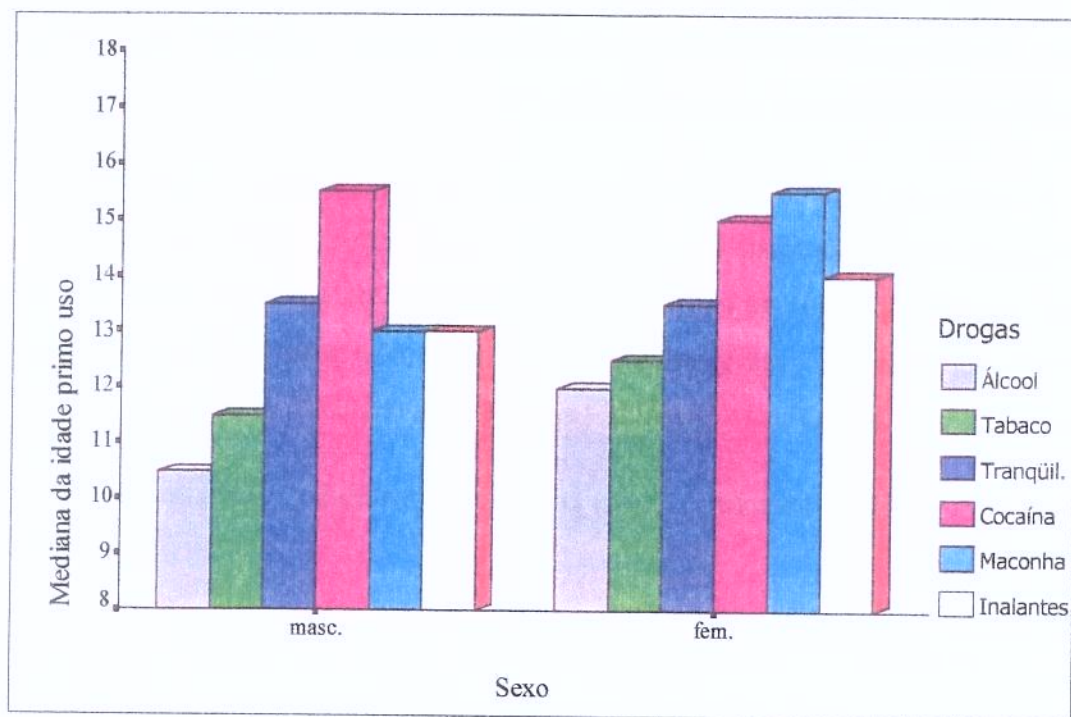


Figura 6.1.1. Medianas das idades de primo uso por sexo e substância utilizada

O “crack”, apesar de ter uma prevalência de uso pouco significativa em números absolutos (13 casos), apresenta um dado que chama a atenção: a idade de início de uso. Mais da metade daqueles que experimentaram (55,8%) estão na faixa etária de 11-14 anos. Comparativamente é muito mais baixo do que a faixa de experimentação da maconha ou mesmo dos inalantes, drogas que vinham, ao longo do tempo, sendo consideradas como as drogas ilícitas escolhidas por adolescentes e pré-adolescentes no ritual de iniciação.

Ao que parece, pode estar ocorrendo em Campinas uma cultura de uso que torna a disponibilidade do “crack” muito fácil, sendo de alguma forma a sua experimentação tão banalizada quanto à dos inalantes, que tradicionalmente ocupavam o primeiro lugar.

Há uma diferença entre as medianas de idade de experimentação entre os sexos, sendo que o sexo feminino apresenta medianas mais baixas do que o sexo masculino em relação ao álcool, tabaco, inalantes e maconha. A mediana do sexo feminino é apenas um pouco mais baixa na cocaína. Para os tranqüilizantes, as medianas não apresentam, praticamente, uma diferença visível no gráfico.

6.1.2. Categorias socioeconômicas

Os dados coletados e relacionados à classificação dos entrevistados, segundo sua categoria socioeconômica, permitem uma comparação com os estudos conduzidos pelo IBGE, a partir da PNAD.

“ Realizada desde 1967, a PNAD é a mais abrangente fonte de informações anuais sobre a realidade socioeconômica brasileira. Trata-se de um poderoso instrumento para acompanhar as condições de vida da população e para planejar o desenvolvimento nacional. A PNAD cobre todo o País, exceto a área rural dos estados da antiga Região Norte, onde residem cerca de 2,5% dos habitantes do território nacional. Esta pesquisa só não é realizada nos anos de levantamento do Censo Demográfico, quando passa por um amplo processo de revisão” (IBGE, 2000).

Conforme visto anteriormente, e corroborando um dado há muito conhecido, o nível socioeconômico da população de estudantes de Campinas parece estar acima da média brasileira.

Entre as famílias brasileiras, 11,3% tinham rendimento de até 1 salário mínimo, 6,3% estavam na faixa de mais de 20 salários mínimos. No Nordeste, 21,9% das famílias tinham rendimento de até 1 salário mínimo, sendo este percentual acentuadamente mais elevado que os das demais regiões. Esta parcela das famílias representava 6,6% no Sudeste, 7,7% no Sul e 9,0% no Centro-oeste. Na região sudeste, 8,4% das famílias tinham rendimento acima de 20 salários mínimos (IBGE, 2000). Em Campinas, na amostra de estudantes pesquisada, que freqüenta escolas públicas, 20,9% são provenientes de famílias com renda presumivelmente superior a 20 salários mínimos e apenas 1,5% teriam renda entre 1 e 5 salários.

Levando-se em consideração os itens que compõem a tabela da ABIPEME, em Campinas, há pelo menos uma geladeira em 99,5% dos domicílios entrevistados. Segundo a PNAD, em média, 81,9% dos domicílios brasileiros possuem este bem, sendo que na região sudeste esta proporção é de 94,7%. O resultado mais baixo foi encontrado no Nordeste (74,7%), seguindo-se das regiões Norte (79,8%) e Centro-oeste (89,2%).

Ainda segundo a PNAD-98,

“embora a proporção de domicílios com máquina de lavar roupa ainda seja baixa, houve um expressivo crescimento de 4,8%, de 1997 para 1998. Entretanto, este aumento foi menor que os observados no período de 1993 a 1997. Em cinco anos, o percentual de domicílios que possuíam este bem subiu de 24,3% para 32,3%. Nos domicílios da área urbana este indicador chegou a 37,4% e nos da área rural, a 10,3%. Entre as moradias urbanas, o resultado encontrado para o Nordeste (12,2%) ficou bastante distanciado do alcançado no Sul (51,2%). Nas demais regiões, este percentual situou-se em 46,1% no Sudeste, 29,1% no Centro-oeste e 22,4% no Norte”.

Em Campinas, 95,2% dos entrevistados referiu ter no domicílio uma máquina de lavar-roupa.

Quanto à televisão, em 1993, estava presente em 75,8% dos domicílios brasileiros e alcançou 87,5% em 1998. Em cinco anos, o número de domicílios em que havia televisão cresceu 31,1%, e o percentual de residências com TV atingiu 93,2% em área urbana e 62,6% em área rural. Entre as habitações urbanas, este bem foi encontrado com maior frequência no Sudeste (96,0%). Esta proporção alcançou 93,8% no Sul, 91,3% no Centro-oeste, 88,0% no Nordeste e 87,6% no Norte. Na amostra de estudantes de Campinas, 97,1% tinha pelo menos um aparelho televisor em cores, sendo que 15,2% tinha mais de um aparelho em casa.

6.1.3. Estudos sobre exposição e risco

Pelos dados apresentados, foi possível demonstrar que a percepção da facilidade em obter determinada substância psicoativa está associada à experimentação, podendo ser considerada como risco para iniciação. Todavia esta associação não se manteve para o consumo UTD, que pode ser considerado um consumo mais próximo do uso abusivo, sem dependência, exceto para o álcool.

Outro fator, tal como pertencer à categoria socioeconômica A mostraram força de associação, em termos de facilidade de acesso, com um OR 2,3 e $p < 0,01$.

Os estudos utilizando a regressão logística foram importantes para evidenciar a força de associação entre os resultados aferidos pelas escalas visuais e sua relação com o uso ALV de todas as substâncias estudadas e UTD para as bebidas alcoólicas.

A análise pelo método “stepwise”, das variáveis dependentes de consumo ALV, controladas por ‘sexo’ e ‘categoria socioeconômica’ e achar fácil comprar/obter substâncias psicoativas, mostraram a estabilidade da variável em EVA, ou seja sua força de associação permaneceu até o último degrau de cruzamento, com “odds-ratio” significativo. O mesmo não aconteceu com a variável ‘sexo’ e as categorias socioeconômicas B e C. (Ver Tabela 5.4.2 e 5.4.3). Tais resultados corroboram a hipótese de universalização do risco para sexo e apontam o fator socioeconômico como igualmente associado à experimentação.

Embora tais resultados sejam estatisticamente significativos, sua utilização, na epidemiologia do uso indevido de drogas, deverá ser submetida a outras avaliações, a partir do aperfeiçoamento do instrumento (CONSUP) e de outros estudos prospectivos.

6.1.4. Categorias especiais de consumo

a) ALV (ao longo da vida) e UTD1 (consumo nos últimos trinta dias, até cinco vezes) (Tabela 6.1.4)

Em termos epidemiológicos, este grupo é o mais representativo em números absolutos e deve ser observado com atenção pois dele sairão os possíveis usuários, candidatos em potencial ao uso abusivo de drogas. *A priori* é sobre este grupo que se devem concentrar as ações de prevenção, de acordo com a sua prevalência na população-alvo.

Todavia, não se pode considerar imediatamente este grupo como problemático, em relação ao abuso de drogas *per se*, pois dificilmente os indivíduos pertencentes a estas categorias são percebidos ou diagnosticados como usuários de droga com dependência. Da mesma forma, o seu uso pode ser tão esporádico que seria falacioso associar algum dano físico, psíquico ou social devido a este padrão de consumo ou a partir dele.

b) UTD2 (consumo nos últimos trinta dias, de 6 a 19 vezes) e UTD3 (consumo nos últimos trinta dias, 20 vezes ou mais) (Ver Tabela 7.1.1)

Estas categorias que a classificação da OMS considera como 'uso freqüente e uso pesado' engloba os indivíduos que estariam muito próximos dos eventos que caracterizam a história natural daqueles que têm maior probabilidade de receberem o diagnóstico de abuso de drogas com dependência (GALDURÓZ, 1997).

Dentre estes problemas, pode-se destacar os quadros agudos de psicose tóxica e síndrome de abstinência, inerentes ao abuso de substâncias psicoativas em geral e as complicações com a Justiça.

Tabela 6.1.4. Prevalência de uso das substâncias psicoativas mais utilizadas UTD na categoria 20 vezes + por faixa etária (idade atual) em números absolutos e percentuais,* Campinas (SP), 1997

UTD					
	<i>Alcool</i> (n=710)	<i>Tabaco</i> (n=264)	<i>Maconha</i> (n=64)	<i>Cocaína</i> (n=24)	<i>Total</i>
12-13	1	1	-	-	2
14-15	8	20	3	2	33
16-17	30	40	5	2	77
18-20	20	43	3	1	67
Total (%)	59/710 (8,3)	104/264 (39,4)	11/64 (17,2)	5/24 (20,8)	168

* Este padrão de uso pode servir como estimativa de parâmetro para "uso diário."

Conforme mencionado na Justificativa, são comuns naqueles indivíduos que privilegiam a via injetável para a administração de drogas, os danos físicos, representados por múltiplas infecções, muitas vezes banais (piodermites e flebites), e outras mais graves, tais como as endocardites bacterianas, hepatites e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids. De acordo com o que foi visto nos resultados, apesar da baixa prevalência, mas considerando-se as características da amostra, o número de entrevistados que referiu ter utilizado a via injetável não deve ser menosprezado. Eles devem ser inseridos nesta categoria de uso que já pode inclusive apresentar uma demanda de tratamento específico.

A Tabela 6.1.4 acima evidencia que o uso de cigarro de tabaco e bebidas alcoólicas, na faixa etária abaixo de 14 anos, pode ser considerado alarmante. Estas frequências indicam um consumo provavelmente diário destas substâncias.

Outro dado digno de nota é um consumo concomitante, de inalantes/solventes, maconha e cocaína, indicando uma prevalência de 3,6% de poliusuários de drogas na população estudada. Este dado foi obtido a partir de uma aferição simples de frequência de consumo da variável ILIEVER, mencionada anteriormente (p.91). De alguma forma, este poliuso parece ter alguma associação com o início precoce de uso de álcool, com idade igual ou inferior a doze anos. Tal associação não foi, contudo, estudada mais profundamente.

6.2. COMPARAÇÃO ENTRE OS DADOS NACIONAIS

Ao observarmos a Tabela 6.2, ponto de partida para a comparação entre as prevalências de consumo na cidade de Campinas e no restante do país, nota-se que o uso ALV de maconha é cerca de 60% mais elevada que no restante do Brasil e o de cocaína quase três vezes maior. Campinas apresenta taxas inferiores ao restante do país com relação aos inalantes/solventes.

Tabela 6.2. Comparação entre as prevalências de consumo ALV de algumas substâncias psicoativas em inquéritos realizados no Brasil

	Campinas- SP ¹	Ribeirão Preto-SP ²	Rio de Janeiro-RJ ³	Cuiabá-MT ⁴	Brasil, 1997 ⁵
Álcool	85,5	88,9	77,7	78,6	75,6
Tabaco	47,8	37,7	34,9	29,0	32,8
Tranqüilizante	9,3	10,5*	7,1	6,0	7,0
Inalantes/ solventes	11,9	31,1	9,2	14,9	13,8
Maconha	12,8	6,2	6,3	3,8	7,6
Cocaína	5,5	2,7	1,9	1,8	2,0

1 n=1328, estudantes de 7-8^ª séries e segundo grau, escolas públicas; dados coletados em 1997 para o projeto desta tese.

2 n=1025, estudantes de 8^ª série e segundo grau, escolas públicas e privadas; coleta de dados em 1990 (MUZA, 1997a). * Inclui outros medicamentos, sedativos, xaropes, anfetaminas, anticolinérgicos

3 n=3139, estudantes de 5^ª-8^ª séries e segundo grau, escolas públicas; coleta de dados em 1997 (NEPAD, 1995).

4 n=1061, estudantes de 5^ª-8^ª séries e segundo grau, escolas públicas; coleta de dados em 1995 (SOUZA & MARTINS, 1998).

5 n=15578, estudantes de 5^ª-8^ª séries e segundo grau, escolas públicas; dados coletados em 1993; as prevalências são as médias das prevalências por cidade pesquisada (GALDURÓZ, 1997).

Apesar das prováveis diferenças amostrais, pois os estudos realizados pelo CEBRID, por exemplo, incluem um número proporcionalmente maior de estudantes de 5ª a 8ª séries do primeiro grau, diferentemente do que foi feito em Campinas e Ribeirão Preto, por exemplo, a média de idade da população aferida (alunos) não deve alterar significativamente o intervalo de confiança. Sendo assim, pela média das faixas etárias, é possível admitir que tais diferenças entre as prevalências observadas reflitam a realidade. A falta de estudos prévios sobre consumo de substâncias entre estudantes de Campinas dificulta a avaliação sobre o comportamento da prevalência ao longo do tempo.

Se quisermos usar algum parâmetro, com estudos de maior fôlego, para efeito de comparação, nos Estados Unidos, existe, em andamento, um projeto chamado "Monitoring the Future."⁵ Este realiza anualmente, numa amostra representativa nacional, desde a década de 70, inquéritos sobre consumo de substâncias psicoativas em estudantes secundaristas. Mais recentemente foram incorporados à amostra estudantes da 8ª série. No inquérito correspondente ao ano de 1998, por exemplo, os dados revelam que nos Estados Unidos o consumo ALV de álcool foi de 81,4% na última série do 2º grau e 52,5% na oitava série (BACHMAN, 1998).

Em termos de consumo ALV de cocaína, os números levantados em Campinas podem ser comparáveis àqueles encontrados nos EUA em meados da década de 90. Em 1995 o estudo americano mostrou uma prevalência de 6,0% entre os estudantes do último ano secundário e 4,2 nos alunos da 8ª série.

Ainda estamos longe, contudo, de alcançar os níveis de consumo de maconha encontrados nos EUA, onde a prevalência de consumo ALV chega a quase 50% nos estudantes do último ano de "high school". Todavia, o percentual de 12,8% encontrado em Campinas, atualmente, é similar àquele encontrado nos EUA em 1993, para os estudantes da 8ª série. É inevitável se questionar, até quando estas diferenças marcantes serão mantidas.

⁵ <http://monitoringthefuture.org/>

Após esta avaliação dos dados analisados, pode-se pensar que está ocorrendo uma espécie de homogeneização ou uma universalização do risco de experimentação e uso de substâncias psicoativas nesta amostra. Esta inferência epidemiológica tem por base a ausência de grandes diferenças entre as faixas etárias na iniciação ou entre os sexos. Tais variáveis sempre representaram marcos divisórios nos coeficientes de prevalência, assim como as categorias socioeconômicas.

Nos últimos anos, o crescimento no número de indivíduos, provenientes das famílias de classe média e média alta, com problemas relacionados ao uso indevido de drogas, trouxe sérias dúvidas sobre qualquer relação exclusiva entre uso indevido de drogas ou drogadição e *status* socioeconômico (LOWRY, 1996). Esta homogeneização também modifica a tendência que vinha se mantendo há muito tempo, de associação entre o sexo masculino e o uso precoce de substâncias ilícitas, enquanto o sexo feminino mantinha a associação com as substâncias lícitas, principalmente os tranqüilizantes e o cigarro de tabaco.

6.3. CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE

O uso recreacional ou o uso abusivo de substâncias psicoativas ilícitas são um evento que há muito se dissociaram de suas origens mágico-religiosas, passando a ser classificados por muitos na categoria do desvio (VELHO, 1998). Esta origem pode ser evidenciada a partir do mesmo caminho observado pela terapêutica, desde os seus primórdios, até o advento da Medicina contemporânea e seu paradigma biomédico (ACKERKNECHT, 1973, 1982).

