

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**EXPERIENCIANDO ATRAVÉS DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM OS SONHOS E FANTASIAS DO  
SER ADOLESCENTE NO MUNDO DA  
DROGADIÇÃO**

**Carine Vendruscolo  
Cleusa Marcia Vieira**

**Florianópolis, julho de 1997**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**EXPERENCIANDO ATRAVÉS DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM OS SONHOS E FANTASIAS DO  
SER ADOLESCENTE NO MUNDO DA  
DROGADIÇÃO**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0342

Autor: Vendruscolo, Carin

Título: Experienciando através da assistê



972493719

Ac. 241593

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Relatório do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, em cumprimento à disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada da VIII Unidade Curricular do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da UFSC.

Orientadora: *TÂNIA MARA XAVIER SCÓZ*

Supervisores: *ADRIANA DUARTE SILVA*

*JANAINA MERI RIBEIRO*

*WILSON KRAEMER DE PAULA*

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0342

Ex.1

**Carine Vendruscolo  
Cleusa Marcia Vieira**

**Florianópolis, julho de 1997.**

*"Fica decretado que a partir deste instante  
haverá girassóis em todas as janelas  
que os girassóis terão direito a abrir-se  
dentro da sombra  
e que as janelas devem permanecer  
o dia inteiro abertas  
para o verde onde cresce a esperança"*

Artigo 3

Estatuto do Homem

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por nos iluminar e nos dar forças, energias para os momentos difíceis de nossa Caminhada.

As nossas famílias, por nos amar, por compreender, respeitarem e aceitarem nossas ausências.

A nossa orientadora Tania Mara Xavier Scóz, por nos estimular, compreender, confortar, ouvir, promover caminhos para o conhecimento, respeitar nossas características individuais e por ser um exemplo de profissional e ser humano. Enfim, por acreditar em nós.

Aos nossos supervisores, que nos auxiliaram promovendo seus ensinamentos, pela disponibilidade e por simplesmente estar junto de nós, em especial ao professor Dr. Wilson Kraemer de Paula.

Aos amigos, por incentivarem, apoiarem e trocarem idéias nessa caminhada.

A todos os educadores do Colégio Estadual Getúlio Vargas, que acreditaram em nós, e estiveram sempre disponíveis e presentes, tornando possível a concretização desse sonho.

Aos recuperandos do SANPS/UFSC, companheiros de todas as lutas e glórias deste projeto, nosso carinho especial.

Ao Jô, que embora tão longe, sempre esteve tão perto.

## SUMÁRIO

<b>RELAÇÃO DE ANEXOS</b> .....	06
<b>RESUMO</b> .....	07
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	14
<b>2.1. O SER ADOLESCENTE</b> .....	14
<b>2.2. A CRISE E O ADOLESCENTE</b> .....	21
<b>2.3. O ADOLESCENTE E AS DROGAS</b> .....	24
<b>2.4. A ESCOLA E A PREVENÇÃO NO USO INDEVIDO DE DROGAS</b> .....	27
<b>3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO</b> .....	31
<b>4. MARCO REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	34
<b>4.1. CONCEITOS</b> .....	36
4.1.1. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.....	36
4.1.2. NECESSÁRIOS .....	36
4.1.3. ENFERMAGEM .....	36
4.1.4. RELAÇÃO PESSOA/PESSOA.....	37
4.1.5. PROCESSO DE ENFERMAGEM .....	37
<b>4.1.5.1. Histórico de Enfermagem</b> .....	37
<b>4.1.5.2 Diagnóstico de Enfermagem</b> .....	38
4.1.5.2.1 Fases do Diagnóstico .....	38

<b>4.1.5.3. Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem.....</b>	<b>39</b>
<b>4.1.5.4. Evolução de Enfermagem .....</b>	<b>39</b>
<b>4.1.5.5. Prognóstico de Enfermagem.....</b>	<b>39</b>
4.1.6. CRISE .....	39
4.1.7. ADOLESCENTE .....	40
4.1.8. FAMÍLIA.....	40
4.1.9. FARMACODEPENDÊNCIA .....	41
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>5.1. OBJETIVOS PROPOSTOS .....</b>	<b>42</b>
5.1.1. OBJETIVO 1.....	42
5.1.2. OBJETIVO 2.....	44
5.1.3. OBJETIVO 3.....	47
5.1.4. OBJETIVO 4.....	52
5.1.5. OBJETIVO 5.....	53
5.1.6. OBJETIVO 6.....	59
<b>5.2. OBJETIVOS NÃO PROPOSTOS.....</b>	<b>61</b>
5.2.1. PARTICIPAÇÃO NA PASSEATA PROMOVIDA PELA LEGIÃO DA BOA VONTADE (L.B.V.) .....	61
5.2.2. REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES EM UM COLÉGIO MUNICIPAL...	62
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>

## RELAÇÃO DE ANEXOS

ANEXO 01 - Temas de reportagens de revistas.....	73
ANEXO 02 - Dados da Pesquisa da Secretaria de Educação Cultura e Desporto de Santa Catarina .....	83
ANEXO 03 - Pesquisa de literatura sobre Adolescente/Comportamento e Drogas/Prevenção, na Biblioteca Central da UFSC .....	92
ANEXO 04 - Textos Internet.....	110
ANEXO 05 - Módulo Fichamento.....	174
ANEXO 06 - Grupos que conhecemos.....	176
ANEXO 07 - Declaração.....	178
ANEXO 08 - Atas das reuniões do GAEPD e CEGV .....	184
ANEXO 09 - Módulo Consulta .....	191
ANEXO 10 - Visita domiciliar .....	198

## **RESUMO**

Trata do relato de uma prática assistencial, desenvolvida por acadêmicas da última fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, junto a adolescentes em situação de crise, especialmente drogadição, em um colégio da rede estadual de ensino da grande Florianópolis, Santa Catarina.

Retrata a prática assistencial fundamentada na Reeleitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Paula (1993), utilizando a Relação Pessoa a Pessoa no processo de ajuda ao adolescente no enfrentamento de suas crises.

Apresenta e descreve os resultados das Consultas de Enfermagem, das oficinas e vivências realizadas como trampolim para a formação de um Grupo Alternativo de Estudos dos Problemas das Drogas.

## 1. INTRODUÇÃO

Hoje, mais do que em qualquer outra época, é comum nos depararmos com manchetes do tipo: *“A Fuga do Inferno”*; *“Vícios da Mulher”*; *“Droga tem Solução”*; *“Profissão Perigo”*; *“Da Cervejinha ao Alcoolismo”*; *“Drogas - sabor antigo”*; *“A Maconha na Boca do Povo”*; *“A Verdadeira Economia Clandestina”* e *“As Drogas Devem Ser Legalizadas”*.

Com uma freqüência assustadora, estes temas invadem nossas casas através de revistas, jornais, televisão, e em muitos casos, acometem nossos filhos, amigos e companheiros. (Anexo 01)

Segundo dados da Revista *“Isto é”*, em entrevista realizada com o Psiquiatra Madruga, constata-se que é evidente e claro que tem-se que trabalhar com a questão do crack. No Rio de Janeiro, o poder paralelo dos traficantes não deixou o crack entrar, devido ao prejuízo para eles, porque o crack causa a auto destruição dos clientes, é barato, e não rentável. O dependente não tem vida social e se *“emburaca rapidamente”*, portanto, não há lucro para os traficantes.

Andrade (1995, pg. 40-42), diz: *“onde existe droga, a AIDS avança rapidamente”*. Em cada três infectados com o vírus da AIDS no Estado de São Paulo, um adquiriu a doença por meio de agulha contaminada.

Hara Zim (1997, pg. 62-67), *“Da Cervejinha ao Alcoolismo”*, destaca: *“Neste final de século, a média mundial anda estagnada em torno de 10% (dez por cento) da população mundial com problemas físicos, psicológicos ou sociais por*

beber, e numa propaganda maciça nos meios de comunicação parece alterar significativamente esse padrão de consumo. Há mais comerciais de bebidas alcoólicas na TV brasileira do que bebidas não-alcoólicas, cigarros, medicamentos ou automóveis. Hoje, a sociedade não faz outra coisa senão convidá-lo a beber. E, quando você faz parte dos 10% (dez por cento) da população, que se tornarão acoólatras dependentes, este simplesmente, o rejeita”.

No Brasil, segundo os dados do Ministério da Fazenda, a arrecadação do governo em bebidas alcoólicas chegou a 1,8 bilhões de reais - mais do que o lucro líquido em 1995 da Petrobás, Telebás e Vale do Rio Doce somadas. A situação das drogas estão em alta e tornam-se agravadas devido ao território nacional ser o principal canal de distribuição mundial do pó produzido pelos cartéis colombianos.

A Pesquisa do Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), mostra que um em cada quatro alunos de escolas públicas brasileiras de 1º grau e 2º grau já experimentaram drogas, mas apenas um em cada cem alunos fez uso de cocaína e que, cinco milhões de brasileiros consomem maconha, cocaína ou crack pelo menos uma vez por semana.

A Secretaria do Estado da Educação Cultura e Desporto de Santa Catarina, realizou uma pesquisa em 1993, em 176 (cento e setenta e seis) escolas de 21 (vinte e um) municípios catarinenses, totalizando 8.592 questionários aplicados a 02 (duas) turmas com 25 (vinte) alunos por escola, que revelou dados importantes a respeito do consumo de drogas psicotrópicas pelos adolescentes. (Anexo 02) O consumo de drogas entre os estudantes de 1º e 2º graus, revelam que 82,9% (oitenta e dois vírgula nove por cento) dos entrevistados não usaram drogas e 17% (dezessete por cento) da população estudantil entrevistada usaram, pelo menos uma vez na vida, uma ou mais das drogas psicotrópicas (excetuando o álcool e o cigarro). As drogas mais usadas entre os estudantes, foram solventes, maconha, ansiolíticas (diazepam ®), anfetaminas (inibex ®), e lança-perfume.

Em relação ao uso de álcool e cigarro, revela que, durante toda a vida, 20% (vinte por cento) dos estudantes entrevistados usaram e/ou usam cigarro e 84% (oitenta e quatro por cento) usaram e/ou usam álcool.

A pesquisa mostra ainda que quanto maior o poder aquisitivo, maior o consumo de drogas, e que também aumenta conforme o grau de escolaridade e a idade. Entre 08-12 anos 76,3% (setenta e seis vírgula três por cento) dos entrevistados, experimentaram álcool.

A análise do uso de drogas em relação ao período noturno, mostra claramente a predominância da maconha, ansiolíticas e anfetaminas.

Os dados da pesquisa com relação a cidade de Florianópolis, 50,2% (cinquenta vírgula dois por cento) dos entrevistados são do sexo feminino e 48,3% (quarenta e oito vírgula três por cento) do sexo masculino: 26,8% (vinte e seis vírgula oito por cento) do total de entrevistados tiveram contato com o cigarro, “11,3% (onze vírgula três por cento) fumaram maconha, de 01 ano para cá 8,4% (oito vírgula quatro por cento) e de um mês para cá 4,2% (quatro vírgula dois por cento); 2,3% (dois vírgula três por cento) já usaram cocaína, crack, bazuka e pasta de coca, de 01 ano para cá 1,5% (um vírgula cinco por cento) e de 01 mês para cá 14,4% (quatorze vírgula quatro por cento) e de 01 mês para cá 6,6% (seis vírgula seis por cento)”.

Já tomaram “bebida alcoólica 83,2% (oitenta e três vírgula dois por cento), de 01 ano para cá 75,9% (setenta e cinco vírgula nove por cento) e de 01 mês para cá 55,3% (cinquenta e cinco vírgula três por cento)”.