Ingerir substâncias fazia parte do ritual xamânico assim como das práticas terapêuticas, nas quais as substâncias, invariavelmente de origem vegetal, serviam para equilibrar os humores internos (Hipócrates) ou expurgar os agentes externos responsáveis pela doença (Galeno). É necessário salientar que, no limite, a droga (medicamento) pressupõe a possibilidade de transformações radicais, para a morte ou para superação desta, ambos fenômenos ainda envoltos em especulações metafísicas. Não há porque esperar que

o temor da morte, ou a esperança na recuperação e na imortalidade, façam da terapêutica (e por que não do uso recreacional/abusivo de drogas), uma atividade sempre sob 'o domínio da razão' (SAYD, 1998).

Hoje ainda lidamos com esta questão-problema adotando principalmente o paradigma das drogas de abuso como um agente externo. Tal fato chega a ser um paradoxo já que muitas das abordagens terapêuticas reconhecem o papel desempenhado pelo indivíduo como fundamental no processo patológico do abuso de substâncias psicoativas (RAY, 1999).

A idéia que o processo saúde-doença tem sua origem interna parece ainda mais difícil de ser aceito. Talvez por isso todos os procedimentos preventivos que tenham como ponto de partida uma intervenção direta sobre o corpo do indivíduo/cidadão recebem deste maior resistência.

Na questão droga, como o agente causador da patologia drogadição é nitidamente externo, torna-se fácil identificar o 'inimigo a ser combatido. O que se vê então, na prática, é um grande fracasso nas medidas preventivas que não conseguem evitar o contato das pessoas, principalmente dos adolescentes com as substâncias psicoativas. Naqueles indivíduos em tratamento para uso abusivo com dependência, um dos maiores obstáculos para a recuperação, senão o maior de todos, é a recaída. Esta pode ocorrer mesmo depois de longos períodos de tratamento e abstinência pós-tratamento.

Fica claro que uma série de fatores do indivíduo e do meio, são fundamentais na iniciação ou na manutenção do uso, superando qualquer 'poder' atribuível às substâncias.

Assim como a organização econômica (não obstante a desigualdade) foi resolvida socialmente pelos grupos dominantes, e portanto pode ser atribuída à racionalidade humana, a resolução dos problemas relacionados às drogas de abuso também terá que ser arbitrada socialmente, encontrando cada comunidade a sua própria maneira de lidar com a questão.

No tocante à acessibilidade, tendo em vista que vários indivíduos dentro do grupo sabem como e com que facilidade obter as substâncias, mesmo aquelas proibidas, a sociedade deve procurar entender, dentro do possível, como tais substâncias começaram a fazer parte do seu próprio aparato social.

Pode-se citar, como exemplo marcante, a cultura relativa ao uso da folha de coca, pelos povos do Altiplano Andino, que existe há mais 7000 anos (ESCOHOTADO, 1994), sobreviveu ao Reino de Espanha e resiste agora à fúria do puritanismo norte-americano.

Miguel Reale, considera a analogia como "primeira forma de conhecimento imediato." Conclui porém que, no fundo, é o princípio de 'probabilidade'⁶ que legitima a aplicação do método analógico, sujeito sempre a sucessivas retificações, resultantes dos constantes testes, provas e contraprovas que caracterizam o saber científico, marcado por permanente espírito crítico.

É preciso notar que a analogia tem pontos de contato e pontos de dessemelhança com o processo intuitivo. A analogia coincide com a intuição por ser conhecimento do particular, mas difere dela por ser sempre de natureza racional, enquanto a intuição pode assumir formas emocionais ou volitivas (REALE, 1994).

O texto de um dos mais importantes filósofos brasileiros contemporâneos corrobora o ponto de vista deste autor quanto ao estudo de fatores que estariam ligados à tomada de decisão dos indivíduos em relação a utilizar ou não as várias substâncias psicoativas disponíveis. O processo decisório pode ser reduzido a uma probabilidade tanto quanto a analogia, podendo ser, como tal, estudado qualitativa e quantitativamente.

⁶ O grifo é do autor

6.3.1. Drogas: a parte maldita

“Travalingua”

Cheirou tanto pó que entupiu

com estupor o torto caminho

tramado antes do barato rápido

virar horror.

Ernesto Coleman, 1999, (inédito).

Há muitas explicações e conjecturas em diversos campos do saber, acadêmico ou não, acerca da motivação para o consumo, com ou sem abuso, de substâncias psicoativas. De tudo quanto foi dito cabe uma reflexão: ainda estamos longe de um consenso. Ou todas as justificativas são plausíveis ou necessitamos achar apenas uma que possa sintetizar e explicar, principalmente para quem não usa ou é contra o uso, porque alguém sucumbe diante do desejo de consumir drogas.

Sendo assim, optou-se por escolher uma digressão, parafraseando Bataille (BATAILLE, 1975). Pretende-se que essa, de maneira sutil, consiga amarrar alguns pedaços que ilhados uns dos outros não seriam suficientes para transformar os paradigmas conhecidos num arcabouço teórico mais condizente com a realidade do problema uso indevido de drogas.

O filósofo francês George Bataille em seu livro “A Noção de Despesa: a Parte Maldita” desenvolveu o conceito do “potlatch”, estudado inicialmente pelo antropólogo Marcel Mauss, no final do século XIX (BATAILLE, 1975). O “potlatch” é o emprego inútil das riquezas, seu desvio desmedido, aniquilação de riqueza (ou de saúde) sem qualquer objetivo ou justificativa aparente.

A partir de estudos etnográficos o “potlatch” foi identificado entre os índios da costa noroeste norte-americana. Tal denominação foi atribuída à prática de destruir as próprias riquezas (alimentos, armas, utensílios e animas) sem qualquer justificativa. Bataille assinalou que estas mesmas práticas eram observadas em culturas diversas até separadas geograficamente.

Tal impulso de aniquilamento seria uma espécie de estigma que o homem carrega, independentemente de circunstâncias culturais pois: "Dissipar riquezas em todos estes casos, não era só um ato de auto-sabotagem, mas uma maneira de acumular outro tipo de poder: a glória" (BATAILLE, 1975).

O "potlatch" se constrói sobre uma lógica bastante elementar, mas nem por isso menos cruel: a de que a maldição traz a glória.

Bataille escreveu que "a dádiva nada significa do ponto de vista da economia geral," indicando com isto a inutilidade das explicações baseadas nas relações materiais. O "potlatch" ultrapassa o mundo da matéria e neste exercício gratuito e chocante do poder de desperdiçar, o que menos importa é o que se perde.

É fácil identificar a lógica do "potlatch" em muitos dos comportamentos sociais de ostentação e luxo, no prazer em desperdiçar. Por que não incluir ainda a dificuldade em controlar a depredação do meio-ambiente em nome do progresso material? Basta ver os esforços dos ecologistas.

Em termos de glorificação é visível, na identificação dos ícones eleitos pelas novas gerações ou pela mídia, a inclusão de pessoas que viveram 'intensamente'. Estas foram entronizadas como ídolos, amadas e admiradas, tornando-se direta ou indiretamente modelos a serem seguidos.

Todavia uma parte dos chamados ídolos "pop" morre de forma trágica. Em outras palavras, desperdiçaram sua saúde ou sua vida de forma pouco racional. Desperdiçaram também todo um potencial de riqueza (material e artística) que poderia ser desenvolvido, a partir do dom que cada um deles possuía, sem contar com a decadência física, muitas vezes acelerada pelo uso compulsivo de drogas e doenças adquiridas.

"Uma vez volatilizados os recursos, permanece o prestígio adquirido por quem volatiliza", escreveu Bataille, afirmando ainda: "várias de nossas condutas são redutíveis às leis do "potlatch", possuem o mesmo sentido".

Pensar que o consumo crescente de drogas, principalmente a cocaína, poderia estar ligado a um “potlatch” na sociedade contemporânea, não parece algo sem propósito.

No delicado, às vezes confuso, mas sobretudo fascinante processo de reconhecimento da própria existência e tornar-se consciente dela, não basta, à espécie humana, fixar-se simplesmente ao mito narcísico da auto-imagem refletida e da criação de outros mitos à sua própria imagem e semelhança. O desenvolvimento de uma cultura singular trouxe a necessidade de modificar a sua consciência refletida e adotar também uma outra estética, além da apolínea, transcendendo a idéia do belo pelo belo.

O juízo do gosto não é um juízo do conhecimento (racional), é estético e por conseguinte ilógico. Como diz o ditado popular ‘gosto não se discute.’

Com relação às drogas, o juízo dos adolescentes e adultos jovens, principais consumidores de substâncias ilícitas, será na maioria das vezes, a aplicação do juízo estético, voltado para a sensação de prazer, substituindo momentaneamente o belo, no qual sempre procuram se espelhar. Aliás, o termo estética foi criado por Baumgarten (séc. XVIII) para designar o estudo da sensação, a “ciência do belo” referindo-se à empiria do gosto subjetivo, aquilo que agrada aos sentidos mas elaborando uma ontologia do belo (JAPIASSU, 1995, p.88).

Como o senso comum já decretou, beleza não se põe à mesa e o carnavalesco Joãozinho Trinta já vaticinou: “quem gosta de miséria é intelectual: pobre gosta de luxo.”

Ao longo de muitos anos, estamos criando uma estética que represente também a abundância, mesmo que esta não consiga esconder seu (indesejável) acompanhante, o desperdício. Historicamente, o reconhecimento da abundância passou a ficar mais visível, para a cultura ocidental judaico-cristã, a partir da Idade Moderna, até ser incorporado definitivamente com a Revolução Industrial e o Capitalismo. Ela, a abundância, está inexoravelmente ligada ao que culturalmente se denomina riqueza.

Criou-se um novo ideal estético, tendo como objetivo o enaltecimento do homem como paradigma, conforme ficou patente pela retomada dos modelos clássicos da Antigüidade greco-romana, a partir do Renascimento. Cada vez mais a representação da abundância torna-se visivelmente externa ao sujeito. Todavia, a abundância não é tão facilmente representada pelos chamados sinais exteriores (roupas, jóias, boa aparência). Houve necessidade de criar ou encontrar formas de representar a estética da riqueza.

Onde entra a cocaína? Num certo sentido a cocaína nada mais é que dinheiro transformado em pó. É cheirada e absorvida como tal, substitui o ar (pneuma/alma) e ainda proporciona prazeres novos e inusitados. É a estética da riqueza finalmente incorporada ao âmago do sujeito, no sentido literal da palavra. Se existe de fato prazer, esta é uma outra questão.

Nestas décadas recentes de individualismo e geração de riqueza, por meio do capital especulativo, nada mais coerente do que encontrar novas formas do binômio abundância-desperdício para mostrar sinais de riqueza sem risco de chamar ainda mais a atenção dos outros (e principalmente do fisco).

Para o rico, consumir a cara cocaína, é a chance do esbanjamento que sempre acompanha a abundância, a oportunidade de reafirmar para si, e para o grupo, seu sucesso. Para o pobre, a droga representa uma oportunidade de vingar-se da estética da pobreza, à qual ele acredita estar atavicamente ligado, usufruindo do luxo e do 'brilho' fugazes, tudo muito coerente, diga-se de passagem, à atuação da substância psicoativa cocaína.

Ao pobre, caberia somente esta parte, a do efeito fugaz, onde a cocaína corrobora o gozo, apenas como sintoma, sem nada acrescentar ao sujeito, exceto mais uma oportunidade de exclusão social, a partir dos contatos estreitos com a marginalidade.

6.3.2. O tratamento da questão uso indevido de drogas é ético ou moral?

Quando a ética abriga a possibilidade, ela reconhece a dúvida que existe no ser humano. Para os adolescentes, a hora de experimentar (ou não) as novas e diferentes realidades que lhes são apresentadas será sempre um momento de hesitação. Talvez por isso, e apesar de todos os esforços, muitas vezes a decisão pode ser aquela considerada

equivocada. Na hora da escolha, nenhum conflito verdadeiramente ético foi colocado em relação às drogas a não ser a proibição pura e simples, de fundo claramente moral.

No momento atual há fortes indícios de uma nova norma entre os adolescentes: experimentar uma droga ilícita não é mais algo que deva trazer tanta culpa.

Por que o tratamento da questão uso indevido de drogas deve ser ético e não moral, apesar de ambas, moral e ética, resultarem da cultura e da racionalidade humanas? Porque a moral não é imanente como a ética e sofre influências externas (grupais, religiosas, etc.) passíveis de outros interesses, que não aqueles imbuídos da idéia de resolução efetiva de um problema. As regras morais são leis 'consuetudinárias'. Segundo Pinheiro, diz-se que uma lei é consuetudinária "quando deriva de preceitos ou regras criados por determinado grupo social" (PINHEIRO, 1992). Sendo assim, a moral é contingência, logo, pode 'ser' ou não 'ser,' o que não tem o mesmo significado de probabilidade.

A moral reduz toda a questão das drogas à proibição e o seu melhor tratamento à abstinência total. Percebe-se muito facilmente que a prevenção não pode se resumir apenas a dizer 'não' quando se é apresentado às drogas ou exigir uma sociedade completamente abstinente.

A ética (ou um tratamento ético) permite a possibilidade (probabilidade) na negociação da abordagem, diferenciando-a nos seus diversos contextos socioculturais. Portanto a proposta de um tratamento ético dado à questão, deve se sobrepôr à moral consuetudinária devido às limitações que esta última impõe aos modelos de abordagem.

Desta forma, chega-se ao ponto em que Filosofia e Epidemiologia podem se juntar, pois o postulado básico mais autêntico para a ciência epidemiológica, também é de natureza probabilística.

As tentativas de adaptar um modelo socio-ambiental às raízes do problema uso indevido de drogas, demonstram igualmente pouca consistência ao situar a exposição (e por conseguinte o risco) como inerentes às condições socioeconômicas, principalmente a pobreza. Esta seria responsável por uma falta de controle sobre vários aspectos da vida pessoal. Isto faz sentido em termos sócio-sanitários pois ambientes insalubres estão associados à mortalidade mais elevada e menor expectativa de vida (LOCKER, 1997).

As informações obtidas indicam que, se é possível se falar numa exposição às drogas, o primeiro local a ser abordado é o próprio domicílio das pessoas, principalmente, as da classe média. As bebidas alcoólicas, o cigarro de tabaco, os solventes (éter, acetona, etc.) e os tranqüilizantes são facilmente encontrados na maioria dos lares brasileiros.

Muito dos equívocos que se encontram na visualização da questão das drogas estão justamente na utilização da idéia de droga como ‘ponto obrigatório de passagem’. Se deslocássemos o foco para o indivíduo e suas probabilidades, estaríamos mais próximos de construir as situações favoráveis à prevenção. É importante abordar a questão do ponto de vista de uma ética individual e não através da moral vigente, que coloca na droga toda a responsabilidade pelo dano. Desde o século XVIII, Kant (KANT, *apud* JAPIASSU, 1995) já enunciou que os objetos são externos e por nós nomeados. As drogas não têm este poder mágico de nos obrigar a passar sempre por elas. Mesmo com toda sua capacidade de sedução somos nós, os seres humanos, que nos dirigimos até elas e não o contrário.

A partir dos estudos confirmando que os principais sítios cerebrais, ligados aos mecanismos de recompensa, seriam os mesmos responsáveis pelo desejo de busca pela droga e que o reconhecimento da existência destas substâncias é um indicador de um mecanismo facilitador de uso, podemos abordar a questão dos possíveis consumidores estabelecendo novos instrumentos de avaliação das variáveis que poderiam facilitar ou dificultar o acesso e daí a passagem ao ato, ou seja, comprar e consumir substâncias psicoativas. Desta forma seriam estabelecidos novos parâmetros de risco individual, que levariam em consideração os fatores mais próximos do indivíduo e não apenas os assim chamados ‘fatores universais’ tais como sexo, idade e categoria socioeconômica.

6.4. RECOMENDAÇÕES

1. É fundamental que seja estabelecido, em todas as comunidades, um amplo e, acima de tudo, sincero debate sobre a questão do uso indevido de drogas. Não importa se a coordenação se dará no nível central (federal), estadual ou municipal. O que importa é que não há, até o presente momento, uma política definida para a questão das drogas no Brasil,

assim como em quase todos os países em desenvolvimento. Pensar que a prevenção às drogas ilícitas seria mais urgente é o mesmo que pensar em programas destinados à terceira idade sem antes ter desenvolvido, plenamente, um programa de vacinação na primeira infância.

É preciso abandonar a postura maniqueísta de que só as drogas ilícitas causam danos. O álcool e os tranqüilizantes devem fazer parte do rol das substâncias a serem trabalhadas, quando efetivamente se executar um programa de prevenção ao uso indevido de drogas. Acredito que este trabalho de prevenção possa ter início nas faixas etárias mais baixas, a partir das quatro últimas séries do primeiro grau (5ª a 8ª). Os dados mostram que o uso de drogas lícitas, principalmente o álcool é uma espécie de 'primeiro degrau' na experimentação e faz parte, assim como o cigarro de tabaco e os tranqüilizantes, do cotidiano da maioria dos jovens e pré-adolescentes.

A familiarização das crianças e pré-adolescentes com o debate sobre as questões pertinentes ao uso indevido de drogas e as possíveis medidas para o seu controle é parte do processo preventivo. É preciso questionar a necessidade de beber por quaisquer motivos e, principalmente, não respeitar as restrições, tais como conduzir veículos automotivos ou, da mesma forma, usar tranqüilizantes, ao menor sinal de estresse. A partir daí seria, *a priori*, mais fácil entender a necessidade de não usar drogas ilegais.

É importante evitar, na didática da prevenção, atitudes moralistas e repressivas, a 'pedagogia do terror.' Estas costumam embalar as campanhas antidroga e só fazem ratificar a hipocrisia dos adultos perante os adolescentes. É flagrante a tentativa de se vender, através da mídia, felicidade e prazer a partir do uso de substâncias que, embora lícitas, provocam iguais danos à saúde do indivíduo.