Já usaram “LSD, chá de mesalina/cogumelo 0,3% (zero vírgula três por cento), injetaram cocaína e/ou heroína 0,2% (zero vírgula dois por cento)”. (SEECD/SC, 1993, pg. 104-113)

Citamos abaixo, algumas das opiniões dos entrevistados sobre “O consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes de 1º e 2º graus em Santa Catarina”: “Os drogados precisam de ajuda de alguém que os ame e os incentive a sair desta vida. E eu sou uma delas; Em minha opinião, as pessoas que usam todas os tipos de drogas, precisam de ajuda, pois acho que eles não sabem o caminho que estão entrando; A maioria dos adolescentes se metem com drogas, por brigas com os pais ou simplesmente para seguirem a onda das amigas; Para mim as drogas não são um meio de fugir dos problemas, mas um meio de conseguir mais um; Usei maconha,

mas não conseguia tragar, mas com a bebida, estou bebendo demais; Eu acho que hoje, o ser humano está sendo levado como um lixo e por isso usam drogas para sair da realidade e se viciam. O governo e o processo político tem culpa disso, devemos ajudar os pobres, famintos que no futuro não serão drogados. Serão trabalhadores; Eu acho que seria muito bem vindo neste colégio uma vigilância, não só para ferrar as pessoas, mas para ajudar as que necessitam. E evitar maiores problemas. Porque eu acho que uma pessoa deve assumir seus atos”. (SEECD/SC, 1993, pg. 20-23)

Causa espanto diante da realidade aqui exposta, que 68,8% (sessenta e oito vírgula oito por cento) da amostra refere ter recebido orientação sobre drogas na escola.

Uma amostra dessa realidade, está diariamente presente no Serviço de Atendimento às Necessidades Psicossociais (SANPS) pertencente a UFSC e que presta assistência à comunidade universitária e comunidade em geral. Integra este serviço, o Grupo de Estudos Alternativo dos Problemas das Drogas (GAEPD) e o Grupo de Ajuda Mútua (GAM) que representa uma alternativa dos serviços do Estado, para atendimento às pessoas e família com problemas de drogadição.

Frente a tudo isto, um desafio para cumprimento da última etapa acadêmica, qual seja a integralização curricular com cumprimento da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, oferecida pela VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, se faz presente.

E a sensibilização e o estímulo para o enfrentamento desta dura realidade, se dá no momento em que a participação em uma das reuniões do GAEPD, torna as acadêmicas totalmente responsáveis pelo que ali presenciam.

Já dizia Saint Exupéry: *“Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas”*.

E, em busca de colocar em prática os ensinamentos recebidos, optam por desenvolver seu estágio em uma escola, prestando Assistência de Enfermagem a adolescentes em situação de crise.

Por que a escola ?

Vizzolto (1988, pg. 19), diz que: “A escola é uma instituição social que presta serviço a comunidade, promovendo educação de crianças e jovens”.

O mesmo autor (1988, pg. 13) reforça nossa crença quando coloca: “Educar significa socializar, deixar viver e conviver, fatores estes que são necessários para que ela adquiria padrões e normas do grupo social em que vive, sendo assim, assinala a família como sendo o primeiro agente socializador como segundo agente socializador, e continuadora desse processo”.

Alencar (1994, pg. 11) assinala também que: “A percepção dos educadores quanto a problemática do uso de drogas nas escolas, é de que na escola surgem oportunidades de prevenção. E que o problema das drogas, deve ser um assunto a ser tratado nas discussões com os jovens e adolescentes não como um tabu, mas como uma realidade a ser encarada dos dias atuais”.

Por que o adolescente?

Porque utilizando-se ainda a citação da Vizzolto (1988, pg. 20): “É na adolescência que ocorre a maior incidência do uso/abuso de drogas. Sendo uma fase caracterizada pela vulnerabilidade ao sofrimento e a sensibilidade ao prazer e ao sucesso, das quais os adolescentes usufruem intensamente”.

Por que drogas?

Kalina apud Vizzolto (1988, pg. 20), relata que: “Na origem do toxicômano, duas grandes verdades se cruzam: sua história individual e a crise no mundo com o qual se defronta. A incidência cada vez mais crescente do consumo de tóxicos na adolescência não é por acaso. Resulta, principalmente, da gravidade da crise do adolescente no mundo em que vivemos”.

Por que o adolescente em crise?

Rodrigues (1996, pg. 09) considera crise: “Uma perturbação do equilíbrio que a pessoa enfrenta no seu processo de vida, durante as várias fases do seu

desenvolvimento, ou frente a situações de perda ou ameaça de algo significativo (bio-psico-sócio-cultural)”.

Por ser a adolescência uma fase de transição entre a infância e a vida adulta e caracterizada por profundas transformações físicas e psicológicas, essa fase é encarada como sendo crise.

Assim, tem este relatório o objetivo de compartilhar uma Assistência de Enfermagem vivenciada por acadêmicas em fase final do Curso de Graduação em Enfermagem onde os questionamentos realizados, foram em parte respondidos pela troca de energia com seres especiais “os adolescentes” de um colégio estadual localizado no bairro Saco dos Limões, na Grande Florianópolis, Santa Catarina.

## **2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **2.1. O SER ADOLESCENTE**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que a adolescência delimita-se pelo período compreendido dos 10-19 anos de idade.

Zagury (1996), diz que “a adolescência caracteriza-se por ser uma fase de transição entre a infância e a idade adulta”.

Para Osório (1992, pg. 12): “O adolescente é o ser que experiencia um complexo psicossocial, assentado em uma base biológica com acentuado desenvolvimento físico e amadurecimento sexual. O complexo psicossocial sumariza a redefinição de imagem corporal, elaboração de lutas referentes à perda da condição infantil, estabelecimento de uma escala de valores, busca de pontas de identificação no grupo de iguais, estabelecimento com a geração precedente, aceitação tácita dos ritos de iniciação como condição de ingresso ao status adulto, ascensão de funções ou papéis sexuais auto-autorgadas, e substituição do vínculo de dependência simbiótica com os pais de infância por relações objetivas de autonomia plena”.

Vizzolto (1988, pg. 19) afirma que: “a busca de si mesmo e de sua identidade a necessidade de intelectualizar e fantasiar, as crises de religiosidade, a

falta de conceito de tempo, a atividade social reivindicatória, as flutuações de humor e estado de ânimo, a insatisfação, a insegurança e a agressividade são características que definem o ser adolescente”.

Matarozzo e Manzin (1988, pg. 42), relatam ser: “a adolescência um período de buscas, de inquietude, de auto-reconhecimento e de auto-afirmação porque, além de estranhar e desconhecer o próprio corpo, o jovem nota que as modificações físicas e psíquicas que lhe estão ocorrendo, provocam alterações nas formas de tratamento que a sociedade lhe dispensa, e que também são novas para ele”.

Assim, através das várias definições apresentadas sobre a adolescência, percebemos que é um período de mudanças necessárias para a entrada no mundo adulto, onde o adolescente vive um constante processo de busca e procura de alternativas para a sua vida.

Vizzolto (1988, pg. 20), caracteriza a adolescência como “um período de vulnerabilidade ao sofrimento e sensibilidade ao prazer e ao sucesso, dos quais os adolescentes usufruem intensamente”.

Através das características apontadas acima sobre a personalidade do adolescente, é possível verificar que, além das mudanças corporais e psicológicas típicas do período, a adolescência assume uma nova condição, ou seja, mudanças no estabelecimento de suas realizações com os pais e com o mundo.

Segundo Aberastury (1992, pg. 28): “as vivências dessas características, como parte do processo adolescente, estão condicionadas às mudanças que o adolescente enfrenta nesse período de vida. Tais mudanças, estão relacionadas a elaboração das lutas da adolescência. Isto é, a forma como o adolescente elabora as perdas de seu mundo infantil”.

Para ela, o adolescente vivência três lutas básicas: o luto pelo corpo infantil; o luto pela identidade infantil e o luto pelos pais da infância.

⇒ **O luto pelo corpo infantil:**

É o processo onde o adolescente sente a perda do corpo da infância.

Observam-se mudanças biológicas, e o adolescente tem de suportar transformações ocorridas em sua estrutura física, mesmo que ele não as queira.

Ele se sente impotente por não poder fazer nada diante dessas mudanças, e essa impotência favorece o “deslocamento da rebelião”, isto é, já que não pode interferir contra as transformações de seu corpo, remete sua rebeldia à esfera do pensamento, provocando a tão famosa afirmação de “dono da verdade”. Provavelmente, as discussões ocorridas na adolescência com pais e familiares vem dessa afirmação.

Faz-se necessário o tempo e a paciência para o adolescente aceitar o seu corpo, sua mudança, elaborando, assim, a perda do seu corpo infantil.

⇒ **O luto pela identidade e pelo papel infantil:**

O adolescente passa por uma fase conflituosa consigo mesmo, pois, com a perda da identidade e do papel infantil, não tem mais comportamentos e atitudes de criança, mas, no entanto, ainda não assume o papel de adulto com suas responsabilidades e obrigações.

Levando em consideração sua infância, a criança tem uma relação de dependência lógica e natural, principalmente com os pais.

O adolescente vive, então, uma confusão de papéis, pois não pode manter sua dependência infantil nem a independência adulta, sofrendo, assim, um “fracasso de personificação”.

A divisão do adolescente surge quando ele atribui ao grupo suas qualidades, e aos pais, responsabilidades e obrigações para sua sustentação.

Pode-se explicar então a característica típica da adolescência a falta de caráter surgida desse fracasso de personificação, que leva ao confronto contínuo com a realidade, onde vê os seres humanos como objetos à sua satisfação pessoal.

O adolescente começa a agir de acordo com as características grupais, percebendo a importância do grupo, da turma, da “galera” onde está inserido, pois é no grupo que ele se sente, aparentemente, mais seguro, atuante, responsável pelas atividades grupais, não existindo responsabilidade individual e pessoal.

⇒ **O luto pelos pais da infância:**

Além do adolescente ter de renunciar à sua relação infantil de dependência para encontrar sua atividade de adulto, ele passa por uma das perdas mais difíceis, que é a perda dos pais da infância.

Os pais, para uma criança, são vistos como seres perfeitos, não erram, dão-lhe segurança, sem fraquezas e sem dificuldades. Ao entrar na adolescência, percebe, no entanto, que os pais nunca foram tudo aquilo que idealizou. Sendo assim, entra em choque com os pais, duvidando, contestando, inclusive, a autoridade deles.

Da mesma maneira que os filhos, os pais devem elaborar o luto pela perda da identidade infantil, pois é uma relação de dependência e implica, portanto, a relação de ambas as partes.

Esse luto é considerado rodeado de dificuldades para os pais e os filhos, já que todo distanciamento é sentido como abandono.

“Que o adolescente não ponha mais seus pais sobre o pedestal no qual eles foram colocados, não quer dizer que não os ame mais ou que os ame menos, mas, sim, que tem necessidade de encontrar, fora dos seus pais, outros pontos de referência”. (Oliveira, 1989, pg. 67).

Diante dessas observações, vemos que o adolescente não muda apenas fisicamente, ele passa por uma série de transformações que implicam o estabelecimento da sua aceitação e o relacionamento com tudo que o envolve.

Longe do que se pensa ser a adolescência um período feliz, esta é uma realidade envolvida por sofrimentos e conflitos.

Além das relações que se tem estabelecido entre o processo adolescente e a utilização de drogas, alguns autores trabalham outras formas de análise das drogas. Por exemplo, Kalina (1988) *apud* Tiba (1994, pg. 83), afirma que “a falta de amor, o abandono e suas conseqüências psicológicas correspondentes, são os principais fatores que contribuem no abuso de drogas”. Porém, aponta outros:

**Fatores constitucionais:** é o fato conhecido por todos que as pessoas são diferentes, portanto, nascem com características diferentes. Por exemplo, há crianças que nascem com menor capacidade de tolerância à ansiedade, que são mais impulsivas, etc.