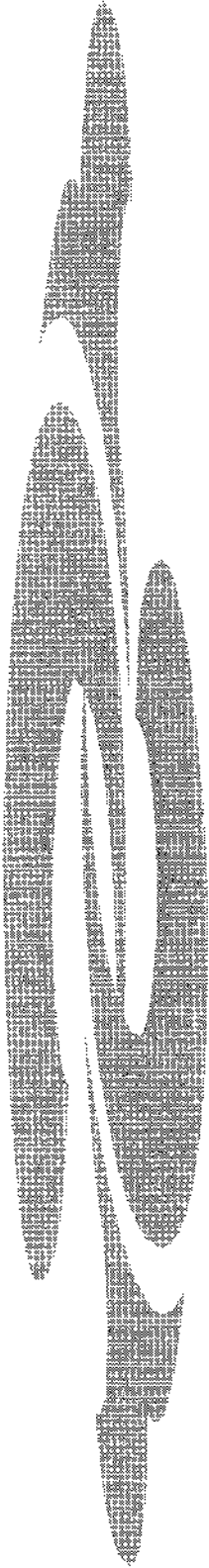
2. Levar o conhecimento acumulado sobre o fenômeno uso/abuso de drogas à graduação dos cursos biomédicos parece-me necessário e inadiável. Ensinar aos futuros profissionais de saúde como identificar, precocemente, aqueles indivíduos com sinais e sintomas de dano à saúde, provocados pelo uso indevido de substâncias psicoativas, pode representar uma mudança significativa no perfil de morbi-mortalidade da população. Tratar preventivamente os indivíduos com sinais e sintomas de abuso de substâncias, na unidade

primária de saúde ou através dos recém-criados programas de saúde da família, são medidas altamente eficazes e muito menos onerosas ao sistema de saúde, do que tratar um 'drogado'.

3. E, por último, a criação de programas de vigilância epidemiológica sobre o uso indevido de substâncias psicoativas e a incorporação e manutenção destes junto aos sistemas de vigilância já existentes.

Parece-me bastante claro que esta questão vai acompanhar a sociedade durante muito tempo e ainda estamos longe de uma solução satisfatória. A Justiça permanecerá pressionada pela opinião pública que cobra soluções enérgicas e imediatas. Esta mesma opinião pública, todavia, não consegue discutir mais racionalmente, por exemplo, algumas questões delicadas tal como a descriminalização do usuário. Esta não é uma medida puramente liberal, mas que pode ser encarada sim, como uma tentativa realista de melhor conhecer e até controlar os usuários e evitar danos maiores. É necessário que a questão seja enfrentada com mais pragmatismo. A internação compulsória, quer seja na cadeia ou no hospital psiquiátrico, não tem resolvido o problema do uso indevido de drogas. Este continua crescendo e alcançando faixas etárias cada vez mais baixas, o que causa imensa preocupação quanto ao futuro de várias gerações.

É importante ressaltar que não se pode pensar a questão uso indevido de drogas dissociada da realidade brasileira e de sua grande desigualdade social. Não podemos esquecer que, dentre outras dificuldades, a maioria da população brasileira, não tem fácil acesso ao sistema de saúde. Este, em fase de franco sucateamento, incapaz de longa data de fazer frente à demanda dos usuários, força esta população a buscar 'auxílio' num simples balconista de farmácia que, respaldado pelo descontrole fiscal e pela impunidade, 'receita' qualquer panacéia, inclusive tranqüilizantes e outros medicamentos controlados, contribuindo ainda mais para o uso indevido de substâncias psicoativas.



7. CONCLUSÕES

Não sei se tive boa ou má sorte com as drogas – tentei a cocaína três vezes seguidas e me dei conta de que era a mesma coisa que chupar pastilhas de menta. Possivelmente ocorresse o mesmo com a marijuana e outras coisas (...)

Jorge Luis Borges⁷

1. Apesar da ausência de estudos anteriores, há subsídios para inferir que o consumo de substâncias psicoativas, em Campinas, principalmente as ilícitas, maconha e cocaína, têm maior prevalência do que outros locais do Brasil onde o problema foi pesquisado. Embora a prevalência de consumo, ao longo da vida, para qualquer uma das substâncias ilícitas analisadas (21,6%; IC95% 19,5-23,0) esteja muito próxima da média de cidades como Rio de Janeiro e São Paulo (22,0 e 18,5 respectivamente) (GALDURÓZ, 1997), a mesma prevalência para o consumo nos últimos trinta dias é de 8,4% (IC95%: 7,0-10,1). Esta percentual ultrapassa, inclusive, aquele que foi usado como parâmetro inicial, para o cálculo da amostra, situado entre 0,9 e 5,0% e os 3,3% aferidos no país (GALDURÓZ, 1997).

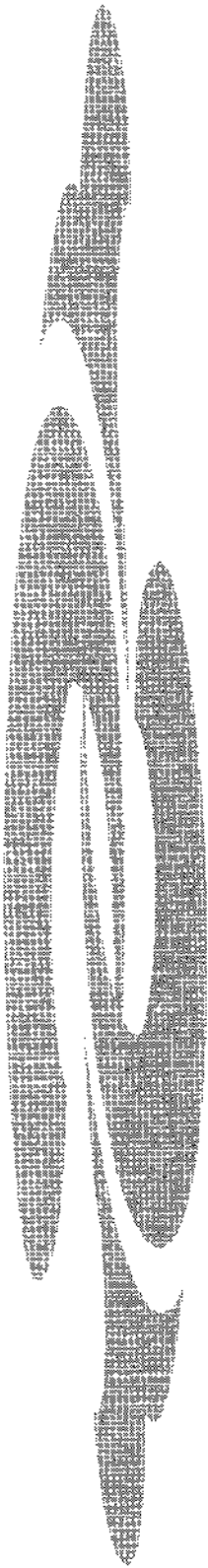
2. Os dados apontam para a existência de associação significativa entre a noção de fácil acesso às drogas e a experimentação (uso ao longo da vida) para todas as substâncias estudadas e, nos últimos trinta dias, para as bebidas alcoólicas. Em termos de risco, por exemplo, este é 7 vezes maior para a maconha e cocaína. Entretanto, esta mesma associação não se mantém em relação ao uso nos últimos trinta dias (uso freqüente) para as substâncias ilícitas (maconha e cocaína), cigarro de tabaco e tranqüilizantes. Todavia, para as bebidas alcoólicas o risco permanece 1,5 vezes maior.

3. A utilização de escala visual analógica (EVA) mostrou ser de grande utilidade e a partir do aperfeiçoamento do instrumento, em estudos futuros, com usuários em tratamento e indivíduos comprovadamente abstêmios, pode ser possível inferir, com maior precisão, as prevalências de experimentação assim como a avaliação de risco para o uso indevido de drogas.

⁷ Carlos Sortini - Dicionário de Borges. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 63, 1990.

4. A homogeneização das características sociodemográficas mostra que podemos falar numa exposição universal e que esta terá seguramente repercussões no trabalho de prevenção, pois não há como afirmar que o uso indevido de drogas ou a drogadição estejam estritamente ligados às categorias inferiores da pirâmide demográfica ou a gênero. Tal conclusão parece valer para a cidade de Campinas e possivelmente para outras de mesmo porte e perfil socioeconômico no Brasil.

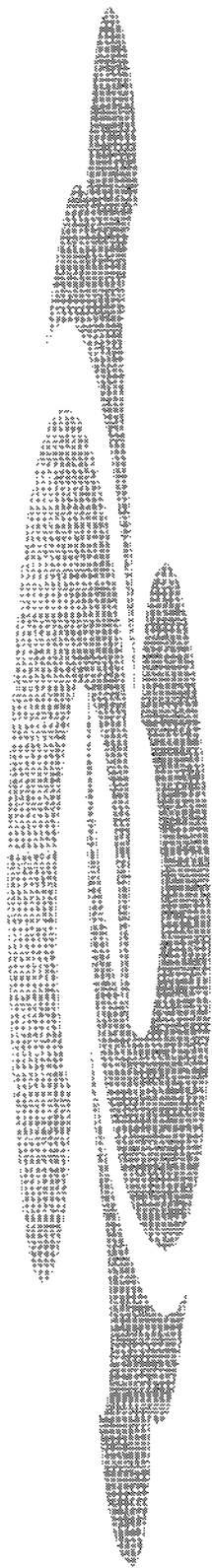
5. Ao contrário do que possa parecer, pelo tanto que expõe a mídia sobre os crimes violentos nas periferias das grandes cidades brasileiras, mormente da região Sudeste, onde o tráfico de drogas estabelece seus pontos de venda, a população de usuários recreacionais e experimentadores reside nos condomínios e prédios de luxo. É de lá que vêm os recursos para comprar drogas, cujo acesso é estimado, pelos próprios usuários, como sendo de relativa facilidade.



8. SUMMARY

The thesis is based upon a cross-sectional epidemiologic study, over a sample of 1328 students, age ranging from 12 to 20 years, from 8 public schools: 7 located in Campinas' county and 1 located in Jaguariuna's County, State of São Paulo, Brazil. Data on sociodemographic variables, lifetime and recent prevalence rates of licit and illicit drug use, respondent's perception on levels of difficulty in getting drugs were obtained by means of a closed, anonymous, self-administrated questionnaire. The results were: 21,6% (CI95%: 19,5-23,9) life-time prevalence use of any illicit drug (inhalants, marijuana, cocaine among other) and 85,5% (CI95%, 83,5-87,4) for alcoholic beverage; 47,8% (CI95%: 45,0-50,5) for tobacco and 9,3% for tranquilizers (CI95%: 7,8-11,0); mean age of sample 16,0 (median, 16,0, sd 2,2) The conclusions are that substance misuse is higher in Campinas than other major cities in Brazil, specially with marijuana and cocaine; alcohol and tobacco were not significantly different; the issue on levels of difficulty in obtaining drugs of abuse shows that, respondents who find easy to obtain drugs of abuse, actually tried illicit drugs. However, data failed to show this relationship in terms of frequent use, represented by use in the last thirty days before the interview. The author also develop a discussion on paradigms employed in the study of substance misuse, pointing out their pitfalls and indicating a systemic model, based on Public Health, and having the primary care unit as the main gate of care of those patients with substance abuse related disorders. The purpose of such approach is to lower the social and health burden problems caused by drugaddiction.

Key words: drugs, adolescence, substance misuse, epidemiology



9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKERKNECHT, E.** *Therapeutics from the primitive to the 20th century*. New York: Hafner Press, 1973. 193 p.
- A short history of medicine*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1982. 265 p.
- ADIALA, J. C.** *O problema da maconha no Brasil: ensaio sobre racismo e drogas*. Rio de Janeiro: IUPERJ, Série Estudos, n. 52, out. 1986. (mimeo)
- ADLER, P.; LOTEKA, L.** Drug among high school students: patterns and correlates. *Int. Journal of the Addictions*, v. 8, n. 3, p. 537-48, 1973.
- ALMEIDA-FILHO, N.; SANTANA, V.; PINTO, I.; CARVALHO-NETO, J.** Is there an epidemic of drug misuse in Brazil? A review of the epidemiologic evidence (1977-1988). *Int. Journal of the Addictions*, v. 26, n. 3, p. 355-69, 1991.
- ANTHONY, J.; VLAHOV, D.; NELSON, K.** New evidence on intravenous cocaine use and the risk of infection with human immunodeficiency virus type 1. *American Journal of Epidemiology*, v. 134, p. 1175-89, 1991.
- APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION)** Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry (Sup.)*, v. 152, n. 11, 1995.
- ARBEX, J.** *Narcotráfico: um jogo de poder nas Américas*. São Paulo: Moderna, 1^a ed., 1993. 87 p.
- ARMITAGE, P.; BERRY, G.** *Statistical Methods in Medical Research*. Oxford: Blackwell, 3rd ed., 1994. 620 p.
- ARMSTRONG, B.; WHITE, E.; SARACCI, R.** *Principles of exposure measurement in epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, Monographs on Epidemiology and Biostatistics, n. 21, p. 22-170, 1992.

- BACHMAN, J.; JOHNSTON, L.; O'MALLEY, P.** Explaining recent increases in students marijuana use: impacts of perceived risks and disapproval, 1976 through 1996. *American Journal of Public Health*, v. 88, n. 6, p. 887-92, 1998.
- BARATA, R. & RIBEIRO, M.** Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil, 1996. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 7, n. 2, p. 118-24, 2000.
- BARTECCHI, C.; MACKENZIE, D.; SCHRIER, W.** The global tobacco epidemic. *Scientific American*, v. 272, n. 5, p. 26-33, 1995.
- BATAILLE, G.** *A noção de despesa: a parte maldita*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. 218 p.
- BAUMAN, K. & ENNETT, S.** On the importance of peer influence for adolescent drug use: commonly neglected considerations. *Addiction*, v. 92, n. 2, p. 185-98, 1996.
- BAUMAN, ADRIAN & PHONGSAVAN, P.** Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence trends and policy implications. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 55, p. 187-207, 1999.
- BECKER, H.** *Outsiders - studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press, 1973.
- BENSON, G. & HOLMBERG, M.** Drug related mortality in young people. *Acta Psychiat. Scand.*, v. 70, p. 525-534, 1984.
- ___ Validity of questionnaires in population studies on drug use. *Acta Psychiatr. Scand.*, v. 71, p. 9-18, 1985.
- BENSON, G.** Course and outcome of drug abuse and medical and social conditions in selected young drug abusers. *Acta Psychiatr. Scand.*, v. 71, p. 48-66, 1985.
- BIELEMAN, B; DÍAZ, A.; MERLO, G.; KAPLAN, D.** *Lines across Europe: nature and extent of cocaine use in Barcelona, Rotterdam and Turim*. Amsterdam: Swets&Zeittlinger, 1993. 218 p.

- BIRMAN, J. Dionísios desencantados. In INEM, C.L.; ACSELRAD, G. (Orgs.) Drogas: uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Imago, 1993. 279 p.
- BLONDELL, R. (ED.) Primary Care - Substance abuse. Philadelphia: W. B. Saunders, v.20, n. 1, march, 1993. 276 p.
- BOUDON, R. & BOURRICAUD, F. Dicionário crítico de sociologia. São Paulo: Ática, 1993. 653 p.
- BUCHER, R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992 323 p.
- BULLINGTON, B (ED.) The economics of substance abuse. Journal of Drug Issues, v. 28, n. 3, 1998.
- BURRIS, S.; FINUCANE, D.; GALLAGHER, H.; GRACE, J. The legal strategies used in operating syringe exchange programs in the United States. Am. Journal of Pub. Health, v. 86, n.8, p. 1161-66, 1996.
- CARLINI-COTRIM, B. O consumo de substâncias psicotrópicas por estudantes secundários: o Brasil frente a situação internacional. Revista ABP-APAL, v. 13, n. 3, p. 112-16, 1991.
- CARLINI-COTRIM, B & BARBOSA, M.T. Pesquisa epidemiológica sobre o uso de drogas entre estudantes: um manual de orientações gerais. São Paulo: CEBRID, 1993. 56 p.
- CARLINI, E. ; NAPPO, S.; LIMA, E.; ADIALA, J. Perfil de uso da cocaína no Brasil. J. Bras. de Psiquiatria, v. 44, n. 6, p. 287-303, 1995.
- CASTILLA, J.; BARRIO, G.; BELZA, M.; FUENTE, L. Drug and alcohol consumption and sexual risk behaviour among young adults: results from a national survey. Drug and Alcohol Dependence, v. 56 , p. 47-53, 1999.

- CHAIEB, J. & CASTELLARIN, C.** Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Revista de Saúde Pública*, v. 32, n.3, p. 246-254, 1998.
- CHEN, K. & KANDEL, D.** The natural history of drug use from adolescence to mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, v. 85, n. 1, p. 41-7, 1995.
- CHITWOOD, D. & COMERFORD, M.** Drugs, sex, and AIDS risk. *American Behavioral Scientist*, v. 33, p. 465-77, 1990.
- CHOOPANYA, K.; VANISCHSENI, S.; PLANGRSINGARM, K.** Risk factors and HIV seropositivity among injecting drug users in Bangkok. *AIDS*, v. 5, p. 1509-13, 1991.
- CHRISTENSEN, J.** Abnormal cerebral metabolism in polydrug abusers during early withdrawal: a 31P MR spectroscopy study. *Magn-Reson-Med.*, v. 35, n. 5, 1996.
- CLARK, D.; KIRISCI, L.; TARTER, R.** Adolescent versus adult onset and the development of substance use disorders in males. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 49, p. 115-21, 1998.
- CLIMENT, C.; ARAGON, L.; PLUTCHIK, R.** Predicción del riesgo de uso de drogas por parte de estudiantes de secundaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 107, n. 6, p. 568-76, 1989.
- COSTA, M. J. ET AL.** Investigação sobre farmacodependência na população escolar da cidade de São Paulo. *Revista do IMESC*, v. 2, n. 3, p. 7-62, 1979.
- CRT (CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO-DST/AIDS)** *Special report-15 years*. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 1998.
- DANIEL, W.** *Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences*. New York: John Wiley&Sons, 7th edition, 1999. 755 p.

- DES JARLAIS, D.; FRIEDMAN, S.; NOVICK, D.; SOTHERAN, J.; THOMAS, P.; YANCOVITZ, S. ET AL.** HIV-1 Infection among intravenous drug users in Manhattan, NYC from 1977 through 1987. *JAMA*, v. 261, p.1008-1012, 1989a.
- DES JARLAIS, D. ET AL.** AIDS and IV drug use. In **TURNER, C.F., MILLER, H., MOSES, L. (ED.)**, *AIDS, sexual behavior and intravenous drug use*. Washington, DC: National Academy Press, p. 186-255, 1989b.
- DES JARLAIS, D. & FRIEDMAN, S.** AIDS and the use of injected drugs. *Scientific American*, v. 270, n. 2, p. 56-61, 1994.
- DES JARLAIS, D.; HAGAN, H.; FRIEDMAN, S. ET AL.** Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *JAMA*, v.274, n. 15, p 1226-1231, 1995a.
- DES JARLAIS, D.; FRIEDMAN, S.; FRIEDMANN, P.; LIMA, E.; BASTOS, F.; CHOOPANYA, K.; ET AL.** HIV/AIDS-related behavior change among injecting drug users in different national settings. *AIDS*, v. 9, n. 6, pp. 611-17, 1995b.
- DES JARLAIS, D.; MARMOR, M.; FRIEDMANN, P.; TITUS, S.; AVILES, E.; DEREN, S.; ET AL.** HIV incidence among injection drug users in New York City, 1992-1997: evidence for a declining epidemic. *American Journal of Public Health*, v. 90, n. 3, p. 352-59, 2000.
- DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L; GOOD, B.; KLEINMAN, A.** *World mental health: problems and priorities in low-income countries*. Nova York: Oxford University Press, p. 87-115, 1995.
- DIMENSTEIN, G.** Prejuízo com drogas chega a R\$ 19 bi. *Folha de S. Paulo*, n.. 25659 (4 de julho), 1999.
- DONOGHOE, M.; STIMSON, G.; DOLAN, K.; ALLDRITT, L.** Changes in HIV risk behaviour in clients of syringe-exchange schemes in England and Scotland. *AIDS*, v. 3, p. 267-72, 1989.