Tão pouco, deve-se esquecer que o uso ou ingestão de substâncias como álcool, tabaco, maconha e outras influenciarão sobre a evolução e estruturação biopsicológica do feto. Tiba (1994, pg. 28) diz que “tudo aquilo que o sangue da mãe recebe é passado para o feto através do cordão umbilical; portanto, influencia diretamente na formação do bebê”.

**Relações parentais primeiras:** a criança necessita de amor, carinho, atenção dos pais para a formação e fortalecimento de sua personalidade. Na medida em que esses sentimentos forem crescendo, vai-se desenvolvendo a gênese de uma conduta madura. Isso será conseguido, se as relações entre mãe-criança se dão de forma adequada e se o objeto primário, a mãe, está presente e disponível, pelo menos durante os primeiros meses de vida.

O que Kalina (1988) *apud* Tiba (1994, pg. 87) chama de micro ou macroabandono, ou seja, o não-envolvimento ou incapacidade da mãe em dar apoio ao filho, dificultará as relações objetivas e, conseqüentemente, a formação da vida madura.

**Depressão materna:** nesses casos, existe um macro ou microabandono da mãe. O parto e o período pós-parto são etapas importantes da vida da mulher. Existem mães que apresentam quadros depressivos sérios e a pessoa depressiva necessita de estima; assim, ela regula sua auto-estima e a mantém através da estima dos outros.

**Relação com a figura paterna:** apesar da presença do pai não ser tão importante, nos primeiros tempos de vida, quanto a presença da mãe, a figura paterna é um fator chave para o surgimento, ou não de um dependente de drogas na

família; mas, na medida em que o pai vai dando estabilidade ao lar e ao vínculo entre mãe e filho, propicia, dessa forma, condições para o bom desenvolvimento da criança.

**Invasão dos limites do outro:** esse fator exprime uma invasão dos limites do outro e aparecem relações do tipo narcisista, caracterizada pela manipulação. A negação dos conflitos que existem na família também surge, pois “uns pensam pelos outros” e não se conhece a importância de perguntar ao outro o que se passa com ele.

No entanto, muitos autores têm verificado que o uso de drogas está ligado ao período adolescente pelo próprio movimento que esse período apresenta, inclusive pela revivência de conflitos infantis.

E, especificamente, sobre a relação droga e adolescência, Oliveira (1989), levanta algumas motivações pertinentes ao uso de drogas nessa fase, dentre as quais: o papel do grupo, a droga como fator unificador, o prazer, a fuga através do prazer solitário, o jogo com a morte e a transgressão.

A seguir, tratar-se-á de cada uma dessas motivações:

**O papel do grupo:** funciona com o objetivo do adolescente afirmar-se como igual no grupo. Este também proporciona estima e segurança ao adolescente que está na busca de sua identidade. O grupo é importante, pois seus membros procuram uma identificação com os próprios membros e, se um fizer uso de drogas, é provável que arraste o restante do grupo.

**A droga como fator unificador:** o adolescente tem uma forte tendência em conviver grupalmente. É importante salientar que, para ser aceito nos grupos, o adolescente deve cumprir regras que são valorizadas pelo mesmo, podendo-se citar o uso de roupas da moda, corte de cabelo, o encontro diário em certos locais, o uso de drogas, etc. A escolha do grupo se dá pela identificação no comportamento de

seus membros. O adolescente é livre para essa escolha e, muitas vezes, essa opção pode ser indício de uma dificuldade com raízes da infância.

**O prazer:** inalantes, maconha ou algum produto farmacêutico como anfetaminas e/ou xaropes são as drogas usadas na primeira experiência de um adolescente. Elas vêm acompanhadas de um imenso prazer e, nesse sentido, cabe ressaltar que é um prazer solitário, restrito ao próprio corpo e que, de uma forma ou de outra, limita ou impossibilita o relacionamento com o outro.

**A fuga através do prazer solitário:** a busca do prazer proporcionado pela droga, muitas vezes, significa fuga. A rotina, a insatisfação com o mundo adulto, o consumismo exagerado e que incentiva cada vez mais o público jovem, podem constituir-se em um conjunto de coisas vazias e sem prazer. O jovem sente que a única escolha que ele poderia fazer é alguma droga para fugir e esquecer, apenas momentaneamente, desses problemas, e mergulhar num mundo de sonhos e fantasias.

“O prazer solitário que ela pode proporcionar, tanto mais será buscado quanto mais vazia parecer a realidade fora dela” (Garcia, 1994, pg. 131).

**O jogo com a morte:** pode-se fazer uma relação entre o uso de drogas e a manipulação da idéia de morte, comumente ligada aos adolescentes. É no confronto com a idéia de morte que o adolescente descobre o valor da vida, estrutura sua personalidade, etc. Na nossa sociedade, evidencia-se a relação dos jovens que brincam com a morte, através de corridas de motos, “pegas” de carro, esportes violentos, utilização de drogas, brincadeiras perigosas e que são típicas da fase da adolescência.

**A transgressão:** o uso de drogas por um adolescente pode ser uma forma de transgredir, de provar a capacidade dos pais de dizerem não, de contestar suas regras, de duvidar do mundo adulto, indo contra este. O adolescente pode estar

negando a sociedade em que vive e se recusando a ter uma vida como a de seus pais ou, ainda, recusando-se a uma existência socialmente limitada. Ele está em busca, está a procura de algo que torne sua entrada na vida adulta mais fácil, desprovida de sentimentos indesejáveis como a impotência sofrida pelo adolescente.

Aberastury *et al.* (1988, pg. 38) afirma: “quanto mais travas puser uma sociedade adulta ao surgimento dos movimentos juvenis, mais distorcidas serão as formas de rebeldia. Uma delas, o uso de drogas”.

Portanto, torna-se notório e inegável o fato de que, quanto mais a sociedade se utilizar de instrumentos como a repressão no combate ao uso de drogas, mais ela vai ter um caráter desafiador, contestador, sendo, assim, utilizado como mais uma arma da rebeldia adolescente.

## **2.2. A CRISE E O ADOLESCENTE**

Vizzolto (1988, pg. 19), diz que: “por ser a adolescência a fase de transição entre a infância e vida adulta é caracterizada por profundas transformações físicas e psicológicas”. Sublinha ainda Alencar (1994) que frente a estas transformações, alguns estudiosos do assunto, encaram a adolescência então como um período de “crise”.

Esta crise, normal da adolescência, é até certo ponto perturbadora para os que convivem com o adolescente, mas é necessária, porque é através dela que irá se estabelecer a sua identidade adulta, objeto fundamental desse processo, onde, no dizer de alguns autores, é difícil assinalar o limite entre o normal e o patológico.

Por isso, o adolescente não só deve enfrentar o mundo dos adultos para o qual não está totalmente preparado, mas além disso, deve desprender-se do seu mundo infantil no qual e com o qual, na evolução normal, vivia comoda e

prazerosamente, em relação de dependência, com suas necessidades humanas básicas satisfeitas e papéis claramente estabelecidos.

A expressão “crise” (do gr. Krisis - ato ou faculdade de distinguir, escolher, decidir e/ou resolver), como lembra Erikson (1959), já não padece em nossos dias do significado de catástrofe iminente em que certo momento pareceu constituir um obstáculo à compreensão do termo. Atualmente, aceita-se que a crise designa um ponto conjuntural necessário ao desenvolvimento, tanto dos indivíduos como de suas instituições. As crises ensejam o acúmulo de experiência e uma melhor definição de objetivos.

Caplan (1980), afirma que em seu funcionamento emocional individual e em seu desempenho como unidade da estrutura social, uma pessoa atua de acordo com certos padrões consistentes com um mínimo de autoconsciência e noção de esforço. Defronta-se constantemente com situações que requerem a atividade de solução de problemas e resolvê-los, em tempo mínimo, graças a mecanismos e reações habituais.

O estado de equilíbrio do ser humano é perturbado pelo indivíduo ou sistema que se defronta com uma força ou situação que altera seu funcionamento prévio; chamamos a isso um “problema” que de um modo característico, requer uma variedade de mecanismos habituais de soluções de problemas. Durante o certo período que antecede a solução, o organismo fica em estado de tensão, e o indivíduo desenvolve a expectativa de um resultado bem sucedido e a capacidade para suportar esse grau de tensão, assim como as técnicas adequadas para conservar a tensão dentro de certos limites, por meios de mecanismos de descarga.

Numa crise, esse processo é exagerado porque o estímulo do problema é maior e as forças reequilibradoras usuais não são bem sucedidas na margem usual de tempo. O período de inconsistência dos padrões de comportamento é mais extenso que o usual e, quando um equilíbrio é finalmente conseguido, o novo padrão pode diferir significativamente do anterior. O novo padrão pode ser estável e constituir um equilíbrio que é mantido por forças de reequilíbrio homeostático, como no passado.

Durante o desequilíbrio da crise o indivíduo é mais susceptível de ser influenciado por outros do que em períodos de funcionamento estável. Quando seu equilíbrio normal é perturbado, uma força relativamente menor fa-lo-á balançar para um lado ou outro. Isso significa que a ajuda que lhe é oferecida por outros membros significativos pode ter importante efeito na determinação de suas escolhas de mecanismos de interação, o que, por sua vez, influenciará o desfecho. Uma vez superada a crise, o indivíduo retorna à um novo estado constante e está então, relativamente menos aberto à intervenção exterior e à influência dos outros.

O desenvolvimento da personalidade já foi descrito há muito tempo como uma sucessão de fases diferenciadas, cada uma delas diferente de sua predecessora.

Erikson (1959) *apud* Caplan (1980, pg. 49), afirma que “entre uma fase e a seguinte, há períodos de comportamento indiferenciado, períodos transitórios que se caracterizam por transtornos cognitivos e afetivos. A esses períodos deu-se o nome de “crises de desenvolvimento”.

Recentemente, começou a se manifestar interesse por períodos semelhantes de perturbação psicológica e comportamental precipitadas por azares da vida e envolvendo uma súbita perda de suprimentos básicos, a ameaça de perda, ou o desafio associado a uma oportunidade de obter maiores suprimentos, acompanhada de um acréscimo de exigências ao indivíduo.

“Esses períodos de perturbação que geralmente são de alguns dias à poucas semanas de duração, foram denominados de ‘crises acidentais’. Em geral, muitas vezes elas podem ser estatisticamente previstas”. Erikson (1959) *apud* Caplan (1980, pg. 49)

As pessoas que mais fortemente afetam um indivíduo durante a crise são aquelas que lhe estão vinculadas pelos laços primários de suas necessidades básicas de amor, de interação, e aquelas que se ajustam às suas necessidades de dependência e autoridade. Além dos membros de seus agrupamentos primários permanentes, incluem-se ainda os representantes da comunidade como um todo.

Assim, se qualquer membro de uma família ou grupo primário ligado por estreitos vínculos pessoais enfrenta um problema que envolve uma ameaça à

satisfação de uma necessidade, o grupo, como um todo, é inevitavelmente envolvido de um modo ou de outro.

A adolescência é uma crise vital como o são tantas outras ao longo da evolução do indivíduo (o desmame, o início da socialização ao término da primeira infância, o climatério, etc.). Para melhor definir o sentido não patológico do termo, a adolescência é chamada de “crise normativa”, isto é, momento evolutivo assinalado por um processo normativo, de organização ou estruturação do indivíduo. Erikson (1959) *apud* Osorio (1992)

### **2.3. O ADOLESCENTE E AS DROGAS**

A adolescência caracterizada pela vulnerabilidade ao sofrimento e sensibilidade ao prazer, ao sucesso, como cita Vizzolto (1988, pg. 20), é a época que ocorre a maior incidência do abuso de drogas.