- EDWARDS, G. & ARIF, A.** Los problemas de la droga en el contexto socio-cultural.
Genebra: OMS, Cuadernos de Salud Pública, n. 73, 1981.
- ELMORE, J. & FEINSTEIN, A.** A Bibliography of publications on observer variability
(final installment). J Clin Epidemiology, v. 45, n. 6, p. 567-80, 1992.
- ELWOOD, J.** Causal relationships in Medicine - a practical system for critical appraisal.
Oxford: Oxford Medical Publications, 1992. 332 p.
- ESCOHOTADO, A.** Historia de las drogas. Madrid: Alianza Editorial, v. I, 1994. 407 p.
- EWING, J.** Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA, v. 252, n.14, p. 1905-07, 1984.
- FEINSTEIN, A.** Clinical Biostatistics. Saint Louis: C.V. Mosby, 1977. 469 p.
- FENDRICH, M.; JOHNSON, T.; SUDMAN, S.; WISLAR, J.; SPIEHLER, V.**
Validity of drug use reporting in a high-risk community sample: a comparison of
cocaine and heroin survey reports with hair tests. American Journal of Epidemiology,
v. 149, n. 10, p. 955-62, 1999.
- FERIGOLO, M.; MEDEIROS, F.; BARROS, H.** "Éxtase": revisão farmacológica.
Revista de Saúde Pública, v. 32, n. 5, p. 487-95, 1998.
- FERNANDEZ, O.** Rede juvenis, droga injetável e o HIV/AIDS. REVISTA USP: Dossiê AIDS, n. 33, p. 103-15, março/abril/maio, 1997.
- ___ A prática de injeções de drogas, o uso comunitário de seringas e a redução dos riscos
ao HIV. In **PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, S.** (Orgs.) A AIDS no Brasil (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.360 p.,
- FLEISS, J. L.** Statistical methods for rates and proportions. Nova York: Wiley & Sons,
2nd ed., 1981.
- FRIEDMAN, S. & O'REILLY, K.** Sociocultural interventions at the community level.
AIDS - [1997 A Year in Review - supplement A], S201-S208, 1997.

- FRIEDMAN, S.** Networks and HIV risk: an introduction to social network analysis for harm reductionists. *International Journal of Drug Policy*, v. 9, p. 461-69, 1998.
- FOLHA DE SÃO PAULO.** São Paulo: Publifolha Multimídia, 1999, CD-ROM.
- FUENTEALBA, R.; CUMSILLE, F.; ARANEDA, J.; MOLINA, C.** Consumo de drogas lícitas e ilícitas en Chile: resultados del estudio de 1998 y comparación con los estudios de 1994 y 1996. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 7, n. 2, p. 79-87, 2000.
- FUNDAÇÃO SEADE.** Site <http://www.seade.gov.br>, acessado em 7 de março de 2000.
- GADELHA, P.** A revolução pasteuriana e o paradigma biomédico em saúde. *Palestra*, Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, 28 de junho, 1996.
- GAINETDINOV, R.** Role of serotonin in the paradoxical calming effect of psychostimulants on hyperactivity. *Science*, v. 283, n. 5400, p. 397-401, 1999.
- GALDURÓZ, J. C.; D'ALMEIDA, V.; CARVALHO, V.; CARLINI, E.** *III Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1993*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina - CEBRID, 1994. (mimeo)
- GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A.; CARLINI, E.** *IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras - 1997*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina-Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 1997. 130 p.
- GFROERER, J. & EPSTEIN, J.** Marijuana initiates and their impact on future drug abuse treatment need. *Drug and Alcohol Dependence*, v.54, p.229-37, 1999.
- GIOVINO, G.; HENNINGFIELD, J.; TOMAR, S.; SCOBEDO, L.; SLADE, J.** Epidemiology of tobacco use and dependence. *Epidemiologic Reviews*, v. 17, n. 1, p. 48-65, 1995.

- GLANTZ, M. & PICKENS, R. (ED.)** *Vulnerability to drug abuse*. Washington: American Psychological Association, 3rd printing, 1996. 532 p.
- GOLDBERG, M.** Este obscuro objeto da epidemiologia. In **COSTA D., (Org.)**, *Epidemiologia Teoria e Objeto*. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, p. 87-136, 1994.
- GOODSTADT, M. S. ET AL.** Consistencies in self-reported drug use among students in Ontario. *Bull. on Narcotics*, v. 37, April/Sept., 1985.
- HANKINS, C.** Harm reduction: time to intensify efforts. *Newsletter-International AIDS Society*, n. 11, p. 9-11, dec. 1998.
- HAY, GORDON.** Estimating the prevalence os substance misuse. In **BLOOR, M.; WOOD, F. (ED.)** *Addiction and problem drug use issues in behaviour, policy and practice*. London: Jessica Kingsley Publishers, p. 15-30, 1998.
- HEFFERNAN, R.; CHIASSON, M.; SACKOFF, J.** HIV risk behaviors among adolescents at a sexually transmitted disease clinic in New York City. *J Adolescent Health*, v. 18, n. 6, p. 429-34, 1996.
- HEITHOFF, K. & WISEMAN, E.** Reliability of paper-pencil assessment of drug use severity. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, v. 22, n.1, p. 109-22, 1996.
- HUGHES, C; PETTY, F.; SHEIKHA, S.; KRAMER, G.** Whole-blood serotonin in children and adolescents with mood and behavior disorders. *Psychiatry-Res.*, v. 65, n. 2, p. 79-95, 1996.
- HUNTER, G. ET AL.** Changes in injecting risk behaviour of injecting drug users in London, 1990-1993. *AIDS*, v. 9, p. 493-501, 1995.
- IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA)** *PPV (Pesquisa de Padrão de Vida – Press Release)*. Rio de Janeiro: IBGE-Coordenação Geral de Comunicação Social, 1998.19 p. (mimeo),
- ____ *Crianças e adolescentes: indicadores sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, v. 6, 1997. 80 p.

Brasil em números, Rio de Janeiro: IBGE, v. 4 , 1996. 212 p.

INABA, B & COHEN, W. Drogas estimulantes depressores e alucinógenos: efeitos físicos e mentais das drogas psicoativas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1ª edição, 1991. 255 p.

IVANOVIC, D.; CASTRO, C.; IVANOVIC, R. Factores que inciden en el habito de fumar de escolares de educación basica y media del Chile. Revista de Saúde Pública, v. 31, n. 1, p. 30-43, 1997.

JAPIASSU, H. Dicionário básico de filosofia. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 2ª ed., 1995. 265p.

JOHNSON, B. & MUFFLER, J. Sociocultural aspects of drug use and abuse in the 1990s. In **LOWINSON J.; RUIZ P.; MILLMAN R.** Substance Abuse, Baltimore: Williams & Wilkins, p. 118-37, 1992.

JOHNSTON, L., O'MALLEY, P.; BACHMAN, J. Drug use among american high school students, college students, and other young adults: national trends through 1985. Washington, D.C.: NIDA (National Institute on Drug Abuse), 1986.

JULIEN, R. A primer of drug action. New York: Freeman, 1995. 511 p.

KANDEL, D. & LOGAN, J. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: part I, periods of risk for initiation, continued use and discontinuation. Am J Public Health, v. 74, n. 7, 1984.

KOZEL, N. & ADAMS, E. Epidemiology of drug abuse: an overview. Science, v.234, n. 4779, p. 970-74, 1986.

KRAMER, T. & GARRALDA, M. Psychiatric disorders in adolescents in primary care. British Journal of Psychiatry, n. 173, p. 508-13, 1998.

LANE, R.; REIMAN, R.; BRADLEY, M. ET AL. Neuroanatomical correlates of pleasant and unpleasant emotion. Neuropsychologia, v. 35, n. 11, p. 1437-44, 1997.

- LACERDA, R.; STALL, R.; GRAVATO, N.; TELLINI, R.; HUDES, E.; HEARST, N.** HIV infection and risk behaviors among male port workers in Santos, Brazil. *Am. Journal of Pub. Health*, v. 86, n. 8, 1158-60, 1996.
- LAST, J.** *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press, 3rd ed., 1995. 180 p.
- LEDENT, K. ET AL.** Unresponsiveness to cannabinoids and reduced addictive effects of opiates in CB₁ receptor knockout mice. *Science*, v. 283, n. 5400, p. 401-04, 1999.
- LESHNER, A.** Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, v. 278, p. 45-7, 1997.
- LIBONATTI, O.; LIMA E.S.; PERUGA, A. ET AL.** Role of drug injection in the spread of HIV in Argentina and Brazil. *Journal of STD & AIDS*, v.4, p. 135-41, 1993.
- LIMA, E.S.** Drogadicção e cuidados primários de saúde. *J. Bras. de Medicina*, v. 75, n. 3, p. 29-44, 1998.
- LIMA, E.S.; FRIEDMAN, S.R.; BASTOS F.I.; DIAS, P.T.; WARD, T.** Risk factors for HIV-1 seroprevalence among drug injectors in the cocaine using environment of Rio de Janeiro. *Addiction*, v. 89, n. 6, p.689-97, 1994.
- LIMA, E.S.** Drogas nas escolas: quem consome o quê. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina Social, 1992a. 154 p. (mimeo)
- LIMA, E.S.; BASTOS, F.I.; TELLES, P.R.; WARD, T.** Injecting-drug users and the spread of HIV in Brazil. *AIDS & Public Policy Journal*, v. 7, n. 3, p. 170-74, 1992b.
- LIMA, M.; BERIA, J.; TOMASI, E.; MARI, J.** Use of amphetamine-like appetite suppressants: a cross-sectional survey in southern Brazil. *Substance Use & Misuse*, v. 33, n. 8, p. 1711-19, 1998
- LOCKER, D.** *Social causes of disease*. In SCAMBLER, G. (ED.) *Sociology as applied to medicine*. London: W.B Saunders, 4th ed., p. 18-31, 1997.

- LOWRY, R.; KANN, L.; COLLINS, J.; KOLBE, L.** The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents. *JAMA*, v. 276, n. 10, p. 792-97, 1996.
- MAcRAE, E.** A abordagem etnográfica do uso de drogas. In **MESQUITA, F.; BASTOS, F.** *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, p. 99-114, 1994.
- MANN, J.; TARANTOLA, D.; NETTER, T.** (Orgs.) *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 275-76, 1993.
- MARÍN, L. & QUEIROZ, M.** A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 7-21, 2000.
- MASI, G.; MARCHESCHI, M.; LUCCHERINO, L.** Psychotropic medication in adolescence psychodynamic and clinical considerations. *Adolescence*, v. 31, n. 134, p. 925-933, 1996.
- McCORMACK, H; HORNE, D.; SHEATHER, S.** Clinical application of visual analogue scales: a critical review. *Psychological Medicine*, v. 18, p. 1007-19, 1988.
- MCDOWELL, I. & NEWELL, C.** *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press, 2nd. ed., 521 p., 1996.
- McGINNIS, J. & FOEGE, W.** Actual causes of death in the United States. *JAMA*, v. 270, n. 18, p. 2207-12, 1993.
- MENSCH, B. & KANDEL, D.** Drug use as risk factor for premarital teen pregnancy and abortion in a national sample of young white women. *Demography*, v. 29, n. 3, p. 409-29, 1992.
- MERCHÁN-HAMANN, E.** Grau de informação, atitudes e representações sobre o risco e a prevenção de AIDS em adolescentes pobres do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 11, n. 3, p. 463-79, 1995.

- MESQUITA, A.; ANDRADE, A.; ANTHONY, J. Use of the inhalant lança by brazilian medical students. *Substance Use & Misuse*, v. 33, n. 8, p. 1667-78, 1998.
- MESQUITA, F. & BASTOS, F. *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MICKEY, R. & GOODWIN, G. The magnitude and variability of design effects for community intervention studies. *American Journal of Epidemiology*, v.137, n. 1, p. 9-18, 1993.
- MILHORN, T.H. *Drug and alcohol abuse: the authoritative guide for parents, teachers and counselors*. New York: Plenum Press, p. 3-10, 1994.
- MINAYO, M. C. & DESLANDES, S. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n.1, jan.-mar., 1998.
- MONK, T. A visual analogue scale technique to measure vigor and affection. *Psychiatric Res.*, v. 27, p. 89-99, 1989.
- MORGADO, A. Epidemiologia da dependência de drogas em grupos populacionais do Brasil. *J Bras Psiq*, v. 32, n. 5, p. 281-92, 1983.
- ___ Consumo de drogas - um enfoque pouco emocional. *Cadernos de Saúde Pública*, jan./mar., 1985.
- MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE-BRASIL). *Boletim epidemiológico-AIDS*. Ano IX, n. 4, semana epidemiológica 36 a 45, 1996.
- ___ *Boletim epidemiológico-AIDS*. Ano XII, n. 4, semana epidemiológica 35 a 47, 1999.
- MURRELLE, L.; ESCALONA, R.; FLORENZANO, R. Epidemiologic report on the use and abuse of psychoactive substances in 16 countries of Latin America and the Caribbean. *Bull PAHO*, v. 24, n. 1, p. 97-139, 1990.
- MUSTO, D. Opium, cocaine and marijuana in American History. *Scientific American*, v. 265, n. 1, p. 20-27, 1991.

- ___ International traffic in coca through the early 20th century. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 49, p. 145-56, 1998.
- MUZA, G. M.; BETTIOL, H.; MUCCILLO, G.; BARBIERI, M.** Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). I - Prevalência de consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 1, p. 21-29, 1997a.
- ___ Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). II - Distribuição do consumo por classes sociais. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 163-170, 1997b.
- NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.; NOTO, A.** Crack use in São Paulo. *Substance Use & Misuse*, v. 31, n. 5, p. 565-79, 1996.
- NAVARRO, RAFAEL.** *Cocaína: aspectos clínicos tratamiento y rehabilitación*. Lima: Ediciones Libro Amigo, 1992. 194 p.
- NEPAD (NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ATENÇÃO AO USO DE DROGAS)** *Levantamento sobre uso de drogas e conhecimentos sobre AIDS em população escolar no Rio de Janeiro: resultados preliminares - Relatório ao Ministério da Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 1997. (mimeo)
- NESSE, R. & BERRIDGE, K.** Psychoactive drug use in evolutionary perspective. *Science*, v. 278, p. 63-65, 1997.
- NESTLER, E. & AGHAJANIAN, G.** Molecular and cellular basis of addiction. *Science*, v. 278, p. 58-63, 1997.
- NEWMAN, R.** The need to redefine "addiction." *New England J of Medicine*, v. 308, n. 18, p. 1096-98, 1983.
- NIDA (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE)** *Drug abuse instrument handbook*. Rockville: Research Issues, n. 12, 1976.

- Epidemiologic trends in drug abuse, volume II: Proceedings. Rockville: National Institutes of Health, June, 1996. 484 p.
- The validity of self-reported drug use: improving the accuracy of survey estimates. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Research Monograph Series, n. 167, 1997. 508 p.
- NORMAND, J.; VLAHOV, D.; MOSES, L. (EDS.)** Preventing HIV transmission - the role of sterile needles and bleach. Washington, DC: National Academy Press, 1995. 333 p.
- NOTO, A.; CARLINI E.; MATTEI, R.; GALDURÓZ, J. ET AL.** Use of drugs among street children in Brazil. Journal of Psychoactive Drugs, v. 29, n. 2, p. 185-92, 1997.
- IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras - 1997. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Departamento de Psicobiologia/CEBRID, 1998. 120 p..
- (OGD) OBSERVATOIRE GÉOPOLITIQUE DES DROGUES.** Atlas Mondial des Drogues. Paris: Presses Universitaires de France, 1996. 250 p.
- PAIVA, V.** Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In **PARKER, R.; BARBOSA, R. (Orgs.)** Sexualidades Brasileiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 214-34, 1996.
- PARKER, H.; ALDRIDGE, J.; MEASHAM, F.** Illegal leisure: the normalization of adolescent recreational drug use. London: Routledge, p. 151-65, 1998.
- PARKER, R.; BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, S. (Orgs.)** A AIDS no Brasil (1982-1992). Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 360 p.
- PARREIRAS, D.** Data on the illicit traffic in cocaine and coca leaves in South America, with an annex on narcotics control in Brazil. Bulletin on Narcotics, october-december, 1961.

- ____ Census of drug addicts in Brazil – The incidence and nature of drug addiction. *Bulletin on Narcotics*, v. 17, n.1, p. 21-23, 1965.
- PATRICK, D.; CHEADLE, A.; THOMPSON, D.; DIEHR, P.; KOEPESELL, T.; KINNE, S.** The validity of self reported smoking: a review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, v. 84, n. 7, p. 1086-93, 1994.
- PAUL-DAUPHIN, A.; GUILLEMIN, F.; VIRION, J.; BRIANÇON, S.** Bias and precision in visual analogue scales: a randomized controlled trial. *American Journal of Epidemiology*, v. 150, n. 10, p. 1117-27, 1999.
- PINKERTON, S. & ABRAMSON, P.** Occasional condom use and HIV risk reduction. *JAIDS*, v. 13, n.5, p. 456-60, 1996.
- PINHEIRO, H.** *Temas e textos interdisciplinares*. Rio de Janeiro: Aula, 1992. 1042 p.
- POSSAS, C.** *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, p.77-83, 1989.
- PSA (PROGRAMME ON SUBSTANCE ABUSE)** *Health professional education on psychoactive substance use issues – report based on WHO consultation*. Geneva: WHO (Organização Mundial da Saúde), 1996. 51 p.
- RAY, O & KSIR, C.** *Drugs society and human behavior*. Boston: McGraw-Hill, 8th ed., 1999. 494 p.
- REALE, M.** *Introdução à filosofia*. São Paulo: Saraiva, 3^a ed. atualizada, 1994. 269 p.
- RENTON, A.** Epidemiology and causation: a realist view. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 48, p. 79-85, 1994.
- RHODES, T.; HARTNOLL R. (EDS.)** *AIDS, drugs and prevention*. London: Routledge, 1996. 240 p.
- ROSEN, G.** *Uma história da saúde pública*. São Paulo: UNESP, p. 118, 1994.