O adolescente se vê cercado por inúmeras pressões, sofrimentos, contradições e perigos. Neste momento, poderia apelar para as drogas como se apela para uma fórmula mágica capaz de resolver seus problemas existenciais ou, pelo menos, esquecê-los, fugindo da realidade (Vizzolto, 1988, pg. 20).

Segundo Murad (1985, pg. 43), “muitas pessoas, não suportando as pressões, a tensão, o stress, enfim os diferentes problemas que as afligem, procuram fugir, usando drogas. E esses problemas são geralmente, maximizados na adolescência. O adolescente tem menos segurança e força para resistir as forças e pressões e, sucumbir mais facilmente a elas”.

“A droga alivia, o ilude, e, magicamente, leva a um sonho de prazer. A angústia por ele sentida se dissolve, momentaneamente, sente a paz, e sua fragilidade é substituída por um sentimento de força. Porém o efeito da droga é transitório e momentâneo. O viciado logo sente que este paraíso se desmorona e ele

volta a se encontrar novamente com sua realidade, não raras às vezes muito próximo de um maior desajuste emocional”. (Vizzolto, 1988, pg. 20)

Não é somente um fator que leva ao uso das drogas, mas um conjunto de fatores, segundo Zagury (1996, pg. 90-98). Os principais são:

**Características individuais**, influenciam muito na forma pela qual um acontecimento qualquer ocorrido na vida repercute num indivíduo (seja uma criança, um jovem, um adulto ou um idoso). Um fato simples e sem maior importância para uns pode significar um grande problema para os outros.

Esse conjunto de características pessoais é um dos fatores determinantes para o encaminhamento da resolução de problemas.

Podem, então, procurar os caminhos de fuga, um dos quais pode ser o uso de substâncias que os ajudem a se alienar da realidade, as drogas, por exemplo.

Outro fator que age sobre os jovens é o **meio em que vive**, o mesmo pode influir positiva ou negativamente sobre as pessoas. Uma das mais fortes influências do meio, talvez a mais forte de todas, é a ação da família. Se não houvesse influência do meio, o ser humano já estaria pronto aos 5-6 anos, que é quando a estrutura básica de personalidade se consolida. Consolida-se sim, mas pode, felizmente, ser aperfeiçoada.

Desde que nasce, a criança já tem características próprias. A ação educativa da família exerce um poderoso efeito sobre esse fator genético. A ação positiva do meio pode atenuar as características negativas e desenvolver ou aperfeiçoar as potencialidades e as capacidades já existentes no indivíduo.

Vizzolto (1988, pg. 13), afirma: “Educar uma criança significa socializá-la, isto é, deixá-la viver e conviver. Para tanto, é necessário que adquira os padrões e normas do grupo social, no qual está inserido. (...) o primeiro agente socializador da criança é a família, o segundo é a escola, sendo que esta deveria ser a continuadora do papel da família”.

Em contrapartida (Zagury, 1996, pg. 95), relata que também a sua ação negativa, pode ser fazer sentir. A acomodação, a insegurança, a falta de um projeto educacional, a desatenção, a falta de afeto, o descompromisso, a superproteção, a

incapacidade para avaliar de forma objetiva os problemas de personalidade dos filhos, podem ser uma forte alavanca para o estabelecimento de sérios problemas num futuro próximo.

Exercem ainda influência sobre o adolescente: **o grupo, a escola**, e outros.

**O grupo** ganha importância muito grande na adolescência, mas o que a educação familiar e escolar plantaram, deixam raízes muito fortes e profundas. Portanto, sua influência embora forte, pode ser minimizada pela estrutura ética que tiverem sido dados aos filhos, pela forma de ver o mundo, pelo estabelecimento de objetivos de vida ricos, produtivos e saudáveis.

**A escola** também contribui, e muito, para a formação equilibrada do jovem. Assim, haverá maior respeito acerca de uma série de coisas pelo aumento do saber, e portanto, menos influências externas negativas encontrarão espaço para agir sobre o seu comportamento.

O problema atual das drogas é justamente o uso indiscriminado, como forma de alienação (fuga) da realidade, de relaxamento das tensões de vida moderna ou como tentativa de superação de problemas não resolvidos.

As grandes mudanças sociais e econômicas, não trazendo paralelamente o bem-estar para a maioria da população, são também fatores que levam ao uso de drogas. A insatisfação e o stress constantes a que um homem moderno vive submetido, bem como o estímulo crescente ao consumo e à posse de mais e mais bens materiais, incentivam a busca de novos produtos e prazeres - e as drogas podem ser um deles.

Vizzolto (1988, pg. 47) acrescenta ainda que **fatores culturais** são de extrema importância, pois existem povos que admitem certas drogas e rejeitam outras.

Na verdade, cada país, cada povo tem sua droga, segundo sua própria cultura e fazendo parte de sua tradição. Há dificuldade de compreender o fenômeno das drogas fora de um contexto cultural, que sofre hoje algumas mudanças.

Com relação aos fatores psicológicos que exercem motivação para as pessoas usarem drogas, cita: curiosidade e busca de prazer, contestação, pressões grupais, tranquilização, estimulação e desinibição, problemas familiares e as tendências psicóticas, distúrbios da personalidade.

Penteado *apud* Vizzolto (1988, pg. 55) diz que “a falta de religiosidade é um fator que contribui para o abuso das drogas”. Para o autor, isto vem ocorrendo por uma série de fatores:

- 1) o pouco esforço por parte dos pais em dar orientação religiosa aos filhos, e se o fazem, é de maneira pouco convincente;
- 2) a vida moderna, cheia de atrativos diversos, dispensa a atenção da mocidade;
- 3) inclinação ao materialismo: a juventude de hoje, sem base espiritual, insegura e frustadora se oferece como fácil presa aos mercadores de tóxicos, vendedores de sonhos, ilusões e desgraças.

Finalizando esta questão, Osório (1992), afirma que a humanidade sempre usou tóxicos para aliviar as ansiedades ou para proporcionar-se uma gratificação compensatória em situações de frustrações intensas. E se o uso de drogas incrementou-se nos dias atuais, outra não é a razão senão o aumento significativo dos índices de angústia (e seus equivalentes depressivos), na população em geral.

#### **2.4. A ESCOLA E A PREVENÇÃO NO USO INDEVIDO DE DROGAS**

Vizzolto (1988, pg. 57), diz ser a “escola uma instituição que promove a educação e que possui as maiores condições de executar um programa de prevenção, pois retém a clientela de maior risco, ou seja, crianças adolescentes e jovens. (...) educar uma criança significa socializá-la, isto é, deixá-la viver e

conviver. Para tanto, é necessário que adquira os padrões e normas do grupo social, no qual está inserido. O primeiro agente socializador da criança é a família, o segundo agente socializador é a escola. Esta deveria ser a continuadora do papel família”.

Encontramos Murad *apud* Alencar (1994, pg. 08), que: “considerando a dificuldade de se eliminar as drogas, pois há necessidade terapêutica de se conviver com elas, o que se pode fazer, no campo da prevenção, é diminuir a sua disponibilidade através de um controle rigoroso com legislação adequada e minimizar a sua atratividade pela educação”.

Reforça Vizzolto (1988, pg. 58), que: “para isto a escola poderá desenvolver um conjunto de ações organizadas que levem a sensibilizar e a informar as pessoas quanto aos prejuízos do abuso e uso indevido das drogas para si e para a sociedade. Assim, formar no aluno, uma consciência anti-droga, é dar condições para que o jovem possa formar dentro de si mesmo um ‘policimento próprio’. Dizer não a tudo que prejudica ou coloca em risco sua saúde física, mental e emocional. Isto implicará na formação de atitudes, habilidades, na aquisição de valores, e a na análise dos vários fatores que desencadeiam e mantêm o abuso de drogas, próprio das pessoas e do sistema como um todo”.

Propõe então, três metas para a prevenção do uso de drogas:mudança da prática educativa da escola. De uma escola automática para uma escola democrática; ação com os pais, envolvendo a família dos alunos e os demais segmentos da comunidade, onde a escola está inserida; informação científica, seqüencial e sistemática, como assunto de disciplinas do currículo escolar. (Vizzolto, 1988, pg. 59)

Alencar (1994, pg. 03), em uma pesquisa realizada pelo Centro de Estudos de Drogas da Universidade de Santa Ursula (CEDUSU) Rio de Janeiro, procurando verificar, junto a educadores diretores, orientadores e professores - das escolas públicas do município do Rio de Janeiro, constata os seguintes resultados quando se pergunta: “Opinião sobre a escola fazer prevenção **estilo campanhas?**”

<b>A prevenção:</b>	<b>%</b>
desperta interesses	10,00%
sugere outras formas de obtenção	02,00%
leva pânico	03,00%
restringe o programa preventivo	27,00%
outras*	55,00%

\* (integrar um programa de prevenção no currículo; serve de alerta para o enfrentamento do problema; mostra aos alunos os prós e os contras).

Segundo Murad *apud* Alencar (1994, pg. 08): “a campanha educativa deve estar fundamentada em conhecimentos científicos, combatendo a desinformação onde a educação deve ser a fonte orientadora de ação preventiva, no sentido de mostrar aos jovens, uma linguagem franca, sincera e leal, todos os malefícios relacionados ao uso de drogas e não acovardar-se do problema ocultando-lhe a verdade científica”.

Existem divergências de estudiosos sobre esse assunto. Alguns acham que nada deve ser divulgado em relação aos tóxicos, para não despertar a curiosidade de certos indivíduos que se tornariam mais impelidos ao consumo de drogas.

Este estudo finaliza ainda com questões de suma relevância e mostra-nos que mudanças devem acontecer no âmbito do contexto escolar. Conclui que com relação a percepção dos educadores quanto à problemática do uso de drogas nas escolas é de que na escola surgem oportunidades de prevenção.

Na percepção dos educadores, a escola deve trabalhar o valor da vida junto aos jovens. A valorização da vida se dá no resgate de formas saudáveis de vida, de lazer, de atividades físicas e mentais, e da oportunização da participação efetiva dos adolescentes nas rotinas do contato escolar que frequentam.

Diz ainda que, o problema das drogas, segundo os educadores da pesquisa, deve ser um assunto a ser tratado nas discussões com os jovens não como um tabu, mas como uma realidade a ser encarada nos dias atuais. O jovem necessita saber

onde está o perigo do consumo de tóxicos e ter uma consciência dos efeitos negativos que eles podem causar à saúde física e mental.

A escola deve proporcionar participação e assegurar aos alunos o direito de se reunirem, organizarem-se (associações, grupos de estudos, agremiações, etc.) para discussão dos seus problemas, dificuldades, direitos/deveres.

Portanto, no seu processo educativo, a escola deve criar condições que facilitem a busca da valorização da vida, que possibilitem o desenvolvimento de todos os envolvidos na descoberta de si próprios como pessoas, de seu papel a desempenhar na sociedade em que vivem, bem como na superação de suas limitações.

Existe uma concordância entre Vizzolto (1988) *apud* Alencar (1994, pg. 10) na busca de valorização da vida onde o processo democrático de real participação na escola é de suma importância, pois jovens que tem na escola a oportunidade de participar e de construir, encontrarão objetivo para lutar, para viver e acreditar nas suas potencialidades. Poderão assim, ver a vida como um valor a ser preservado.