- SÁ, DOMINGOS B.** Comunicação pessoal, 1989.
- SAITZ, R.; MULVEY, K.; PLOUGH, A.; SAMET, J.** Physician unawareness of serious substance abuse. Drug and Alcohol Abuse, v. 23, n. 3, p. 343-54, 1997.
- SAYD, JANE D.** Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Rio de Janeiro, 1998. 193 p.
- SCHUCKIT, M.** Drug and alcohol abuse. New York: Plenum Medical. Third ed., 1989. 307 p.
- SCLIAR, M.** A paixão transformada: história da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, p.217, 1996.
- SILVA, M. T.; BARROS, R.; MAGALHÃES, M.** Use of marijuana and other drugs by college students of São Paulo, Brazil. The Int. Journal of the Addictions, v.29, n. 8, p. 1045-56, 1994.
- SMART, R.; HUGHES, P.; JOHNSTON, L. ET AL.** A methodology for student drug-use surveys. Geneva: WHO, (Offset Publication n. 50), 1980.
- SNYDER, S.** Drugs and the brain. New York: Scientific American Library, 1996. 228 p.
- SOUZA, D. & MARTINS, D.** O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995. Cad. Saúde Pública, v. 14, n. 2, p. 391-400, 1998.
- SOUZA, E.** Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. Cadernos de Saúde Pública, v. 10 (Suplemento 1), p. 45-60, 1994.
- SPSS INC.** SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for windows base system user's guide release 6.0. Chicago: SPSS Inc., 1993. 828 p.
- STEINER, B. & GEST, K.** Do adolescents want to hear preventive counseling messages in outpatient settings? J. Fam. Pract., v. 43, n. 4, p. 375-81, 1996.

- SUSSER, M. & SUSSER, E. Choosing a future for epidemiology: I. eras and paradigms. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 5, pp. 668-673, 1996.
- SUSSER, M. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. *J. Epidemiology and Community Health*, n. 52, p. 608-11, 1998.
- SWADI, H. Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 55, p. 209, 24, 1999.
- SZKLO, M. Design and conduct of epidemiological studies. *Preventive Medicine*, v. 16, p.142-49, 1987.
- VELHO, G. *Nobres e anjos – um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1ª ed., 1998. 216 p.
- VIZZOLTO, S.M. *A droga, a escola e a prevenção*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.
- VLAHOV, D.; BROOKMEYER, R. The evaluation of needle exchange programs [editorial]. *American J of Pub Health*, v. 84, n.12, p. 1889-91, 1994.
- WALLER, J. & CASEY, R. Teaching about substance abuse in medical school. *British Journal of Addiction*, v. 85, p. 1451-1455, 1990.
- WEREBE, S. Toxicomania como uma das formas de marginalização de jovens em nossa sociedade. *Ciência e Cultura*, v. 33, n. 3, p. 319-324, 1981.
- WHITE, D. & PITTS, M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*, v. 93, n.10. p. 1475-87, 1998.
- WHO COLLABORATIVE STUDY GROUP. An international comparative study of HIV prevalence and risk behaviour among drug injectors in 13 cities. *Bull on Narcotics*, v. 45, n. 1, p. 19-46, 1993.
- WHO/OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE) *EPI-INFO 6.02 Database and Statistics program for public health*. Genebra: WHO, 1994.

WICKELGREN, I. Getting the brain's attention (Special News Report). *Science*, v. 278, p. 35-37, 1997.

WINDLE, M. An alcohol involvement typology for adolescents: convergent validity and longitudinal stability. *J of Studies on Alcohol*, v. 57, n. 6, p. 627-637, 1996.

ZANINI, A.; MORAES, E.; AKERMAN, B.; SALGADO, P. Concepts and use of psychoactive drugs among university students in São Paulo area. *Drug Forum*, v. 6, n. 2, p. 85-89, 1977-78.



***10. BIBLIOGRAFIA
CONSULTADA***

- ALLMAN, J. *Evolving brains*. New York: Scientific American Library, 1999. 224 p.
- BACHELARD, G. *A psicanálise do fogo*. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 169 p.
- _____. *O novo espírito científico*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2ª ed., 1985. 151p.
- BARROS, R. Avaliação dos efeitos da maconha por usuários de população estudantil. *Ciência e Cultura*, v. 41, n. 7, p.652-57, 1989.
- BATISTA, M.; INEM, C. (Orgs.) *Toxicomanias – abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997. 216 p.
- BORINI, P. Influência do curso médico sobre os estudantes de medicina quanto ao uso de bebida alcoólica e sobre atitudes, conceitos e concepções etiológicas relativos ao uso abusivo de álcool. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 45, n. 12, p. 703-8, 1996.
- BUCHER, R. *Drogas e sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília: UNB, 131 p., 1996.
- BUNGE, M. *Causality and modern science*. New York: Dover, 3rd ed. (rev.), 394p. 1979.
- BYCK, R. (ED.) *Cocaine papers* - Sigmund Freud. Com introdução do autor. New York: Meridian Books, 1974.
- CARLINI-COTRIM, B.; CARLINI, E. O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na cidade de São Paulo. Parte I: estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual. *Revista ABP/APAL*, v.9, n.2, p. 49-58, 1987.
- CARLINI, E.; CARLINI-COTRIM, B.; SILVA-FILHO, A.; BARBOSA, M. *II Levantamento nacional sobre o uso de psicotrópicos em estudantes de 1º e 2º graus – 1989*. São Paulo: Escola Paulista de Medicina/CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), 1991.93 p.
- CARLINI, E. Dangerous use of anticholinergic drugs in Brazil. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 32, p. 1-7, 1993.

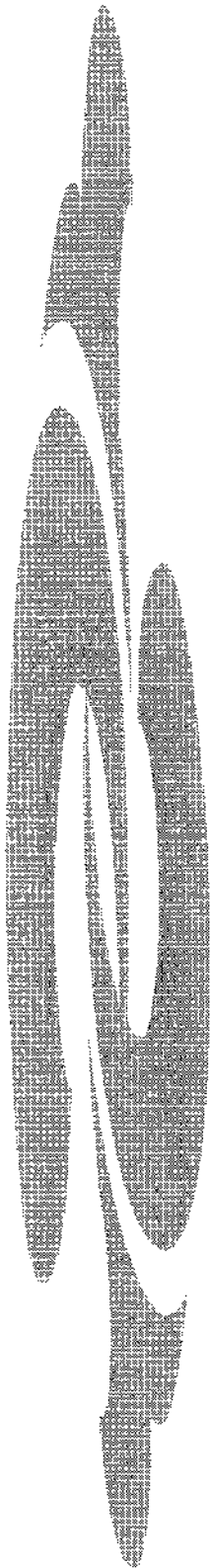
- _____. Medicamentos, drogas e saúde. São Paulo: Hucitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 1995. 255 p.
- CARVALHO, V.; PINSKY, I.; SILVA, R.; CARLINI-COTRIM, B. Drug and alcohol use and family characteristics: a study among Brazilian high-school students. Addiction, v. 90, p. 65-72, 1995.
- CASTIEL, R. O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano. Campinas: Papirus, 1994. 203 p.
- CHEN, K. & KANDEL, D. Predictors of cessation of marijuana use: an event history analysis. Drug and Alcohol Dependence, v. 50, p. 109-21, 1998.
- COSTA, E. Vigilância sanitária. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVE, 1999. 460 p.
- COSTA, N. Lógica indutiva e probabilidade. São Paulo: Hucitec/EDUSP, 1993. 89 p.
- CREGLER, L.; MARK, H. Medical complications of cocaine abuse. N Eng J of Medicine, v. 315, n. 23, p. 1495-1500, 1986.
- DIAZ, A.; BARRUTI, M.; DONCEL, C. The lines of success? A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona. Barcelona: Laboratori de Sociologia-ICESB, 1992. 361 p.
- DOUTO, F. A causa dos adolescentes. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 289 p.
- DUNN, J.; LARANJEIRA, R.; SILVEIRA, D.; ET AL. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. Substance Use & Misuse, v. 31, n. 4, p. 519-27, 1996.
- ELANDT-JOHNSON, R. Definition of rates: some remarks on their use and misuse. American Journal of Epidemiology, v. 102, n. 4, p. 267-71, 1975.
- ESCOHOTADO, A. Historia de las drogas. Madrid: Alianza Editorial, volumes. I, II e III, 1994.

- EVERITT, B.S.** *The Cambridge dictionary of statistics in the medical sciences.* Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1995. 277 p.
- FARMER, R.; MILLER, D.; LAWRENSON, R.** *Epidemiology and public health medicine.* Oxford, UK: Blackwell Science, 4th ed., 1997. 288 p.
- FELDMAN, L. ET AL.** Alcohol use beliefs and behaviors among high school students. *Journal of Adolescent Health*, v. 24, p. 48-58, 1999.
- FOUCAULT, M.** *A arqueologia do saber.* São Paulo: Forense Universitária, 4^a ed., 1995. 239 p.
- GIOVINO, G.; HENNINGFIELD, J.; TOMAR, S.; SCOBEDO, L.; SLADE, J.** Epidemiology of tobacco use and dependence. *Epidemiologic Reviews*, v. 17, n. 1, p. 48-65, 1995.
- INEM, C.; ACSELRAD, G. (Orgs.)** *Drogas: uma visão contemporânea.* Rio de Janeiro: Imago, 279 p., 1993.
- KAPLAN, H.; SADOCK, B.** *Modern synopsis of psychiatry*, 3 ed., London: Williams & Wilkins, 1981. 1034 p.
- JAPIASSU, H.** *Introdução ao pensamento epistemológico.* Rio de Janeiro: Francisco Alves, 7^a ed., 1992. 202 p.
- JEFFREY, R.** *The logic of decision.* Chicago: The University of Chicago Press, 2nd ed., 1983. 231 p.
- KELSEY, J.; THOMPSON, W.; EVANS, A.** *Methods in observational Epidemiology.* New York: Oxford University Press, 1986.
- KNAPP, R.; MILLER, M.** *Clinical epidemiology and biostatistics.* Baltimore: Williams&Wilkins National Medical Series, 1992. 435 p.
- KLEIN, C.; COSTA, E.** Os erros de classificação e os resultados de estudos epidemiológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 3, n. 3, 1987.

- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 4^a ed., 1996. 257 p.
- LAWLESS, J. F. *Statistical models and methods for lifetime data*. New York: John Wiley&Sons, 1982.
- LIMA, E.S. ET AL. Risk behaviors for HIV-1 seroprevalence in a sample of injecting drug users (IDUs) and *crack* smokers (CSs) in Campinas, Brazil. Vancouver: *XI Conferência Internacional de AIDS*, Abstract PubC 1133, 1996.
- LIMA, E.S.; BASTOS, F.I.; FRIEDMAN, S. Prospects for HIV infection and AIDS among drug injectors in Rio de Janeiro: perspectives and unanswered questions. *Bull. on Narcotics*, v. 45, n. 1, p. 107-15, 1993.
- MACCOUN, R. & REUTER, P. Interpreting Dutch cannabis policy: reasoning by analogy in the legalization debate. *Science*, v. 278, p. 47-52, 1997.
- MARQUES, V. *A medicalização da raça – médicos educadores e discurso eugênico*. Campinas: Unicamp, 1994. 165 p.
- MARTIN, E. *Tracking immunity in american culture: from the days of polio to the age of AIDS*. Boston: Beacon Press, 1994. 320 p.
- MARUBINI, E. *Analysing survival data from clinical trials and observational studies*. New York: John Wiley&Sons, 414 p., 1995.
- MEHEUS, A. Sexually transmitted diseases among adolescents: epidemiology and prevention. In BENNETT, D. (ED.) *The control of hepatitis B: the role of prevention in adolescence*. London: Gower Medical Publishing, 17-20, 1991.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento* pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 4^a ed., 1996. 269p.

- MORGADO, A. F.** Dependência de drogas: descrição de uma pesquisa empírica e revisão de alguns aspectos relevantes para sua prevenção. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Pública, 1983. (mimeo.)
- MORGENSTERN, H.; KLEINBAUM, D.; KUPPER, L.** Measures of disease incidence used in epidemiologic research. International Journal of Epidemiology, v. 9, n. 1, p. 97-104, 1980.
- MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE-BRASIL)** Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991. 41 p.
- NIDA (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE)** Cocaine use in America: epidemiological and clinical perspective. Rockville: Research monograph series, n. 61, 1985.
- O'CONNOR, P.; SAMET, J.** The substance-using human immunodeficiency virus patient: approaches to outpatient management. Am-J-Med, v.101, n. 4, p. 435-44, 1996.
- OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE)** Evaluacion de los problemas sociales y de salud pública relacionados con el uso de substâncias psicotrópicas. Genebra: Comitê de especialistas da OMS - Serie de informes técnicos. n. 656, 1981.
- REVISTA USP.** Dossiê AIDS. São Paulo: USP, n. 33, março/abril/maio, 1997.
- ROST, K.; BURNAM, M.; SMITH, G.** Development of screeners for depressive disorders and substance disorders history. Med Care, v. 31, p. 189-200, 1993.
- ROTHMAN, K. & GREENLAND, S.** Modern Epidemiology. New York: Lippincot, 2nd ed., 1998. 738 p.
- RUSSELL, B.** A history of western philosophy. New York: Touchstone, 1945. 895 p.

- SÁ, CELSO P.** *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/EdUERJ, p. 45-59, 1998.
- SARTRE, J-P.** *O ser e o nada*. Petrópolis: Vozes, 1ª ed., 1997. 783 p.
- SCAMBLER, G. (ED.)** *Sociology as applied to medicine*. London: W.B. Saunders, 4th ed., 1997. 311 p.
- SCHUCKIT, M** Biological, psychological and environmental predictors of the alcoholism risk: a longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, v. 59, n. 5, p. 485-92, 1998.
- SELVIN, S.** *Statistical analysis of epidemiologic data*. New York: Oxford University Press, 1991. 375 p.
- TEMPORINI, E.** Prevenção da AIDS: um desafio sociocomportamental. *REVISTA USP: Dossiê AIDS*, n. 33, p. 41-45, março/abril/maio, 1997.
- TIMIO, M.** *Clases sociales y enfermedad: introducion a una epidemiologia diferencial*. México, D.F.: Editorial Nueva Imagen, 1979. 144 p.
- TONKIN, R.** Adolescent lifestyle and risk of disease exposure. In **BENNETT, D. (ED.)** *The control of hepatitis B: the role of prevention in adolescence*. London: Gower Medical Publishing, p. 7-16, 1991.
- UNDND (United Nations Division of Narcotic Drugs).** *Manual on drug abuse assessment. Part II: use of population survey*. Vienna, 1985.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION)** *The world health report 1999 –making a difference*. Genebra: World Health Organization, 1999. 122p.
- WITTGENSTEIN, L.** *Tractatus logico-philosoficus*. São Paulo: EDUSP, 1994, 296 p.



11. GLOSSÁRIO

AA (Alcoólicos Anônimos) - Entidade de mútua ajuda, voltada exclusivamente para o tratamento do uso nocivo de álcool (com ou sem dependência). Foi fundada em 1935 nos Estados Unidos. O tratamento é voluntário e feito em reuniões de grupo, que são formados e orientados por alcoólicos que desejam se recuperar. Não há um comando direto ou hierarquia nos grupos de Alcoólicos Anônimos. A linha mestra do programa de recuperação de AA é representada pelos 'doze passos' [ver apêndice no final do Glossário].

Abstinência (Síndrome de) - Quadro caracterizado por uma série de sinais e sintomas clínicos relacionados à ausência de uma droga de abuso. Isto é, quando o indivíduo deixa, por vontade própria ou involuntariamente, de utilizar a substância ou produto ao qual ele está dependente, há o surgimento de sintomas característicos. Estes vão desde o nervosismo, suores frios e tremores, até dores abdominais, com cólicas acentuadas, (opíáceos) até crises convulsivas (álcool). Este período, entre a parada de uso e o aparecimento dos sintomas de abstinência, pode ser bastante variável, de acordo com a droga utilizada. Alguns pesquisadores acreditam que esta síndrome ocorre, em grande parte, devido à dependência psicológica (ver). Todavia, a opinião que ainda prevalece entre a maioria, é que a síndrome existe. Os opíáceos (Heroína, Morfina) são os maiores responsáveis pelos sintomas clássicos de abstinência, entre as drogas ilícitas. No abuso de álcool, o quadro de abstinência é muito característico. Dentre os sintomas de abstinência ao álcool destacamos o delirium tremens (ver). Nos quadros graves de dependência ao álcool, a instalação do quadro pode ocorrer num período muito curto de abstinência, podendo ser de algumas horas.

Ácido Nome pelo qual o LSD (ver) é conhecido nas ruas.

Aids (ver SIDA/Aids)

Álcool Em geral refere-se ao etanol ou álcool etílico, produto obtido a partir da destilação de alguns grãos fermentados (cevada, milho). Em nosso meio sua principal fonte de obtenção é o sumo da cana-de-açúcar (garapa) fermentado. É extraído também a partir da madeira (álcool metílico ou metanol) sendo este impróprio para consumo por ser altamente tóxico.

Alcoolismo Esta palavra, apesar de muito conhecida, tornou-se imprecisa na tentativa de se caracterizar uma doença. Seria referente a uma forma de beber patológica, acompanhada de uma série de outros prejuízos ao funcionamento social do indivíduo. Hoje, os manuais clínicos referem-se a uma síndrome de dependência ao álcool, ou ao uso abusivo de álcool, para melhor formalizar um diagnóstico.