A escola poderá reverter o processo de alienação do jovem, desenvolvendo a consciência crítica, propondo uma educação pelo diálogo que leve o homem à procura da verdade em comum, ouvindo, questionando, libertando-se e investigando. Com isso, possibilitará ao aluno uma discussão corajosa sobre sua problemática e a problemática do mundo.

Estará advertindo o aluno para os perigos do seu tempo: a dominação, a pressão, a violência, os falsos valores, a dependência das drogas, os preconceitos, o capitalismo selvagem, o consumismo, a desintegração familiar, o individualismo e outros, para que, conscientes deles, ganhe força e coragem para lutar, ao invés de ser arrastado à perdição de seu próprio eu, submetido às prescrições alheias e aos modismos impostos pelos meios de comunicação social e pela manipulação de ideologias dominantes.

### **3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO**

O Colégio Estadual está localizado no Bairro Saco dos Limões, em Florianópolis, e as verbas para a sua manutenção, pagamento dos seus professores e funcionários, advém da arrecadação de impostos em Santa Catarina.

Foi inaugurado em 12 de março de 1940, pelo próprio Presidente da República do Brasil, Getúlio Vargas, na presença do Interventor Estadual Nereu Ramos. O presidente no dia da inauguração, plantou no pátio uma muda de pau-brasil que veio de Pernambuco, como oferta às crianças, no pátio da escola. Desde então, árvore e Escola cresceram juntas, abrigando milhares de crianças durante mais de meio século em sua sombra e em suas sala de aula.

Até 1971, o Grupo Escolar atendeu de 1ª a 4ª séries, com 600 (seiscentos) alunos em suas salas da aula. A partir de 1971, passou à Escola Básica, atendendo de 5ª a 8ª séries. Em 1979, transformou-se em Colégio Estadual, atuando também no ensino de 2º grau.

Em 1981, com a construção do novo prédio, sua capacidade foi ampliada para 2.500 alunos.

Finalmente, em 1983, o Colégio recebeu autorização para atuar também com turmas de pré-escolar.

Atualmente, o Colégio Estadual Getúlio Vargas oferece os seguintes cursos à partir do 2º grau: Técnico de Administração, Desenhista de Instalações Elétricas e Educação Geral.

Ainda no 2º grau, proporciona acesso ao Curso de Preparação Pré-Vestibular - o terceirão - e o Curso de Magistério, que atualmente inicia com currículo próprio desde o 1º ano do 2º grau. Em convênio com a Prefeitura Municipal de Florianópolis, a Escola implantou o Curso de Alfabetização de Jovens e Adultos, e o Supletivo de 1ª a 4ª séries.

Além desses cursos, passou a oferecer algo inédito na Rede Estadual a partir de 1992: o Supletivo de 5ª a 8ª séries.

No período matutino funcionam: 02 turmas de pré-escolares; 03 turmas de 1ª séries; 03 turmas de 2ª séries; 03 turmas de 3ª séries; 03 turmas de 4ª séries; 07 turmas de 5ª séries; 05 turmas de 6ª séries.

No período vespertino funcionam: 02 turmas de pré-escolares; 05 turmas de 1ª séries; 03 turmas de 2ª séries; 03 turmas de 3ª séries; 02 turmas de 4ª séries; 03 turmas de 7ª séries; 03 turmas de 8ª série; 03 turmas de 2º grau.

No período noturno, funcionam: 01 turma de 5ª série; 02 turmas de 6ª séries; 02 turmas de 7ª séries; 02 turmas de 8ª séries; 16 turmas de 2º graus.

Os alunos do Colégio Estadual são em sua maioria moradores do bairro. São crianças e adolescentes de médio à baixo nível sócio-econômico. Dos que estudam a noite, a maior parte trabalha nos outros períodos.

A proposta educacional da Escola tem metas bem definidas: um colégio norteado por uma filosofia educacional embasada na Ciência, na Arte e nos Valores.

“Sua proposta educacional é integral na Formação Científica e Educação para **Pensar** a partir do que já temos e já somos”.

Graças à tradição de luta de seus professores, integrados à direção, o Colégio entrou no Programa de Recuperação de Escolas do Governo do Estado, resgatando sua origem como Instituição Educacional Modelo.

O Colégio conta com: sala de vídeo, auditório, sala de artes, laboratório, 02 (duas) salas de professores, sala de computação, secretaria, administração, coordenadoria de turno, orientação educacional, além de 26 (vinte e seis) salas de aula e uma copa onde é servida uma refeição para cada turno.

O Colégio também conta com máquina de xerox para atendimento aos alunos, professores e a escola em geral, computadores com fichas individuais dos 2.700 (dois mil e setecentos) alunos que ali estudam, aparelhos de TV e vídeo.

Quanto ao grau de instrução dos professores e educadores do Colégio Estadual, dos 80 (oitenta) professores efetivos, cerca de 15% (quinze por cento) tem alguma especialização, e dos 50 (cinquenta) professores em regime de contrato, grande parte são graduados, com o 3º grau completo.

## 4. MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

“O Marco Conceitual consiste em conceitos filosóficos e proposições, que servem como guia para a prática assistencial e auxiliam na sistematização e organização das observações feitas na prática e na estruturação das ações, buscando alcançar os objetivos propostos”(Oliveira; Cardoso; Drehmer, 1995).

Partindo dos objetivos da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, que se baseia na utilização de um referencial teórico em projeto assistencial, optamos pela utilização do referencial “Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas”, de Paula (1993).

A Enfermagem segundo Paula (1993), “é um processo interpessoal pelo qual o enfermeiro assiste o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas”. A primeira etapa de operacionalização do processo é feita a partir do Histórico de Enfermagem e inclui o levantamento de problemas.

O Diagnóstico de Enfermagem é, para Horta (1979), o segundo passo do Processo de Enfermagem e consiste na identificação das necessidades básicas afetadas e o enquadramento do cliente segundo o grau da dependência em relação à enfermagem.

O SANPS admite, para diagnosticar como causa inicial e explicar as dependências, tanto de álcool como de outras drogas, qualquer uma daquelas que apresentem um respaldo científico. Entretanto, considera que, independentemente do motivo inicial, é a dependência física ou psicológica que dificulta ou

impossibilita o tratamento e proporciona a recaída. Assim, prefere compreender estas doenças como: crônicas, lentas, progressivas e, até o presente momento, incuráveis.

Saúde e Doença, na concepção de Travelbee (1982), “não é algo que o indivíduo tem, e sim algo que o indivíduo é”. Paula (1993), acrescenta: “em um determinado tempo”.

Considerando a afirmação de Horta (1979): “A enfermagem é prestada ao ser humano e não a uma doença”, a doença não pode representar completamente a base das necessidades. A doença, ou desequilíbrio, modifica o estado de atendimento das necessidades.

Paula (1991), afirma: “quando o enfermeiro atua exclusivamente sobre a doença e usa o diagnóstico a partir de referenciais de outras ciências, repete ou amplia o cuidado sobre as necessidades afetadas que podem ser consequência de outra necessidade afetada e não aquela que aparentemente deve ser atendida”.

Desta forma, aplicando o Diagnóstico de Enfermagem ao conceito adotado pelo SANPS, a doença caracteriza-se pela dependência física, afetando a necessidade Regulação Neurológica, ou pela dependência psicológica, afetando a necessidade de Estima e Auto-Estima.

Aplicando os conceitos da Releitura da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Paula (1993), sabe-se que o indivíduo é “saudável”, quando o estado no qual ele se encontra está próximo ou igual ao estado almejado. Quando o indivíduo a ser atendido é um cliente que apresenta necessidades afetadas, o Diagnóstico de Enfermagem será feito através da identificação dos problemas e do enquadramento destes, segundo as definições de “necessidades”. (Webster; Jesus; Leimann, 1995);

O objetivo da Enfermagem, para Paula (1993), é assistir o ser humano no atendimento de suas Necessidades Humanas Básicas, cujas necessidades atuais se relacionam as necessidades presentes, passadas e futuras.

## 4.1. CONCEITOS

### 4.1.1. NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS:

“São conjunto de entes do ser humano cujas funções podem ser representadas pela busca do necessário. As necessidades são identificáveis em qualquer estado em que o indivíduo se encontre.

A necessidade é o caráter do que é necessário, sendo necessidade um vetor, qualquer ponto do espaço pode ser considerado como o necessário.

A cada vetor corresponde um ponto no espaço, a cada necessidade corresponde um único necessário.

Necessidade representa geometricamente a busca do necessário”. (Paula, 1993)

### 4.1.2. NECESSÁRIOS:

“São as manifestações correspondentes das necessidades e são os estados de tensão conscientes ou inconscientes resultantes das mudanças de estado do indivíduo provocados pelas necessidades. Os necessários estão no universo. Existem objetos que contém muitos necessários. O próprio homem pode ser um sujeito que dispõe dos necessários que o outro precisa.

Em um estado de equilíbrio, os necessários não se manifestam e surgem com maior ou menor intensidade do desequilíbrio instalado”. (Paula, 1993)

### 4.1.3 ENFERMAGEM:

“Enfermagem é a ciência e a arte de assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades humanas básicas, de torná-lo independente desta assistência quando possível, pelo ensino do auto cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais”. Horta (1979) *apud* Paula (1993)

Paula complementa que: “a Enfermagem, entre outros, reverte estados de insuficiência, mantém estados de suficiência e previne estados de insuficiência”.  
(Paula, 1993)

#### 4.1.4 RELAÇÃO PESSOA/PESSOA:

“Relação Pessoa/Pessoa é uma meta a ser alcançada. É o resultado final de uma série de interações planejadas entre duas pessoas: o enfermeiro e o cliente”.  
(Travelbee *apud* )

#### 4.1.5. PROCESSO DE ENFERMAGEM:

“A Consulta e a Prescrição de Enfermagem, segundo a lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, Art. 11, alíneas ‘i’ e ‘j’, Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, Art. 8º, alíneas ‘e’ e ‘f’, são atividades privativas do enfermeiro.

Horta (1979), define o Processo de Enfermagem como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano.

Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”.

##### 4.1.5.1. Histórico de Enfermagem:

“O roteiro sistematizado para levantamento de dados do ser humano significativos para a(o) enfermeira(o) que tornam possível a identificação de seus problemas.

O Histórico de Enfermagem serve para a identificação de problemas do cliente e documentar a relação pessoa-pessoa; permite ao reconstituir a relação, a identificação das dificuldades do enfermeiro e do cliente no relacionamento interpessoal; aponta as necessidades que foram atendidas durante o relacionamento, bem como os manejos inadequados.

O Histórico de Enfermagem é ainda, uma base para o planejamento de futuras intervenções, instrumentos da Consulta de Enfermagem e um método terapêutico.

A técnica de aplicação do Histórico admite a entrevista informal, bem como outras técnicas como a observação e interação”. (Horta *apud* Paula)

#### **4.1.5.2 Diagnóstico de Enfermagem:**

“Diagnóstico de Enfermagem é a determinação do estado de atendimento das Necessidades Humanas Básicas de uma pessoa.

O Diagnóstico de Enfermagem é a determinação de um estado de saúde onde, eventualmente, o cliente pode apresentar necessidades afetadas ou não. Isto não quer dizer que frente a um diagnóstico de necessidade atendidas, o cliente da enfermagem, teoricamente, não necessita de assistência. A enfermagem mantém estados de suficiência e previne estados de insuficiência”. (Volpato (1988) *apud* Paula)

##### **4.1.5.2.1. Fases do Diagnóstico:**

“O Diagnóstico de Enfermagem descritivamente, é elaborado em três fases que ocorrem em geral, sequencialmente. É possível a simultaneidade de uma e outra fase ou a inversão das mesmas.

A primeira fase ou Diagnóstico Situacional, identifica a situação em que o indivíduo se encontra, ou seja, se existe ou não Problema de Enfermagem.