Alucinação É um sintoma subjetivo que leva o indivíduo a perceber e acreditar na presença de um objeto, sem que este realmente exista. Pode ser, além de visual, auditiva, tátil, olfativa ou gustativa. É um sintoma comum na intoxicação ou abstinência a algumas drogas (ex. álcool, anfetaminas, opiáceos). Nas drogas alucinógenas é um efeito comum.

Alucinógenos São as substâncias que produzem profundas alterações na senso-percepção (visão, audição, tato) do indivíduo semelhantes à alucinação. (Ver LSD.) Alguns autores chamam os alucinógenos de psicodélicos, psicodislépticos ou psicotomiciméticos.

ALV Uso ao longo da vida. Indica que o indivíduo experimentou a substância ao menos uma única vez.

Amanita muscaria Cogumelo conhecido desde a antiguidade pelas suas propriedades alucinógenas. Era muito utilizado em rituais religiosos.

Analgésicos Analgesia significa tirar a dor. Uma substância analgésica produz, seletivamente, uma redução na sensação de dor física, produzida por algum processo patológico no organismo, ou por trauma. São analgésicos, a aspirina e os opiáceos. Alguns analgésicos podem provocar sedação, sem contudo levar à inconsciência (p. ex. os opiáceos).

Anestesia Pode-se dizer que, grosso modo, é um estado em que há ausência de todas as sensações.

Anfetaminas Substâncias com alto poder estimulante do SNC, obtidas em laboratório e, portanto, sintéticas. São muito utilizadas na composição dos medicamentos anorexígenos, aqueles formulados para inibir o apetite, muito utilizados nos regimes de emagrecimento. Sua ação é parecida com a da cocaína (diminuição da fadiga, taquicardia, perda do sono e do apetite) da mesma forma que os seus efeitos colaterais.

Animismo Crença de que objetos e plantas são dotados de um espírito que as dirige ou movimenta.

Anorexígeno (Ver anfetaminas.)

Ansiedade A sensação caracterizada como ansiedade é um tipo de experiência vivenciada universalmente pela espécie humana. Ela representa uma antecipação de um ou mais eventos, em sua maioria, desagradáveis. A ansiedade deve ser diferenciada do pânico, pavor ou mesmo medo, pois é comum ficarmos ansiosos também em relação a alguns eventos agradáveis. Neste caso, é melhor pensar que a parte negativa, seria uma possível não ocorrência deste evento desejado.

Ansiolítico O mesmo que calmante, ou seja, drogas utilizadas para controlar a ansiedade (ver tranqüilizantes).

Antabuse® (ver Dissulfiram) Produto comercial utilizado no tratamento da síndrome de dependência ao álcool.

Antidepressivos Um grupo de substâncias usadas no tratamento da depressão, hoje incluída na categoria dos distúrbios de afetividade. Agem através da modulação de alguns neurotransmissores. Seu efeito em geral não produz sedação e não provocam estimulação no indivíduo não-deprimido.

Antihistamínicos São antagonistas da histamina, substância produzida pelo organismo em resposta a alguns processos inflamatórios e quadros alérgicos. Têm capacidade sedativa e podem ser usados como indutores de sono. Têm potencial como droga de abuso.

Antipiréticos São substâncias capazes de controlar e/ou reduzir a febre. Sua utilização como droga de abuso é desprezível.

Antipsicóticos Drogas utilizadas em Psiquiatria principalmente no tratamento das chamadas grandes psicoses, como a esquizofrenia. Atuam sobre a produção e a re-captção de neurotransmissores, principalmente a dopamina. Não são utilizadas normalmente como droga de abuso.

Barbitúricos É uma categoria de substâncias com propriedades hipnóticas e ansiolíticas sendo uma das primeiras produzidas em escala industrial para este fim. A descoberta do ácido barbitúrico data do final do século XIX e sua comercialização do início do século XX. (Ex. Gardenal®, fenobarbital.) São potentes depressores do SNC, podendo provocar desde sedação até o coma profundo. Sua janela terapêutica é muito estreita, ou seja, a dose para se obter o efeito desejado está muito próxima daquela em que os efeitos são indesejáveis ou potencialmente fatais.

Benzodiazepínicos São substâncias depressoras do SNC e seguramente os tranquilizantes mais largamente utilizados em todo o mundo. O primeiro benzodiazepínico a ser sintetizado foi o clordiazepóxido, em 1957. Substituíram quase que completamente os barbitúricos como calmantes de uso ambulatorial, devido a sua baixa toxicidade e alta eficácia em doses baixas. Os pacientes desenvolvem tolerância com relativa rapidez e seu potencial como droga de abuso é muito elevado. Há centenas de derivados de benzodiazepínicos no mercado com um número ainda maior de nomes comerciais.

Biodisponibilidade É a disponibilidade de moléculas de uma determinada droga no local de ação da substância no corpo. É um conceito importante na comparação de diferentes marcas de um mesmo produto genérico, porque uma mesma marca pode ter biodisponibilidade diferente dependendo da preparação.

Cafeína É a substância psicoativa mais consumida em todo o mundo. Este alcalóide tem na estimulação do SNC seu principal efeito. É encontrado em concentrações significativas no café, chá, mate, guaraná, refrigerantes 'cola' e chocolates em geral. Uma xícara de café (150 ml) tem em média 100 mg de cafeína. Vários medicamentos antigripais contêm cafeína em quantidades que variam de 30 a 100 mg por comprimido.

Canabidióis São os princípios ativos existentes na plantas do gênero Cannabis (ver Maconha)

CEBRID Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

Cocaína Esta droga, com alto poder estimulante sobre o SNC, é um alcalóide extraído da folha do arbusto de coca (*Erythroxylum coca*), encontrada em abundância no Altiplano Andino (Peru, Colômbia e Bolívia). Foi isolada em 1859 e a partir de 1884 o cloridrato de cocaína (em forma de pó estável e hidrossolúvel) já estava disponível para comercialização. A cocaína altera o comportamento induzindo à euforia, reduzindo a sensação de fadiga e diminuindo o apetite. Quando seu efeito começa a desaparecer surgem sonolência, irritabilidade e um estado psicológico semelhante à depressão. Como é estimulante, inicialmente melhora a performance física na execução de tarefas que requerem força e velocidade. Em doses elevadas produz intensa ansiedade e irritabilidade, podendo levar a um comportamento psicótico. A cocaína em pó pode ser aspirada por via nasal ou diluída e injetada via subcutânea ou intravenosa. A cocaína também pode ser utilizada como anestésico local.

Codeína Substância derivada do ópio (ver opiáceo). É muito utilizada em medicamentos anti-tussígenos. Sua utilização como droga de abuso é grande, daí a necessidade de um rígido controle na venda destes medicamentos.

Cogumelo (ver alucinógenos)

“Crack” É uma forma de apresentação da cocaína (ver). O “crack” é obtido misturando-se o cloridrato de cocaína (pó) com uma base (em geral bicarbonato de sódio). O “crack” é inalado, por via oral, após ter sido aquecido em recipiente (cachimbo) improvisado. Desta forma, sua absorção, e portanto sua biodisponibilidade (ver), é mais rápida do que a cocaína em pó, aspirada via intranasal. Tem assim um elevado potencial de uso abusivo e dependência. Seus efeitos, em geral, são iguais aos da cocaína.

CSE Categoria socioeconômica

Datura Gênero de plantas que incluem muitas espécies com propriedades alucinógenas (ver alucinógenos). No Brasil são conhecidas em algumas regiões com nomes variados (lírio, trombeta, saia-branca). A forma de ingestão é por meio de infusão (chá) das flores destas plantas.

Delirium tremens Quadro agudo que acomete com frequência os casos graves de síndrome de dependência ao álcool, caracterizando-se por tremores intensos e generalizados, com alucinações, dipsomania e convulsões. É um dos sintomas mais importantes da síndrome de abstinência ao álcool (ver).

Dependência, Conceito de

Física: estado no qual o uso da droga é necessário para que a pessoa funcione normalmente. Este quadro de dependência revela-se quando a substância é retirada e observam-se os sintomas de abstinência. Estes sintomas desaparecem quando a substância é reutilizada.

Psicológica: é o uso compulsivo da droga devido aos efeitos prazerosos proporcionados pela substância. Na ausência da droga, podem surgir alguns sintomas tais como nervosismo e ansiedade.

Depressão Os sintomas clínicos da depressão variam desde a tristeza até a apatia profunda. Não confundir com a melancolia provocada por perdas, luto ou insatisfação. Esta pode ser transitória e, assim como a ansiedade, é experimentada por qualquer ser humano. Hoje se acredita que a depressão, classificada nos manuais de diagnóstico psiquiátrico como distúrbio do humor e da afetividade, está associada a fatores biológicos e genéticos. Na depressão, doença, o indivíduo começa a demonstrar um desinteresse geral, fadiga que progride para uma inapetência, perda do apetite sexual e da vontade de trabalhar e isolamento. O uso prolongado de drogas estimulantes do SNC, como a cocaína e as anfetaminas, faz surgirem sintomas semelhantes a uma depressão leve, quando estas drogas começam a perder seu efeito ao serem metabolizadas e eliminadas pelo organismo.

Desintoxicação Termo inespecífico que, em geral, designa alguns tratamentos para uso abusivo de drogas com dependência, nos quais o indivíduo se interna em alguma instituição, por um período variável de tempo.

Diazepam® (ver benzodiazepínicos) Nome comercial de um medicamento sedativo hipnótico.

Dissulfiram Substância que interfere como metabolismo normal do álcool no organismo, de forma a provocar sensações extremamente desagradáveis ao bebedor. É muito comum familiares utilizarem o dissulfiram, sem que o bebedor saiba, no sentido de tentar tratá-lo da dependência ao álcool. Existe sob forma de comprimido ou pó, sendo esta última apresentação a mais usada para colocação na comida do alcoolista para ‘tratamento.’

Droga Palavra de origem controversa, viria do holandês “droogen” (mercadoria seca), que era a forma com que se apresentavam as folhas medicinais, antepassadas dos modernos medicamentos ou seria uma adaptação do vocábulo persa “darú” (medicina) que teria migrado para o francês “drogue” e o italiano “droga”. Em inglês, a palavra “medicine” também significa medicamento. O termo hoje, em Português, designa principalmente as diversas substâncias ilícitas comercializadas.

Drogadição (ou drogadicção) Termo traduzido do inglês “drugaddiction” que também carece de uma definição mais precisa. Seria o uso nocivo de drogas, principalmente quando há sinais e sintomas de dependência.

Droga de abuso É qualquer substância ou produto utilizado pelo sujeito com o objetivo claro de obter deste um efeito psicoativo (ver) recreativo, sem qualquer indicação terapêutica ou orientação médica.

Drogas,

Dependência de: estágio no qual o uso da droga é necessário para que o indivíduo possa sentir-se bem, evitando assim os sintomas de abstinência. Toda a vida do sujeito gira em torno de como obter a droga, provocando a si enormes perdas sociais e afetivas, além dos danos à saúde. Nesta fase o(a) usuário(a) não consegue mais ocultar seu estado e a recuperação, sem um tratamento adequado, é mais difícil. Em geral existe algum tipo de dependência física e/ou psicológica.

Uso abusivo: é um estágio intermediário entre o uso indevido e a dependência. Nesta fase os danos à saúde são pouco percebidos pelos que convivem com o(a) usuário(a). As perdas sociais e afetivas podem ser compensadas com períodos de abstinência e busca de tratamento. Ainda assim os riscos de surgirem problemas graves de saúde e envolvimento

com o sistema penal são elevados. Normalmente encontra-se dependência psicológica. A OMS preconiza a classificação uso nocivo, por entender que a expressão uso abusivo tem conotação preconceituosa.

Uso indevido: é o uso de qualquer substância psicoativa legal ou ilegal com objetivo recreacional, ou mesmo terapêutico, quando há outras alternativas disponíveis, mais seguras; quando o uso de substância psicoativa legal coloca em risco a integridade física do(a) usuário(a) ou ainda se este uso está fora dos padrões culturais determinados pela sociedade ou grupo ao qual pertence o indivíduo.

Efedrina Substância derivada de uma erva medicinal chinesa (*ma huang*) utilizada para o tratamento de broncoespasmo em doenças respiratórias como bronquite e asma. Tem efeito estimulante sobre o SNC e sua estrutura química deu origem às primeiras anfetaminas sintetizadas.

Endorfina É um tipo de proteína que ocorre naturalmente no organismo e cuja atividade provoca efeitos semelhantes aos da morfina.

Estimulantes Substância, produto ou medicamento capaz de provocar estimulação ou excitação no SNC (ver cocaína, anfetaminas)

Estupefaciente É outro termo criado para caracterizar substância psicoativa utilizada como droga de abuso. Trata-se de um galicismo, que seria uma composição entre a palavra estupor e o verbo “faccione” (poder de fazer), ou seja, algo capaz de levar ao entorpecimento ou o mesmo que entorpecente.

EVA Escala visual analógica

Exposição é a proximidade e/ou contato com uma fonte de doença ou seu agente, de tal maneira que a transmissão efetiva do agente, ou seu efeito nocivo, possa ocorrer; nos estudos transversais pode-se dizer que se a exposição não altera o risco de doença ou agravo, mas faz com que esta seja ‘leve,’ se contraída, a prevalência de exposição será elevada entre os casos. Como resultado, será observada uma associação muito forte entre exposição e doença, nos estudos transversais, ainda que a exposição não tenha efeito sobre o risco da doença.

Êxtase (MDMA) Não é uma droga nova como pensam muitos. É um derivado sintético da anfetamina e, portanto, um psicoestimulante como a cocaína e as anfetaminas. Esta metanfetamina foi patenteada na Alemanha em 1914 e nos anos 80 passou a ser usada como droga de abuso. Até 1985 não era uma substância controlada. É consumido por via oral em comprimidos contendo de 50 a 150 mg do produto. O que se vende nas ruas, porém, pode conter, além da MDMA, uma série de outras substâncias (caféina, paracetamol, quetamina, LSD e outras substâncias não-identificadas). Portanto, o risco adicional de efeitos indesejáveis é muito grande, já que não há qualquer controle sobre o que está sendo comercializado. Em doses muito elevadas (acima de 300 mg) o MDMA pode provocar alucinações o que teria levado a Sociedade Americana de Psiquiatria a classificá-lo como droga alucinógena.

Farmacocinética Estudo dos fatores que influenciam a absorção, distribuição, metabolismo e excreção das drogas no organismo.

Farmacodinâmica Estudo das interações de uma substância e seus receptores no organismo, responsáveis pelos efeitos finais no corpo.

Haxixe (ver Maconha) É um preparado feito a partir da florescência do topo das plantas fêmeas do gênero *Cannabis*. Tem aspecto de resina sendo sua concentração de THC muitas vezes maior do que a maconha prensada e, como esta, é igualmente fumado. Seu efeito é, em geral, mais pronunciado do que o da maconha.

Heroína (ver opiáceo)

Hipnótico Substância, produto ou medicamento capaz de induzir ao sono.

HIV A sigla HIV corresponde ao Vírus da Imunodeficiência Humana (em inglês Human Immunodeficiency Virus). Os vírus são microrganismos, causadores de várias doenças. O HIV (também chamado de HIV-1) infecta somente os seres humanos e ataca seu sistema imunológico. A infecção pelo HIV pode transformar-se na doença SIDA/AIDS (ver). Estar infectado pelo HIV não é o mesmo que estar com SIDA/AIDS.

IC Intervalo de confiança

Ilusão A psicopatologia caracteriza a ilusão como um sintoma no qual o indivíduo deforma a percepção do objeto presente. Ex. um fio de telefone que se transforma numa cobra, uma estátua que se move. Pode ser percebida pelo próprio indivíduo que é capaz de distingui-la da alucinação. Esta última, ao contrário, é experimentada pelo sujeito como uma experiência verdadeira.

Inalantes A categoria dos inalantes envolve uma vasta gama de drogas de abuso, sendo as mais comuns os solventes encontrados em produtos de uso industrial (cola-de-sapateiro, thinner, limpa-tipo) e derivados de petróleo (benzina, éter, acetona). Seu efeito inicial é de euforia. Em seguida, deprime o SNC, podendo chegar ao coma, no uso compulsivo. São também produzidos artesanalmente e conhecidos como lança-perfume. Neste, um solvente (em geral clorofórmio ou éter) é misturado a uma substância aromatizante. O quadro de intoxicação aguda é grave e requer tratamento urgente. O uso crônico pode levar a inflamação nos pulmões (pneumonite química) assim como a lesões cerebrais por ação tóxica direta da substância solvente.

LSD (Dietilamida do ácido lisérgico) Substância alucinógena com estrutura semelhantes às ergotaminas extraídas do esporão do centeio. Foi descoberto em 1938 e utilizado inicialmente como medicamento antipsicótico. No início dos anos 60, seu uso ainda era experimental mas foi abandonado pois seus efeitos psicodislépticos eram por demais pronunciados e sem qualquer benefício clínico para os pacientes. Foi utilizada por alguns psiquiatras numa terapia denominada narcoanálise, até meados dos anos 60. Ganhou fama como droga de abuso, desde então, e até hoje é produzida e consumida ilícitamente. É uma substância de efeito durador com doses muito pequenas, na casa dos microgramas. Recai sobre o LSD a suspeita de ter efeitos teratogênicos (malformações) sobre o embrião e o feto.

Maconha (*Cannabis sativa*, sp.) Arbusto originário da Ásia Central, hoje quase que universalmente distribuído. Cresce naturalmente nas regiões tropicais e temperadas. Seu cultivo data de tempos remotos, sendo inicialmente muito utilizada para produção de fibras têxteis (conhecida como Cânhamo). A partir de 1839, com a publicação de um trabalho descrevendo suas qualidades medicinais, entrou para o bulário terapêutico. Já no século XX, tal uso medicinal ficou restrito às regiões onde a medicina oficial não exercia

influência. Dentre as substâncias isoladas da Cannabis, a maior responsável pelo efeito psicoativo é o (Δ^9 - tetrahydrocannabinol - THC). Provoca discreta euforia seguida de sedação. Possui efeito alucinógeno, sendo este efeito dependente da quantidade de THC existente no produto. Como droga de abuso, a maconha é vendida em pequenas quantidades, sob forma prensada, onde se misturam partes de folha, caule e sementes da planta. A partir daí, o usuário confecciona cigarros, que são fumados, sendo a fumaça aspirada para os pulmões, onde há a absorção do princípio ativo pela corrente sanguínea e, a partir daí, levado até o SNC.