O Problema de Enfermagem são situações ou condições decorrentes do desequilíbrio das necessidades finitas ou infinitas, presentes, passadas ou futuras, identificadas pelo indivíduo que as apresenta (ou que o representa), o enfermeiro, cuja solução, aporte do necessário, depende de uma relação de ajuda.

A segunda fase, Diagnóstico de Natureza, analisa a situação ou condição, formula hipóteses, enumera quais necessidades podem estar contidas no espaço de necessidades observado, quer sejam estas atendidas ou não. O não atendimento de uma ou mais necessidades pode significar Problema de Enfermagem”. (Paula, 1993)

#### **4.1.5.3. Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem:**

“O Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem é a determinação pelo enfermeiro, a partir do Diagnóstico de Enfermagem, da qualidade e quantidade dos necessários que devem ser oferecidos ou administrados ao cliente. Deve ser feito com objetivo de implementar estados de equilíbrio, prevenir estados de desequilíbrio, reverter desequilíbrio em equilíbrio”. (Paula, 1993)

#### **4.1.5.4. Evolução de Enfermagem:**

“Evolução de Enfermagem compara a qualquer momento os estados das bases de necessidades passadas com o estado atual. A Evolução permite ainda acompanhar e comparar as variações da Auto-Suficiência ou Auto-Insuficiência do cliente no atendimento de suas Necessidades Humanas Básicas”. (Paula, 1993)

#### **4.1.5.5. Prognóstico de Enfermagem:**

“O Prognóstico de Enfermagem, a partir da introdução dos Princípios de Auto-Suficiência e Auto-Insuficiência, deve ser feito pela medida progressiva de suficiência e insuficiência do cliente em atender as suas necessidades.

Quando o estado do cliente evolui para a Auto-Suficiência o Prognóstico será bom.

O Prognóstico será mau quando o estado evolui para a Auto-Insuficiência”. (Paula, 1993)

Consideramos os conceitos a seguir fundamentais para guiar a assistência de enfermagem prestada ao adolescente. Foram definidos tendo por base escritos de outros estudiosos acerca do tema proposto.

#### **4.1.6. CRISE**

“Crise é uma perturbação do equilíbrio que a pessoa enfrenta no seu processo de vida, durante as várias fases do seu desenvolvimento, ou frente a situações de perda ou ameaça de perda de algo significativo (bio-psico-sócio-cultural)”. (Rodrigues, 1996)

“O fator que determina o aparecimento de uma crise é o desequilíbrio e a importância do problema e os recursos de que a pessoa dispõe no momento para enfrentá-la e resolvê-la”. (Caplan, 1980)

#### 4.1.7. ADOLESCENTE

“O ser que experiencia um complexo psicossocial, assentado em uma base biológica com acentuado desenvolvimento físico e amadurecimento sexual.

O complexo psicossocial sumariza a redefinição de imagem corporal, elaboração de lutos referentes à perda da condição infantil, estabelecimento de uma escala de valores, busca de pontos de identificação no grupo de iguais, estabelecimento de um padrão de luta/fuga no relacionamento com a geração precedente, aceitação tácita dos ritos de iniciação como condição de ingresso ao status adulto, ascensão de funções ou papéis sexuais auto-outorgados, e substituição do vínculo de dependência simbiótica com os pais de infância por relações objetivas de autonomia plena”. (Osório, 1992)

#### 4.1.8. FAMÍLIA

“Família é a unidade grupal onde se desenvolve três tipos de relações pessoais: aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consangüinidade (irmãos), e que, a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhe condições para aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu ao longo do périplo evolutivo do ser humano funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais” (Osório, 1992).

“Família é uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização, para atingir objetivos comuns e construindo uma história de vida.

Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e/ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-

econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros”. (Penna, 1992).

#### 4.1.9. FARMACODEPENDÊNCIA

“Farmacodependência é o conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos nos quais o uso de uma substância, ou de uma classe de substâncias, torna-se prioritário para o indivíduo, em substituição a outros comportamentos que antes eram prioritários. A característica nuclear dessa síndrome é o desejo (frenqüentemente forte, algumas vezes irresistível) para usar drogas (que podem ou não, terem sido prescritas), álcool ou tabaco” (Neto, 1995).

## 5. RESULTADOS

Após apresentação do projeto, ocorrida em 25 de março de 1997, demos início ao estágio no Colégio Estadual Getúlio Vargas, em 31 de março de 1997. Iniciava-se aqui um caminho árduo que a cada momento nos lançava desafios novos. Em busca do objetivo de “*Prestar Assistência de Enfermagem à Estudantes do Ensino Fundamental (5<sup>a</sup> a 8<sup>ª</sup> séries), em situações de crise*”, nos lançamos à prática das atividades programadas. Para melhor compreensão dos resultados obtidos desta assistência, apresentamos cada objetivo específico com sua respectiva descrição e avaliação.

### 5.1. OBJETIVOS PROPOSTOS

#### 5.1.1. OBJETIVO 1:

*Aprofundar o conhecimento teórico/científico em temas relacionados com o ser adolescente.*

Iniciamos com levantamento do material bibliográfico existente nas bibliotecas Central da Universidade Federal de Santa Catarina e Setorial do Centro

de Ciências da Saúde. Constatamos a existência de 57 (cinquenta e sete) bibliografias relacionadas ao tema “drogas - prevenção” / “adolescência - comportamento”. (Anexo 03)

Adquirimos 11 (onze) livros lançados recentemente que constam de nossa bibliografia e abordam o tema adolescente de forma própria e distinta das outras referências consultadas. Destacamos em especial “Adolescente por ele mesmo” de Zagury e “Adolescente hoje” de Osório. Através da internet, acessamos 07 (sete) textos com enfoque nacional e internacional, referentes a Adolescência e Drogadição na Escola. (Anexo 04) Coletamos ainda os artigos publicados em jornais e revistas de âmbito nacional durante o período de estágio. Assistimos a 02 (dois) filmes específicos do tema: “Kids” e “Cristiane F., 13 anos, drogada e prostituída”.

Para registrarmos os dados adquiridos no decorrer da revisão bibliográfica, realizamos 20 (vinte) fichas de leitura e destacamos neste relatório uma das fichas, de forma a caracterizar o objetivo então traçado. (Anexo 05)

Junto à Secretaria Municipal da Saúde (S.M.S.), e aos educadores do Colégio obtivemos novas fontes de consulta.

O tema adolescente envolveu-nos com Drogadição, Alcoolismo, Sexualidade, DST e AIDS que passaram a merecer de nossa parte, uma atenção especial quanto ao aprofundamento teórico, vivências em grupos que militam nessa área e participação em cursos com temas envolvidos.

Assim partimos para o segundo passo estratégico do nosso planejamento, o conhecimento de grupos da Grande Florianópolis que prestam assistência a adolescentes nos seus momentos de crise. (Anexo 06)

Em pleno domingo de maio, mais precisamente no dia 11, participamos de uma reunião dos Narcóticos Anônimos - NA considerada participativa a toda comunidade.

Em 09 de junho de 1997. às 19:00 horas de uma noite de segunda feira, ligeiramente típica de outono/inverno visitamos um grupo de apoio a familiares de internos - Amor Exigente, um programa de prevenção do uso de drogas. Procura ajudar famílias e jovens com problemas, antes que esses problemas levem às

drogas. Atua também quando a doença já é manifesta. Visitamos ainda a Fazenda Santo Agostinho, Casa Santa Teresinha e Casa de Apoio Anjos da Paz, com atividades de apoio ao usuários de drogas.

No dia 10 de junho de 1997, no período da manhã, numa terça feira ensoladara fomos recepcionadas pelo coordenador missionário da Comunidade Terapêutica Esperança e Vida 7, casa evangélica filantrópica situada em Canasvieiras. No período da tarde dando continuidade a nossa “turnê” no mundo contrastante do adolescente em crise, nos deparamos frente a frente com o Programa do Adolescente da Policlínica de Referência Regional.

Desta forma, de fevereiro a junho, consolidamos nosso objetivo, aprofundando sim, mas sem no entanto termos esgotado o assunto tão polêmico, atual e discutido como o ser adolescente.

#### 5.1.2. OBJETIVO 2:

*Ambientar-se ao campo, sua estrutura e funcionamento, durante a primeira semana de estágio.*

Estabelecemos o período de 31 de março a 08 de abril para a ambientação ao campo de estágio, desde sua estrutura física, administrativa, funcional até a filosofia, normas e rotinas vigentes. Era o momento de iniciarmos a prática que havíamos idealizado no projeto. Estavamos apreensivas! Afinal nossa pretensão de assistir ao adolescente em crise, principalmente à drogadição, contava com uma resistência explícita da direção do Colégio, quanto a proposta audaciosa de abrir suas portas para a formação de um grupo de ajuda mútua ao usuário de drogas.

Após a primeira reunião com a direção onde o impasse acima havia sido criado, chegou-se a conclusão que a estratégia contida no plano de estágio era possível de ser colocada em prática unindo-se nossas atividades com a proposta da própria SMS, que consistia em desenvolvimento de um Treinamento e Capacitação

de Educadores como Multiplicadores em Prevenção ao Aluno de Drogas, DST e HIV.

Claramente, ficou estabelecido que trabalharíamos juntos, uniríamos forças.

Nesta primeira semana começamos a circular pelo Colégio, mantendo contato com sua área física. Chegamos no segundo dia de estágio a elaborar o nosso primeiro cartaz público, afixado no pátio da escola e que funcionaria como chamamento para nossa chegada. E agora o que faremos? Por onde iniciaremos? Tudo nos parecia muito distante. Estávamos nos sentindo “sós”, “perdidas”. Felizmente em 03 de abril de 1997, nossa oportunidade de aproximação parecia estar chegando. Neste dia, toda a atividade de ensino do Colégio foi suspensa, para a realização de uma atividade coordenada por uma acadêmica do curso de Psicologia da UFSC, envolvendo todos os professores do Colégio em 03 (três) turnos distintos, manhã, tarde e noite. Participamos de todos os turnos. Desta forma tivemos a chance de nos apresentar para todos os professores do Colégio e explicar o objetivo da nossa presença naquele encontro.

Recebemos algumas manifestações positivas embora muito distantes. Estávamos exaustas ao final do dia, mas de certa forma um pouco mais esperançosas. Novo dia, novo enfrentamento, entrega do projeto a direção. Determinamos a partir daí nosso horário, atendendo a uma indicação da Direção do Colégio, o período noturno de segunda a sexta feira, como o mais propício ao desenvolvimento dos nossos objetivos, por se tratar do período onde os problemas com os usuários de drogas é mais evidenciado. No entanto, sentíamos também a necessidade de estarmos pelo menos um dia no período matutino, para assistir a uma população mais jovem. Determinamos então todas as quartas feiras.

A luta estava iniciada. As dúvidas também. Mas, os “mosquitinhos” começavam a ser fabricados e distribuídos.

*Estamos nos apresentando...*

*Somos acadêmicas de Enfermagem do último período da graduação na UFSC, e estamos aqui para realizar o nosso trabalho de conclusão de curso junto ao adolescente, resgatando assuntos de seu interesse como namoro, drogas, AIDS, etc. Se você se sente um adolescente e tem interesse nesses temas, estaremos no colégio nos períodos vespertino e noturno.*

*A gente se fala...*

*Cleusa e Carine*

***“Fui a floresta porque queria viver  
profundamente e sugar a essência da vida,  
eliminar tudo que não era vida, e não ao morrer  
descobrir que eu não vivi”***

*Sociedade dos Poetas Mortos*

Semana nova! Novos medos e angústias. Mas nada nos movia da nossa intenção. O adolescente continuava ali e nós também.

A partir daí continuamos a árdua luta do contato individual, da elaboração de cartazes, mosquitinhos e sensibilização dos funcionários e educadores, para o tema básico, atual da crise do adolescente “As Drogas”.

Nosso próximo desafio era estabelecer uma aproximação com aqueles que julgávamos ter os principais elementos de ligação entre nós e os adolescentes, os educadores. Da sensibilização inicial demonstrada na reunião da primeira semana muito pouco restou. A conversa informal, o aconchego e a busca de apoio, obtivemos dos professores das disciplinas de Ciências e Religião, que prontamente nos cederam suas aulas. Dispunhamos então de espaço para a realização de nossas atividades.

Espaços estes conquistados, porém sem a participação constante dos professores.

Por parte dos diretores, a resistência continuou por mais algum tempo. Nossas atividades eram normalmente realizadas, sempre com seu consentimento, porém sem a sua participação.

Desta forma consideramos que a ambientação ao campo de estágio, apesar de penosa e temerosa, ocorreu de forma oscilante, nos dando em determinados momentos a impressão de já fazermos parte do “grupo” de educadores e em outros momentos nos mostrava o quanto distante ainda estávamos. Diríamos assim que o objetivo foi alcançado parcialmente na primeira semana por nós aprazado no projeto, ou seja, na primeira semana de estágio, porém tornando-se mais efetivo no decorrer do mesmo

### 5.1.3. OBJETIVO 3:

*Buscar sensibilizar os familiares dos adolescentes envolvidos no projeto.*

Frente a todos os questionamentos, contamos com a dedicação especial de duas pessoas que além de orientadoras educacionais foram gente o suficiente para compartilhar conosco todo esse momento de enfrentamento que vivenciamos. Foram pessoas que nos ajudaram a colocar em público os nossos objetivos.

Em 09 de abril, acompanhadas pelos que denominamos de “Anjos da Guarda”, iniciamos nossa caminhada rumo a descoberta deste ser até então temido. Nossa jornada seguiu o caminho natural do período matutino, nas turmas 57, 54 e 55 correspondendo as 5<sup>as</sup> séries do 1º grau. Neste momento seguíamos a dinâmica estabelecida de apresentação pessoal, dos objetivos e a solicitação de sugestões quando aos temas de interesse comum para o desenvolvimento posterior de oficinas. Repetimos esta operação no dia seguinte com outras turmas.

No período noturno, utilizamos uma dinâmica de sensibilização diferente, onde as aulas das disciplinas citadas em outro momento, eram colocadas a nossa disposição pelo professor responsável para o desenvolvimento de dinâmicas em grupo.

No dia 11 de abril, no período noturno, ficamos atônitas e surpresas quando o professor de religião colocou a nossa disposição 03 (três) de suas aulas, ministradas a turmas diferentes.

Portas abertas, esperanças novas! Oficinas sendo preparadas e vivenciadas de uma forma natural! Nossas ansiedades começaram a ser canalizadas e até se esvaírem!

Realizamos 03 (três) oficinas de aconchego! De aproximação, de chegada de contato, de partilha, de apresentação! Estávamos finalmente em ação! Participaram de cada oficina em média 20 (vinte) alunos, cujos temas Quem sou eu? Como fui? Como sou? e Como serei? (ontem, hoje e amanhã) permearam nosso contato com momentos de descontração, seriedade e ampla participação. Vitória! Afinal a primeira conquista concretizada! E, o mais importante, com o professor em ação conosco!

Em 25 de abril, nova oficina, novo enfrentamento, só que dessa vez de forma mais preparada. Por que mais preparada? Esta oficina nasceu de sugestões advindas dos próprios alunos. Como assim?

Bem, em 08 de abril afixamos no quadro mural do pátio do colégio nosso segundo cartaz elucidativo das atividades propostas no nosso projeto.

**QUEM É O ADOLESCENTE?**

A adolescência caracteriza-se por ser uma fase de transição entre a infância e a juventude. É uma etapa extremamente importante do desenvolvimento, com características muito próprias, que levará a criança a tornar-se um ser adulto, acrescida da capacidade de reprodução. As mudanças corporais que ocorrem nesta fase são universais, com algumas variações, enquanto psicológicas e de relações que variam de cultura para cultura, de grupo para grupo e até de indivíduos de um mesmo grupo.

**QUAIS SÃO AS SUAS DÚVIDAS, SUAS ANGÚSTIAS...?**

A característica mais visível e clara é o acentuado desenvolvimento físico, também ocorrem mudanças nos campos intelectual e afetivo, amadurecimento sexual e modificações a nível social, onde o grupo de amigos tende a aumentar em importância (para desespero dos pais), e a tendência à imitação acentua-se novamente.

**O QUE ELE PENSA A RESPEITO DO MUNDO EM QUE VIVE?**

Quando um adolescente diz estar cheio de problemas isto pode, portanto, significar, uma simples discussãozinha com o pai em casa ou realmente um problema sério como uma gravidez indesejada. Então, uns "partem para a briga de frente", enfrentam, pensam, procuram ajuda e, afinal, resolvem de algum modo o problema. Outros podem procurar caminhos de fuga, um dos quais pode ser o uso de substâncias que ajudem a se alienar da realidade. As drogas, por exemplo (Tania Zagury - O Adolescente por Ele mesmo).

**QUAL A SUA OPINIÃO A RESPEITO DAS DROGAS?**

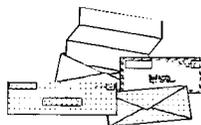
Há dois grandes equívocos na questão do uso de tóxicos entre os adolescentes de hoje:

**RESPONDENDO ALGUMAS PERGUNTAS**

1. Por parte dos adolescentes, a ilusão de que as drogas os "libertam" quando na verdade os "submetem" ou "escravizam", para escapar ao jogo dos pais ou dos "valores burgueses da sociedade de consumo", como apregoam, deixam-se dominar pelos tóxicos e acabam manipulados pelos interesses escusos dos traficantes.

2. Por parte dos pais, o correspondente engano de que os filhos estão, com as drogas, desafiando a moral doméstica e "protestando" contra seus hábitos de vida, quando na verdade os estão imitando; pode, de sua consciência, um pai que fuma invariavelmente uns quantos cigarros por dia ou a mãe que consome outros tantos tranqüilizantes ou pílulas para dormir, censurar seu filho adolescente porque está se "intoxicando" com maconha?

"Os jovens se drogam porque a humanidade sempre usou tóxicos para aliviar suas ansiedades ou para proporcionar-se uma gratificação compensatória em situações de frustrações intensas. E se o uso de drogas incrementou-se nos tempos atuais, outra não é a razão senão o aumento significativo dos índices de angústia na população em geral" (Osório, 1992).

**O QUE VOCÊ ACHA DESTAS RESPOSTAS?****GOSTARIA DE DAR SUA OPINIÃO?****SOBRE QUE ASSUNTO VOCÊ****GOSTARIA DE FALAR?****DÊ A SUA SUGESTÃO!****CAIXA DE SUGESTÕES**

Este mural continha um espaço (caixa) reservado às sugestões. Outro momento de alegria. Abertura da caixa. Havia sugestões! As respostas aos nossos objetivos começaram a se manifestar.

Solicitações de temas como: Sexualidade, Drogas e Namoro.

E lá estávamos nós. Na turma 51 matutino, 5ª série com adolescente de aproximadamente 12 (doze) anos, considerada turma problema, envolvidas com todos os sentimentos a discutir, orientar, aparar arestas quanto aos temas sugeridos. Era mais uma oficina que se realizava. E desta vez com muito sucesso. Afinal 40 (quarenta) adolescentes sanavam suas dúvidas, abriam seus corações e nos ajudaram a cumprir mais um objetivo.





E desta turma emerge a nossa primeira consulta de enfermagem, que comentaremos mais tarde. Fazia parte do nosso projeto para o alcance desse

objetivo participar de reuniões de Pais e Professores na instituição. Durante a realização de nosso estágio não aconteceu nenhuma reunião de Pais e a reunião com professores que tivemos acesso foi a realizada em 22.04.97 que objetivava resgatar o projeto de Treinamento e Capacitação de Educadores como Multiplicadores em Prevenção ao abuso de Drogas, DST e HIV.

Não temos dúvida de que a sensibilização proposta aos familiares não foi atingida. Verificamos que o ser adolescente foi sensibilizado e participou, mas que a estratégia por nos traçada estava muito mais voltada para o espaço intra mural (da escola) do que para os seus espaços exteriores. O objetivo, portanto foi parcialmente atingido.

#### 5.1.4. OBJETIVO 4:

*Participar ativamente do projeto do Colégio “Treinamento e Capacitação de Educadores como Multiplicadores em Prevenção ao Abuso de Drogas, DST e HIV”*

A Secretaria da Educação Cultura e Desporto do Estado de Santa Catarina, preocupada com avanço do uso de drogas por adolescentes, capacitou uma equipe que deveria treinar e capacitar educadores como multiplicadores em Prevenção ao abuso de Drogas, DST e HIV. Caberia a esses educadores treinarem e capacitarem alunos, que denominariam monitores para atuarem diretamente com os colegas de classe.

No Colégio Estadual Getúlio Vargas, 04 (quatro) educadores já haviam sido capacitados em época anterior. Neste momento, o projeto destinava-se a capacitação de monitores. Os alunos do magistério foram escolhidos para repassarem na condição de monitores as prevenções propostas pela Secretaria da Educação Cultura e Desporto do Estado de Santa Catarina.

Convidadas pela orientadora educacional passamos a fazer parte do curso de 14 de abril de 1997 a 18 de abril de 1997, das 19:00 horas às 22:00 horas. Mobilizamo-nos junto com os alunos do magistério na tarefa árdua que havíamos escolhido: adquirir novos conhecimentos acerca do tema do nosso projeto.

As dinâmicas adotadas neste treinamento, basearam-se nas vivências de cada membro do grupo frente aspectos da Sexualidade, Drogas, DST, AIDS.

No momento da confraternização de encerramento do curso assumimos a realização de uma dinâmica de descontração onde música e movimento corporal foram utilizadas como forma de garantir a livre expressão da nossa “convivência”.

Este curso nos instrumentalizou para as oficinas que realizamos durante a nossa estada no Colégio, e possibilitou um convívio harmonioso de conhecimento mútuo entre acadêmicas e alunos e nos permitiu divulgar nossos objetivos no Colégio.

Resultou deste treinamento a realização de uma reunião em 03 (três) turnos distintos, envolvendo os professores para que se estudasse a possibilidade de recapacitar ou mesmo capacitar as pessoas interessadas em dar prosseguimento ao projeto.

Mas, nada foi concretizado!

Ao procedermos a avaliação deste objetivo, constatamos que participamos de todas as atividades propostas.

#### 5.1.5. OBJETIVO 5:

*Formar o Grupo Alternativo de Estudo dos Problemas das Drogas (GAEPD)*

O objetivo e as estratégias, dia a dia passavam em nossa mente, como uma fotografia permanente de tarefa ainda não cumprida. Sentíamos a formação do Grupo algo muito distante. Parecia-nos impossível concretizar tal tarefa. Como

conciliar horário, local, dia com todo aquele aglomerado de pessoas que diariamente passavam em nossa frente com sentido pré-determinado para as salas X, Y e Z, que lhes ofereciam as disciplinas curriculares normais? Como motivá-los? Como fazer que nossa motivação fosse compartilhada por todos eles?