N. A. (Narcóticos Anônimos) Entidade de mútua ajuda voltada para o tratamento da dependência de drogas, exceto o álcool. Funciona nos mesmos moldes de Alcoólicos Anônimos (ver). Foi fundada em 1953 nos Estados Unidos e tem filiais em outras partes do mundo.

Narcótico (ver opiáceo)

Neuroléptico Termo genérico aplicado aos medicamentos antipsicóticos utilizados em Psiquiatria principalmente no tratamento da esquizofrenia.

Neurônio É a célula básica, unidade anatômica e funcional do sistema nervoso central. Cerca de 90% dos neurônios são encontrados no cérebro.

Neurose Um tipo de transtorno mental classificado atualmente como distúrbio de ansiedade.

Neurotransmissor Substância química produzida pelo neurônio e liberada na sinapse, produzindo alteração elétrica em outro neurônio. Ex. Dopamina, Serotonina, Noradrenalina.

Nicotina Juntamente com a cafeína, e o álcool etílico, a nicotina é uma das substâncias psicoativas mais utilizadas em todo o mundo. Este estimulante do SNC está presente no tabaco, utilizado na confecção de cigarros, charutos, etc. Apesar de não ter qualquer aplicação terapêutica, sua potência, uso generalizado e toxicidade dão a ela considerável importância na saúde pública em geral. Em doses muito elevadas pode também provocar euforia e alucinações. A nicotina induz a uma dependência cujo tratamento é considerado

dos mais difíceis. A maioria dos cigarros contém de 0,5 a 2,0 mg de nicotina. Aproximadamente 20% é absorvido pela corrente sanguínea do fumante.

OMS Organização Mundial de Saúde

Opiáceos São substâncias analgésicas derivadas do ópio. Este alcalóide é obtido de forma natural a partir da papoula (*Papaver somniferum*). Diretamente do ópio extrai-se a morfina (1803) e a codeína (1831). A heroína (diacetilmorfina, 1874) é obtida em processo laboratorial e como tal considerada semi-sintética. Há no arsenal médico outros opiáceos obtidos sinteticamente (ex. meperidina). Os opiáceos têm uma, até agora, inigualável capacidade analgésica. Seu uso pode ser acompanhado de algum desconforto (náusea, vômitos). O uso ilegal, principalmente da heroína, é um grande problema de saúde pública na Europa, Estados Unidos e Ásia. Provoca um dos mais graves quadros de dependência no usuário. Devido à utilização da via injetável e ao compartilhamento de seringas, agulhas e demais apetrechos entre os usuários, podem surgir outros graves problemas de saúde (Aids, endocardite, hepatites B e C). Apesar de ser pouco utilizado nos meios médicos e científicos o termo narcótico (do grego *narke*, torpor, adormecimento) durante muito tempo caracterizou os opiáceos.

OR Do inglês “odds-ratio”, em português, razão de produtos cruzados. É usado em epidemiologia para medir a força de associação entre dois eventos ou variáveis.

“Overdose” Este termo originário da língua inglesa, significa que houve uma ingestão de substância psicoativa, normalmente consumida pelo indivíduo, em quantidade acima do tolerável pelo organismo. É um dos eventos mais temidos na carreira do toxicômano pois pode levar ao óbito ou a sérios danos físicos.

Peyote Um tipo de cacto encontrado nas regiões desérticas do sudoeste dos EUA e norte do México que contém o alucinógeno mescalina.

Psicoativa Diz-se que uma substância é psicoativa quando ela atua sobre o SNC, alterando o estado normal de vigília e senso-percepção do indivíduo. Em linhas gerais, as substâncias psicoativas podem ser divididas, a partir do seu efeito mais proeminente, em estimulantes, depressoras ou perturbadoras do SNC.

Psicoterapia Tratamento em que são utilizadas várias abordagens que vão desde o aconselhamento, terapia comportamental até a psicanálise. Em geral é feita juntamente com tratamento farmacológico, principalmente nos pacientes com doença mental. Nos usuários abusivos de droga, sempre que possível, a psicoterapia é conduzida sem o tratamento associado a psicofármacos.

Psicotrópica É quando uma substância ou produto, além do seu efeito psicoativo, tem o potencial de provocar dependência no usuário.

Psilocibina Substância alucinógena encontrada em alguns cogumelos selvagens do gênero *Psilocibe*. Sua estrutura química é muito parecida com a do LSD.

Risco, avaliação de É a estimativa qualitativa ou quantitativa da probabilidade ou chance de efeitos adversos que podem ocorrer a partir da exposição a um fator nocivo à saúde.

Síndrome amotivacional É uma perda de motivação, principalmente entre adolescentes, atribuída ao uso crônico de maconha. É questionada por muitos autores, não tendo recebido ainda um reconhecimento amplo pela clínica em geral.

SIDA/Aids Quer dizer Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (em inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome). O termo Aids, já foi incorporado à língua portuguesa. Estar infectado pelo HIV pode levar a um mal funcionamento do sistema imunológico, tornando o indivíduo debilitado (ou imunodeficiente). Isto faz com que uma pessoa portadora do HIV torne-se vulnerável e, de forma ainda não totalmente conhecida, comece a apresentar uma série de sinais e sintomas (síndrome) e enfermidades (sarcoma de Kaposi, infecções oportunistas) que não afetariam normalmente a uma pessoa não infectada pelo vírus HIV. O desenvolvimento destas infecções oportunistas leva ao diagnóstico de SIDA/Aids; estas podem demorar a desenvolver-se, levando de alguns meses até dez anos, após a infecção inicial. Este tempo de demora depende do estado de saúde da pessoa infectada e de outros fatores tais como comportamento e até mesmo o acesso a tratamento médico.

SNC Sistema Nervoso Central

SP Substância psicoativa

Tabaco (ver Nicotina)

THC (ver Maconha)

Tolerância Processo no qual o indivíduo torna-se resistente ao efeito psicoativo provocado por determinadas substâncias. Desta forma ele(a) pode consumir uma quantidade maior sem apresentar, inicialmente, os efeitos indesejáveis produzidos pela substância. A perda desta tolerância é um dos principais sinais de que o organismo do indivíduo já não consegue mais metabolizar a droga, tornando a “overdose” um perigo iminente. No alcoolista, a perda de tolerância determina embriaguez com pequenas doses de bebida alcóolica.

Tranqüilizante O mesmo que ansiolítico, calmante ou sedativo. São substâncias depressoras do SNC capazes de reduzir os sintomas relacionados à ansiedade (ver) e também induzir ao sono. Hoje, os principais tranqüilizantes disponíveis à venda são os benzodiazepínicos (ver).

UTD Uso nos últimos trinta dias. Significa que o indivíduo usou a substância uma ou mais vezes nos trinta dias anteriores ao momento da entrevista.

Wernicke-Korsakoff, Síndrome de Quadro de deficiência mental grave e irreversível produzido pelo uso crônico de álcool.

Xantinas Categoria de substâncias estimulantes, à qual pertencem a teofilina, a cafeína, e a teobromina, sendo as duas últimas encontradas em várias bebidas não-alcoólicas (chás e refrigerantes). A teofilina é um potente broncodilatador, utilizada no tratamento da asma.

Quadro 11.1. Drogas de abuso mais conhecidas no Brasil

Alcool (bebidas fermentadas: vinho, cerveja; bebidas destiladas: cachaça, vodka, gin, rum, “whisky”, etc.)

Alucinógenos (ácido lisérgico-LSD, chá de cogumelo, chá de trombeta/saia branca, psilocibina; o peyote e a mesalina são encontrados na América Latina em geral)

Anfetaminas (metanfetaminas, moderadores de apetite, MDMA - 'êxtase'*, 'bolinhas', 'arrebites')

Cocaína (cloridrato-pó, “crack”, “free-base”, "bazuco", 'merla')

Inalantes/solventes (cola-de-sapateiro, “thinner”, éter, acetona, lança-perfume, 'loló', bin, limpa-tipo, redutor, gasolina, clorofórmio, kelene)

Canabidióis (maconha, haxixe, "skank")

Opiáceos (heroína, morfina, codeína, etc.)

Nicotina (cigarro de tabaco, charuto, fumo de cachimbo, etc.)

Tranqüilizantes (benzodiazepínicos, barbitúricos, hidrato de cloral)

Outras (anticolinérgicos centrais: Artane®, Akineton®; analgésicos não-opiáceos-Optalidon®)

* O Êxtase tem também ação alucinógena, mas é, fundamentalmente, um psicoestimulante

Apêndice

Os doze passos dos AA:

1º Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o controle sobre as nossas vidas.

2º Viemos a acreditar que um poder superior a nós mesmos poderia nos devolver a sanidade.

3º Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus na forma que O concebíamos.

4º Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

5º Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante a outro ser humano, a natureza exata das nossas falhas.

6º Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

7º Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

8º Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

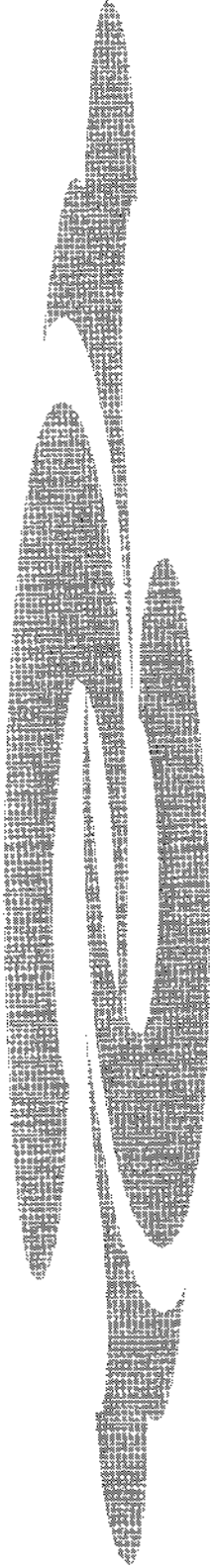
9º Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.

10º Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitimos prontamente.

11º Procuramos, através de prece e meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de sua vontade em relação a nós e forças para realizar essa vontade.

12º Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcóolicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

"Dai-me, Senhor, coragem para mudar aquilo que posso, resignação com as coisas que não posso modificar e sobretudo sabedoria para distinguir umas das outras."



12. ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO

Este questionário que você, a partir de agora, está convidado a responder, faz parte de um projeto de pesquisa patrocinado pela FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo). Este projeto também conta com a ajuda do CRIAD (Centro de Referência em Alcoolismo e Drogadição), de Campinas.

As escolas e as pessoas que participam deste estudo foram escolhidas aleatoriamente (ou seja, por sorteio). Portanto, nós não sabemos quem você é. Neste sentido o seu anonimato está garantido. Gostaríamos de enfatizar que a manutenção deste anonimato é para nós uma questão fundamental. Queremos tão somente, que você se sinta à vontade para responder, com toda sinceridade, às perguntas que virão a seguir.

Você não deve escrever seu nome ou qualquer identificação pessoal no questionário.

As perguntas iniciais são sobre você e sua família. O objetivo é fazer uma avaliação do segmento socioeconômico ao qual você pertence.

Em seguida, virão perguntas sobre seus hábitos em relação ao uso ou não de substâncias tais como o álcool, tabaco e drogas (lícitas e ilícitas) e finalmente algumas perguntas sobre os seus conhecimentos e atitudes em relação à Aids e a outras DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis).

As perguntas são auto-explicáveis, leia com atenção. Caso você tenha qualquer dúvida, levante o braço e fale aos entrevistadores que estão acompanhando o preenchimento. Procure não conversar com seu colega ao lado. As respostas são absolutamente individuais.

Ao terminar o preenchimento, entregue o questionário a um dos entrevistadores. Todos os questionários serão colocados numa urna e lacrados. O processamento dos dados será feito por computador.

Assim que terminar o preenchimento, por favor, aguarde dentro de sala.

- 00 Você está cursando atualmente a ____ série do ____ Grau
- 01 Quantos anos completos você tem:
- | | | |
|---|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 12 anos ou menos | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 18 |
| <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 19 |
| <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 20 anos ou mais |
- 02 Assinale seu sexo: masculino feminino
- 03 Qual é o grau de instrução do seu pai/responsável (ou a pessoa que você considera o chefe da família?)
- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever ou primário incompleto |
| | <input type="checkbox"/> Primário completo/ginasial incompleto |
| | <input type="checkbox"/> Ginásial completo/colegial incompleto |
| | <input type="checkbox"/> Colegial completo/superior incompleto |
| | <input type="checkbox"/> Superior completo |
- 04 EM SUA CASA EXISTE:
- a Televisão em cores (não vale quebrada)
- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> há uma |
| | <input type="checkbox"/> há duas |
| | <input type="checkbox"/> há três ou mais |
- b Rádio (Não incluir o rádio do carro ou rádio quebrado)
- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> há um |
| | <input type="checkbox"/> há dois |
| | <input type="checkbox"/> há três ou mais |
- c Banheiro (incluindo o da empregada)
- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> há um |
| | <input type="checkbox"/> há dois |
| | <input type="checkbox"/> há três ou mais |
- d Automóvel
- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> há um |
| | <input type="checkbox"/> há dois |
| | <input type="checkbox"/> há três ou mais |
- e Empregada (Não vale faxineira ou diarista)
- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> há uma |
| | <input type="checkbox"/> há duas |
| | <input type="checkbox"/> há três ou mais |

f Aspirador de pó

- não há um
 há dois
 há três ou mais

g Máquina de lavar roupa

- não há uma
 há duas
 há três ou mais

h Geladeira

- não há uma
 há duas
 há três ou mais

05 Sobre os seus pais verdadeiros: (Marque o que for correto.)

- estão vivos e casados
 estão vivos e separados
 pai e/ou mãe falecidos
 não sei informar

LEIA COM ATENÇÃO

AS PERGUNTAS QUE VIRÃO A SEGUIR SERÃO SOBRE O CONSUMO DE
ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS. NOVAMENTE, GOSTARÍAMOS DE
REFORÇAR QUE É DO NOSSO MAIOR INTERESSE PRESERVAR O
ANONIMATO DAS SUAS RESPOSTAS. QUEREMOS QUE VOCÊ FIQUE
TOTALMENTE À VONTADE PARA RESPONDER POIS O BOM RESULTADO
DA PESQUISA DEPENDE DA EXATIDÃO DAS SUAS RESPOSTAS.
LEMBRAMOS AINDA QUE TODAS AS RESPOSTAS SERÃO AVALIADAS POR
COMPUTADOR E QUE OS RESULTADOS SERÃO APRESENTADOS EM
NÚMEROS GLOBAIS, NÃO CABENDO ASSIM QUALQUER AVALIAÇÃO
INDIVIDUAL.

**INSTRUÇÕES: USE CANETA PARA MARCAR AS RESPOSTAS, DE PREFERÊNCIA
AZUL OU PRETA; EXEMPLO DE COMO MARCAR: Meu sabor de sorvete
preferido é:**

- Morango Nenhum deles (Passe à pergunta número 09)
 Chocolate
 Baunilha (Se você respondeu sim, continue na pergunta seguinte)

06 Você alguma vez já experimentou cigarro de tabaco (cigarro comum)?

- Sim Não (Passe à pergunta 09)

07 Nos últimos trinta dias, quantas vezes você fumou cigarro de tabaco?

- Sim, de 01 a 05 vezes Não
 Sim, de 06 a 19 vezes
 Sim, fumei mais de 20 vezes

08 Com que idade você experimentou cigarro de tabaco pela primeira vez?

_____ anos

09 Você alguma vez já experimentou bebida alcoólica (cerveja, vinho, uísque, cachaça)?
 Sim Não (Passe à pergunta **12**)

10 Nos últimos trinta dias, quantas vezes você usou bebida alcoólica (cerveja, vinho, etc.)?

- Sim, de 01 a 05 vezes Não
 Sim, de 06 a 19 vezes
 Sim, mais de 20 vezes

11 Com que idade você experimentou bebida alcoólica pela primeira vez?

_____ anos

- a. *Alguma vez você já sentiu que deveria cortar a sua bebida?* Sim Não
b. *Você já ficou aborrecido porque outras pessoas criticaram seu modo de beber?* Sim Não
c. *Você já se sentiu mal ou culpado acerca do seu modo de beber?* Sim Não
d. *Alguma vez você já teve que tomar um trago pela manhã, logo ao acordar, para acalmar os nervos ou para se livrar da ressaca?* Sim Não

12 Você alguma vez na vida já tomou algum tranqüilizante, calmante ou remédio para dormir? (Exemplos: Diazepam, Valium, Lexotan, etc.)

- Sim Não (Passe à pergunta **16**)

13 Nos últimos trinta dias, quantas vezes você tomou algum tranqüilizante ou calmante?

- Sim, de 01 a 05 vezes Não
 Sim, de 06 a 19 vezes
 Sim, mais de 20 vezes

14 Qual o nome do medicamento - tranqüilizante ou calmante - que você tomou da última vez?

O nome é: _____

15 Que idade você tinha quando tomou tranqüilizante, calmante ou antidistônico pela primeira vez?

_____ anos

16 Você alguma vez na vida já cheirou algum produto do tipo éter, benzina, redutor, thinner, cola, acetona, esmalte ou *cheirinho da loló*, para ter algum "barato"?

- 15 Que idade você tinha quando tomou tranqüilizante, calmante ou antídótico pela primeira vez?
_____ anos
- 16 Você alguma vez na vida já cheirou algum produto do tipo éter, benzina, redutor, thinner, cola, acetona, esmalte ou *cheirinho da loló*, para ter algum "barato"?
 Sim ↗ Não (Passe à pergunta 19)
- 17 Nos últimos trinta dias, quantas vezes você cheirou alguma das substâncias citadas na pergunta anterior, para dar algum "barato"?
 Sim, de 01 a 05 vezes Não
 Sim, de 06 a 19 vezes
 Sim, mais de 20 vezes
- 18 Que idade você tinha quando cheirou pela primeira vez alguma das substâncias citadas na Pergunta 16?
_____ anos
- 19 Você alguma vez na vida já experimentou maconha ou haxixe?
 Sim ↗ Não (Passe à pergunta 22)
- 20 Nos últimos trinta dias quantas vezes você fumou maconha ou haxixe?
 Sim, de 01 a 05 vezes Não
 Sim, de 06 a 19 vezes
 Sim, mais de 20 vezes
- 21 Que idade você tinha quando fumou maconha ou haxixe pela primeira vez?
_____ anos
- 22 Você alguma vez na vida já experimentou cocaína (pó, farinha)?
 Sim ↗ Não (Passe à pergunta 25)
- 23 Nos últimos trinta dias quantas vezes você cheirou cocaína?
 Sim, de 01 a 05 vezes Não
 Sim, de 06 a 19 vezes
 Sim, mais de 20 vezes

24 Que idade você tinha quando cheirou cocaína pela primeira vez?

_____ anos

25 Você alguma vez na vida já experimentou *crack/pedra*?

Sim ↗

Não (Passe à pergunta **28**)

26 Nos últimos trinta dias quantas vezes você usou *crack/pedra*?

Sim, de 01 a 05 vezes

Não

Sim, de 06 a 19 vezes

Sim, mais de 20 vezes

27 Que idade você tinha quando usou *crack/pedra* pela primeira vez?

_____ anos

28 Você já utilizou alguma outra substância não mencionada anteriormente, por conta própria, sem receita médica, (ex. remédio para ficar acordado ou para emagrecer, LSD, chá de cogumelo, “ácido”, etc.)?

Sim. O nome é _____

Não

29 Você já usou alguma droga por via injetável no músculo ou na veia (baque), por conta própria, sem receita médica?

Sim

Não (Passe à pergunta **31**)

30 Escreva abaixo qual ou quais drogas você já se injetou (se for o caso):

Agora gostaríamos de saber algumas informações sobre o seu conhecimento acerca da AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/SIDA), outras DSTs (doenças sexualmente transmissíveis ou doenças venéreas) e comportamento sexual.

- 31** Você se lembra de alguma campanha sobre AIDS?
 Sim Não (Passe à pergunta **33**)
- 32** Assinale abaixo onde você mais viu ou ouviu falar sobre AIDS ultimamente. (Escolha uma resposta apenas.)
 TV, Rádio, *Outdoor*/Cartaz de rua, Revista/Jornal
 Folheto
 Palestra
 Não lembra/ Outros
- 33** Quantos anos você tinha quando teve a sua primeira relação sexual?
_____ anos (Passe à pergunta **34**)
 Nunca tive relação sexual (Atenção: leia as instruções antes da pergunta **36**)
- 34** Quantas(os) parceiras(os) sexuais diferentes você teve nos últimos seis meses? (Marque uma ÚNICA opção.)
 nenhum(a) dois(duas) a três
 um(a) quatro ou mais
- 35** Pensando nos próximos 6 meses, com que frequência você acha que vai usar preservativo (camisinha) em suas relações sexuais? (Marque uma ÚNICA opção)?
 todas as vezes
 mais de metade das vezes
 cerca de metade das vezes
 menos da metade das vezes
 quase nunca ou nunca

Agora você vai ler uma série de afirmações que algumas pessoas fazem sobre o uso de preservativo (camisinha). Diga o quanto você concorda ou discorda delas, mesmo que você nunca tenha tido relacionamento sexual ou usado preservativo (camisinha).

- 36** O sexo não é tão bom quando se usa preservativo (camisinha).
 concordo muito discordo um pouco
 concordo um pouco discordo totalmente

37 É embaraçoso ou complicado comprar, por qualquer motivo, preservativo (camisinha).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> concordo muito | <input type="checkbox"/> discordo um pouco |
| <input type="checkbox"/> concordo um pouco | <input type="checkbox"/> discordo totalmente |

38 É embaraçoso ou complicado levar no bolso/bolsa, por qualquer motivo, preservativo (camisinha).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> concordo muito | <input type="checkbox"/> discordo um pouco |
| <input type="checkbox"/> concordo um pouco | <input type="checkbox"/> discordo totalmente |

39 (ATENÇÃO † : PERGUNTA SÓ PARA HOMENS) É muito ruim usar preservativo (camisinha).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> concordo muito | <input type="checkbox"/> discordo um pouco |
| <input type="checkbox"/> concordo um pouco | <input type="checkbox"/> discordo totalmente |

40 (ATENÇÃO † : PERGUNTA SÓ PARA MULHERES) É embaraçoso ou complicado pedir ao parceiro sexual para colocar o preservativo (camisinha).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> concordo muito | <input type="checkbox"/> discordo um pouco |
| <input type="checkbox"/> concordo um pouco | <input type="checkbox"/> discordo totalmente |

41 Você já ouviu falar ➤ (não quer dizer que você já teve) de alguma doença sexualmente transmissível (DST)? Assinale abaixo o que for correto:

- | | | |
|----------------------------|------------------------------|---|
| Sífilis | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar |
| Gonorréia | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar |
| Herpes | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar |
| Condiloma (Crista de galo) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar |
| Tricomoníase (Corrimento) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar |
| Candidíase (Monilíase) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Nunca ouvi falar |

42 Você acha que tem algum risco de pegar AIDS?

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhum risco | <input type="checkbox"/> Algum risco | <input type="checkbox"/> Tenho dúvida |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|

INSTRUÇÕES: AS PERGUNTAS A SEGUIR DEVEM SER RESPONDIDAS SEGUNDO O EXEMPLO ABAIXO.

Se você quisesse comprar sorvete, você saberia como fazê-lo?

Não

Sim

No caso de você decidir-se por comprar sorvete, qual o grau de dificuldade que você enfrentaria? Assinale abaixo na reta como você graduaria esta dificuldade.

Muito fácil ...x/..... Muito difícil

ATENÇÃO: PARE E PENSE EM CADA SITUAÇÃO SEPARADAMENTE!

43 Se você quisesse comprar cigarro, você saberia como fazê-lo?

Sim

Não

44 No caso de você decidir-se por comprar cigarro, qual o grau de dificuldade que você enfrentaria? Assinale abaixo na reta como você graduaria esta dificuldade.

Muito fácil ----- Muito difícil

45 Se você quisesse comprar bebida alcoólica (cerveja, vinho cachaça) você saberia como fazê-lo?

Sim

Não

46 No caso de você decidir-se por comprar bebida alcoólica (cerveja, vinho cachaça), qual o grau de dificuldade que você enfrentaria? Assinale abaixo na reta como você graduaria esta dificuldade.

Muito fácil ----- Muito difícil

47 Se você quisesse comprar um calmante, você saberia como fazê-lo?

Sim

Não

48 No caso de você decidir-se por comprar um calmante, qual o grau de dificuldade que você enfrentaria? Assinale abaixo na reta como você graduaria esta dificuldade.

Muito fácil ----- Muito difícil

49 Se você quisesse comprar maconha você saberia como fazê-lo?

Sim

Não

50 No caso de você decidir-se por comprar maconha, qual o grau de dificuldade que você enfrentaria? Assinale abaixo na reta como você graduaria esta dificuldade.

Muito fácil ----- Muito difícil

51 Se você quisesse comprar cocaína, ou *crack*/pedra, você saberia como fazê-lo?

Sim

Não

52 No caso de você decidir-se por comprar cocaína ou *crack*, qual o grau de dificuldade que você enfrentaria? Assinale abaixo na reta como você graduaria esta dificuldade.

Muito fácil ----- Muito difícil

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Por favor, verifique se deixou alguma pergunta em branco. Caso queira, escreva abaixo e no verso seu comentário sobre a pesquisa e o questionário. Se quiser entrar em contato conosco, ligue para o CRIAD 3236-5593.

ANEXO 2

Tabela A2.1. ABIPEME - Critério de contagem de pontos para classificação socioeconômica

Item	Não tem	1	2	3	4	5	6 ou mais
TV	0	2	4	6	8	10	12
Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Automóvel	0	4	8	12	16	16	16
Empregado	0	6	12	18	24	24	24
Aspirador	0	5	5	5	5	5	5
Máquina de lavar	0	2	2	2	2	2	2

Instrução do chefe da família	Pontos
Analfabeto/primário incompleto	0
Primário completo/ginasial incompleto	1
Ginasial completo/colegial incompleto	3
Colegial completo/superior incompleto	5
Superior completo	10

Tabela A2.2. Média e mediana das idades de início de consumo (experimentação) por sexo, Campinas (SP), 1997

	Masculino		Feminino		Geral	
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana
Alcool	12,1	12,0	12,5	13,0	12,3	12,5
Tabaco	13,1	13,0	13,4	13,0	13,3	13,0
Tranqüilizante	13,3	14,0	15,3	15,0	14,9	15,0
Inalantes	14,3	15,0	14,0	14,0	14,1	14,0
Maconha	15,3	15,0	15,4	15,0	15,4	15,0
Cocaína	16,0	16,0	15,6	15,0	15,8	16,0

Tabela A2.3. Prevalência de consumo de substâncias psicoativas: distribuição por sexo e frequência de uso*

	ALV		UTD	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Alcool	35,7 (83,0)	49,7 (87,2)	23,4 (66,2)	30,8 (62,2)
Tabaco	18,2 (42,4)	29,3 (51,4)	7,2 (39,6)	12,9 (44,8)
Tranqüilizante	2,1 (4,8)	7,4 (12,9)	0,5 (22,2)	2,6 (35,8)
Inalantes	5,5 (12,6)	6,4 (11,3)	1,5 (29,0)	2,7 (40,5)
Maconha	6,6 (15,3)	5,9 (10,4)	3,0 (46,4)	1,9 (32,5)
Cocaína	3,0 (6,9)	2,3 (4,1)	1,1 (37,8)	0,7 (29,0)

* Os números entre parênteses correspondem ao percentual dentro de cada sexo

Tabela A2.4. Distribuição da amostra por sexo e idade, Campinas (SP), 1997

Sexo	Idade								Total (%)
	12-13	14	15	16	17	18	19-20	S. inf.	
Masc.	75	99	73	97	90	53	79	4	570 (41,9)
Fem.	104	121	95	107	119	86	113	3	748 (56,2)
S. inf.	1	1	1	1	1	1	4		10 (0,8)
Total (%)	180 (13,6)	221 (16,6)	169 (12,7)	205 (15,4)	210 (15,8)	140 (10,5)	196 (14,8)	7 (0,6)	1328 100,0

Tabela A2.5. Prevalência de consumo de substâncias psicoativas: distribuição por sexo* e frequência de uso, Campinas (SP), 1997

ALV	UTD							
			1 a 5 vezes		6 a 19 vezes		20 vezes +	
			Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Álcool	83,0	87,2	44,7	46,2	13,9	12,6	7,8	3,4
Tabaco	42,4	51,5	16,2	23,6	5,1	5,6	18,3	15,5
Tranqüilizante	4,8	12,7	11,1	30,5	7,4	2,1	3,7	3,2
Inalantes	12,6	11,3	18,8	31,6	5,8	6,3	4,3	2,5
Maconha	15,3	10,4	21,4	20,8	15,5	7,8	9,5	3,9
Cocaína	6,9	4,1	27,0	16,1	8,1	3,2	2,7	9,7

* Nesta tabela são mostrados os percentuais separadamente por gênero e não pelo total da amostra.

Tabela A2.6. Prevalência de consumo de substâncias psicoativas ALV: distribuição por categoria socioeconômica, Campinas (SP), 1997

	Categorias socioeconômicas				Total
	A	B	C	D-E	
Alcool	21,9	47,2	29,6	1,3	100,0
Tabaco	27,0	44,8	27,1	1,1	100,0
Tranquilizante	30,3	45,1	23,0	1,6	100,0
Inalantes	31,4	39,7	28,2	0,6	100,0
Maconha	36,1	43,4	19,9	0,6	100,0
Cocaína	35,2	43,7	19,7	1,4	100,0

Tabela A2.7. Prevalência de consumo de substâncias psicoativas UTD: distribuição por estrato socioeconômico, Campinas (SP), 1997

	A	B	C	D-E	Razão
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	UTD/ALV (%)
Álcool	181 (16,3)	332 (29,9)	191 (17,2)	8 (0,7)	712/1112 (64,0)
Tabaco	81 (13,1)	114 (18,5)	68 (11,0)	2 (0,3)	265/616 (43,0)
Tranquilizante	15 (12,2)	19 (15,4)	6 (4,9)	1 (0,8)	41/123 (33,3)
Inalantes	22 (14,7)	17 (11,3)	13 (8,7)	-	52/150 (34,7)
Maconha	33 (20,1)	19 (11,6)	11 (6,7)	1 (0,6)	64/164 (39,0)
Cocaína	10 (41,7)	10 (41,7)	3 (12,5)	1 (4,1)	24/71 (38,0)

Tabela A2.8. Uso ao longo da vida (ALV) e percepção de acessibilidade para algumas substâncias psicoativas, Campinas (SP), 1997

	ALV %	Saberia comprar	Razão
	(a)	% (b)	(b/a)
Tabaco	46,9	72,2	1,5
Álcool	86,4	76,7	0,9
Tranqüilizante	9,2	46,1	5,0
Maconha	12,5	35,1	2,8
Cocaína	5,3	27,4	5,2

Tabela A2.9. Distribuição por idade de primo uso de alguma substância ilícita pela idade atual da amostra (uso ALV), Campinas (SP), 1997

Idade atual da amostra									
Idade primo uso	13	14	15	16	17	18	19	20	Total (%)
10	1							1	2 (1,1)
11			2						2 (1,1)
12	1				3				4 (2,3)
13	1	3	4	2	1	1	1		13 (7,4)
14		8	9	8	6	5	2	2	40 (22,9)
15			6	8	12	6	5	6	43 (24,6)
16				7	10	7	6	8	38 (21,7)
17						9	2	3	14 (8,0)
18						4	1	5	10 (5,7)
19								3	3 (1,7)
20								6	6 (3,4)
Total	3	11	21	25	32	32	17	34	175
Total (%)	(1,7)	(6,3)	(12,0)	(14,3)	(18,3)	(18,3)	(9,7)	(19,4)	(100,0)

Sem informação = 48

Tabela A2.10. Idade de *primo* uso para qualquer droga ilícita, Campinas (SP), 1997

Idade	Frequência	%	FA
6	2	,2	,9
7	1	,1	1,3
8	1	,1	1,7
9	1	,1	2,2
10	5	,4	4,3
11	5	,4	6,5
12	13	1,0	12,2
13	20	1,5	20,9
14	47	3,5	41,3
15	52	3,9	63,9
16	47	3,5	84,3
17	14	1,1	90,4
18	11	,8	95,2
19	3	,2	96,5
20	8	,6	100,0
Total	1328	100,0	100,0

Tabela A2.11. Escores agrupados, por cm de reta, grau de dificuldade para obtenção de *bebidas alcoólicas*, Campinas (SP), 1997

	Escore	Frequência	%	F.A.
Muito fácil	1,00	899	67,7	75,2
	2,00	35	2,6	78,1
	3,00	25	1,9	80,2
	4,00	13	1,0	81,3
	5,00	24	1,8	83,3
	6,00	8	0,6	83,9
	7,00	6	0,5	84,4
	8,00	5	0,4	84,9
	9,00	8	0,6	85,5
Muito difícil	10,00	173	13,0	100,0
Sem informação		132	9,9	-
Total		1328	100,0	100,0

Tabela A2.12. Escores agrupados, por cm de reta, grau de dificuldade para obtenção de *cigarro de tabaco*, Campinas (SP), 1997

Escore	Frequência	%	F.A.
Muito fácil	1,00 879	66,2	74,2
	2,00 22	1,7	76,1
	3,00 9	0,7	76,9
	4,00 10	0,8	77,7
	5,00 25	1,9	79,8
	6,00 9	0,7	80,6
	7,00 5	0,4	81,0
	8,00 4	0,3	81,3
	9,00 10	0,8	82,2
Muito difícil	10,00 211	15,9	100,0
Sem informação	144	10,8	-
Total	1328	100,0	100,0

Tabela A2.13. Escores agrupados, por cm de reta, grau de dificuldade para obtenção de *tranqüilizantes*, Campinas (SP), 1997

	Escore	Frequência	%	F.A.
Muito fácil	1,00	406	30,6	35,6
	2,00	33	2,5	38,5
	3,00	32	2,4	41,3
	4,00	38	2,9	44,6
	5,00	68	5,1	50,6
	6,00	34	2,6	53,6
	7,00	18	1,4	55,2
	8,00	41	3,1	58,8
	9,00	29	2,2	61,3
Muito difícil	10,00	441	33,2	100,0
Sem informação		188	14,2	-
Total		1328	100,0	100,0

Tabela A2.14. Escores agrupados, por cm de reta, grau de dificuldade para obtenção de *maconha*, Campinas (SP), 1997

	Escore	Freqüência	%	F.A.
Muito fácil	1,00	398	30,0	35,2
	2,00	32	2,4	38,1
	3,00	17	1,3	39,6
	4,00	18	1,4	41,2
	5,00	42	3,2	44,9
	6,00	18	1,4	46,5
	7,00	20	1,5	48,2
	8,00	14	1,1	49,5
	9,00	17	1,3	51,0
Muito difícil	10,00	554	41,7	100,0
Sem informação		198	14,9	-
Total		1328	100,0	100,0

Tabela A2.15. Escores agrupados, por cm de reta, grau de dificuldade para obtenção de *cocaína*, Campinas (SP), 1997

	Escore	Frequência	%	F.A.
Muito fácil	1,00	304	22,9	27,5
	2,00	20	1,5	29,3
	3,00	16	1,2	30,8
	4,00	25	1,9	33,1
	5,00	40	3,0	36,7
	6,00	19	1,4	38,4
	7,00	18	1,4	40,0
	8,00	16	1,2	41,5
	9,00	19	1,4	43,2
Muito difícil	10,00	627	47,2	100,0
Sem informação		224	16,9	-
Total		1328	100,0	100,0