No dia 24 de abril de 1997, fomos procuradas por alunos, encaminhados pelo diretor do Colégio. Nos apresentamos e explicamos que um dos nossos objetivos era a formação de um grupo que estudasse os problemas relacionados com as drogas. Neste momento, os alunos olham um em direção ao outro, não emitem nenhum comentário o que nos obriga a dar continuidade ao assunto. Passado o impacto inicial, consideraram adequado a criação deste tipo de trabalho no colégio, devido ao fato da maioria dos alunos da noite, usar drogas.

Convidamo-as para conhecer o GAEPD na UFSC. Convite aceito, reunião assistida, comentada e participada.



*Eu sou ..... fumo maconha e não tenho nada contra quem fume e muito menos quem não fume.*

*Maconha não é droga, droga é cigarro.*

*Quando quiser eu paro .*

Finda a reunião criou-se em nós uma expectativa. Voltariam a nos procurar? Passada uma semana, olha quem surge! Lá estava o GAEPD em nossa relação de visita novamente.

*Gostaríamos de voltar ao GAEPD outras vezes.*

*Gostaria de convencer meus pais à participarem, pois ambos usam maconha e cocaína.*

E, na semana seguinte, lá estávamos nós de novo. Desta vez, além das antigas companheiras mais dois novos alunos abraçaram conosco a tarefa de discutir, entender, assimilar e perceber a tal drogadição!

*Maconha é natural.*

*Maconha é artesanal.*

*Maconha serve para sair da real. Só eu sei o quanto é duro ver criança de 05 (cinco) anos no morro trocar camiseta por cocaína.*

Garantimos junto a direção a liberação destes alunos das aulas sem nenhum prejuízo escolar. (Anexo 07)

Visita realizada, compromisso formalizado. Tínhamos a partir de então fortes aliadas para a implantação do GAEPD no Colégio Estadual Getúlio Vargas.

Mas o impasse continuava. Como sair do papel?

E a resposta inicial foi: usando novos papéis. Papéis que permearam a partir daí todo o desenvolvimento do objetivo. Mãos à obra: confecção de “mosquitinho”, cartazes e atualização de quadro mural.



No dia 22 de maio de 1997, iniciamos a maratona de sala por sala, aluno por aluno, no período noturno, da entrega individual dos mosquitinhos.

*Nós somos acadêmicas de Enfermagem UFSC e estamos aqui fazendo o nosso trabalho de conclusão de curso junto a adolescente. Trata-se de um Grupo Alternativo de Estudo dos Problemas das Drogas que irá acontecer na terça-feira, dia 27 as 19:00 hs. no Colégio Getúlio Vargas, na sala 41. Estão convidados todos os alunos, pais, professores e amigos que queiram discutir conosco o tema DROGAS.*

**PARTICIPE!!**

A ansiedade aumentava e nossa responsabilidade atingia o auge da obrigatoriedade do dever a cumprir. Os contatos informais foram intensificados nos horários de recreio, de chegada ao colégio e nos intervalos das aulas.

Nesta altura não tínhamos idéia precisa do que aconteceria. O medo voltava a rondar. O tempo, os feriados, as paralizações do colégio, eram obstáculos que se faziam presentes constantemente!

Continuávamos caminhando!

No jardim que havíamos escolhido, muitos girassóis esperavam o sol nascer para mostrar toda a sua beleza e esplendor!

E pretenciosamente queríamos ser o sol!

O sol brilha, tem luz própria, força e energia suficiente para iluminar, aquecer, confortar e possibilitar que a vida continue.

O nosso sol continuava ali! Quando a ansiedade se fazia presente o sol da companheira de estágio solidificava a certeza de que precisávamos continuar.

E, o sol nunca foi tão necessário quanto no dia 27 de maio de 1997. Primeira Reunião! Primeira resposta direta ao nosso chamamento!

Sala 41, 18:45 h., noite de uma terça-feira. Cadeiras dispostas em círculo (número aproximadamente - que aproximado!!) refletiam nossas expectativas frente o que estava para acontecer. Acadêmicas e facilitador da reunião à postos. E os alunos? Colégio praticamente deserto. Professores paralizados. Olhávamos em direção ao pátio em meio a uma taquicardia observávamos a presença de um grupo de 07 (sete) pessoas.

O coração começa a acalmar quando da confirmação de que essas pessoas vieram ao colégio unicamente para participar do grupo.

Iniciada a reunião, o nosso sol, mesmo sendo noite, não parava de emitir raios cada vez mais luminosos. A sala se iluminou.

Afinal 31 (trinta e uma) pessoas ali estavam à discutir o tema “Drogas” ;

A reunião que iniciou as 19:10 h., estendeu-se até 22:10 hs., por sugestão do facilitador.

Sol, sol, sol !!! Tu te fizestes presente!

A próxima reunião foi agendada, e todos os encontros a partir deste dia aconteceriam todas as terças-feiras, às 19:00 h., na sala 41.

Continuamos a divulgar o GAEPD através das técnicas já descritas, intensificando as visitas às salas de aula e o contato individual com os professores.

Dia 03 de junho de 1997. Nosso segundo encontro. Assinaram a lista de presença 55 (cinquenta e cinco) pessoas. Algumas que haviam participado anteriormente e outras que pela primeira vez dividiam conosco os raios solares que continuavam a brilhar.

Desta vez um raio solar manifestava sua inquietude quanto a forma utilizada pela direção de encaminhamento dos alunos ao grupo. A proposta do GAEPD é ser um grupo aberto a toda comunidade interessada em discutir problemas relacionados ao uso indevido das drogas. Segue a mesma metodologia do GAEPD da UFSC, que tem demonstrado resultados positivos e pioneiros na forma de tratar o tema. Por se tratar de um grupo de estudo, ninguém é dono da verdade absoluta, todos contribuem colocando suas opiniões, dúvidas, testemunhas e partilha de vivências abertamente. Não se trata de palestra! E, o raio do sol apontava para esse detalhe, chamando atenção do facilitador para que a idéia inicial fosse resgatada!

Em 10 de junho de 1997, realizamos nossa terceira e última reunião oficial no colégio. A sugestão da direção, preocupada com a grande demanda, para a realização da reunião no auditório do colégio, não foi por nós aceita! Argumentamos que o objetivo do grupo estaria sendo violado, pois colocar pessoas dispostas em filas, não permitiria compartilharem cara a cara as suas experiências.

Vencida esta etapa, a reunião foi realizada em uma sala menor nos moldes tradicionais do grupo. (Anexo 08)

Salientamos de vital importância para a consolidação do objetivo a presença do Prof<sup>o</sup> Dr. Wilson Kraemer de Paula como facilitador e dos amigos Alisson, Emersom, Cristiano, José (Gringo), Paulinho e Cris. Sem a participação dessas pessoas não seria possível o sol se fazer presente. Com certeza foram sol suficiente para direcionar nossos girassóis!

#### 5.1.6. OBJETIVO 6:

##### *Formar o Grupo de Ajuda Mútua (GAM)*

Este objetivo continua representando um sonho que pretenciosamente almejamos em um momento de grande devaneio. Por que devaneio? Por falta de vivência, experiência e maturidade fantasiávamos acerca da possibilidade de em apenas 04 (quatro) meses constituirmos e estruturarmos um grupo dessa natureza.

Basta olhar, só hoje percebemos isso, as estratégias que estabelecemos na ocasião do projeto. Hoje temos a convicção de que só após o fortalecimento do GAEPD, teríamos instrumentos reais que nos possibilitariam a formação do GAM.

Ressaltamos, no entanto, que embora o GAM não tenha sido formado, o objetivo de ajuda mútua nele implícito, foi concretizado através da relação pessoa a pessoa estabelecida nas consultas de enfermagem e nos atendimentos realizados no decorrer de todo o estágio.

Para isto se fazia necessário a criação de um espaço. Iniciamos o processo de construção do nosso cantinho. E o construímos com a nossa cara. A esse espaço denominamos “Cantinho da Enfermagem”. Lembrando que este cognome já tinha sido utilizado por colegas que nos precederam no curso.

O “Cantinho da Enfermagem” foi alocado na sala de orientação educacional que no final da primeira semana já refletia, com certeza, nossas características pessoais. Humanizamos o ambiente através, da disposição mais adequada da mobília, da limpeza, da vida que imprimimos ao processo de comunicação do mural ali existente e da confecção e doação de uma caixa básica de primeiros socorros.

E foi neste cantinho que realizamos as 08 (oito) consultas de Enfermagem fundamentada na Releitura das Teorias das Necessidades Básicas de Paula. (Anexo 09).

O primeiro aluno que atendemos foi um adolescente da 5ª série, 12 anos, encaminhado inicialmente ao serviço de orientação educacional por indisciplina na

sala de aula. Tinha 03 (três) advertências anteriores, por não uso de uniforme e indisciplina. Através da consulta soubemos que o pai do garoto era usuário de drogas e ele próprio já experimentara cigarros em uma ocasião. Entretanto, não nos saímos muito bem na primeira consulta. Fizemos muitos manejos inadequados e o aluno não voltou a nos procurar.

Depois de nos prepararmos mais para as próximas consultas, estudando mais acerca da “Relação Pessoa a Pessoa” obtivemos maior sucesso nos casos que seguiram-se.

Em 25 de abril de 1997, um adolescente da 5ª série, de 14 anos, foi flagrado pela professora mostrando maconha para um colega. Sem habilidade para encarar a situação, a educadora tomou as providências que considerava cabíveis para o momento. Procurou a coordenadora do turno dando ao fato ocorrido uma conotação de alarme lamentável. O aluno confirmou à direção estar envolvido com traficantes e repasse de drogas aos colegas do colégio.

A direção orientou ao aluno que nos procurasse, agendando inclusive um horário. O aluno não compareceu.

No dia seguinte a este episódio aos realizarmos uma oficina sobre sexualidade na turma 51, buscamos uma aproximação com o aluno.

Este porém manteve-se arredo e fechado, limitando-se a dizer que fazia uso de maconha. Após este momento L.F. não compareceu mais ao colégio, caracterizando-se um caso de evasão escolar.

Com a autorização da direção, que preocupada, já havia sugerido a L.F. várias vezes que nos procurasse para conversar sobre o assunto, fizemos contato por telefone com sua irmã e posterior visita domiciliar. (Anexo 10)

Nosso empenho foi recompensado quando além de voltar ao colégio, após a consulta de Enfermagem (Anexo 09) conseguimos encaminhá-lo a uma reunião do GAEPD da UFSC e garantir sua participação no centro de Desportos da UFSC, mas especificamente nas aulas de capoeira.

## 5.2. OBJETIVOS NÃO PROPOSTOS

### 5.2.1. PARTICIPAÇÃO NA PASSEATA PROMOVIDA PELA LEGIÃO DA BOA VONTADE (L.B.V.)

Em 09 de maio de 1997 às 14:00 hs., na Praça Bulcão Viana respondendo ao convite da LBV, reuniram-se os colégios da Grande Florianópolis para uma passeata cujo tema principal era a luta contra as drogas.

O Colégio Estadual, após toda a preparação interna aceitou ao convite e encaminhou ao local do evento seus representantes.

Na preparação deste evento participamos ativamente atendendo a solicitação da direção que delegou-nos toda organização do mesmo. Foi toda uma semana de preparo e sensibilização dos alunos. Solicitamos nas visitas realizadas aos alunos em sala de aula para elaborar frases sobre o tema proposto. Recebemos em torno de 50 (cinquenta) frases, das quais 10 (dez) foram selecionadas para confecção de cartazes. Com a liberação dos alunos de sala de aula, confeccionamos 10 (dez) cartazes. No dia proposto, em consequência de paralização do sistema de transporte coletivo, apenas 06 (seis) alunos apresentaram-se no colégio para o desenvolvimento da atividade. Frente a baixa demanda, dispensamos o ônibus cedido por uma empresa graças a interseção de nossa supervisora.

Apesar do desânimo reinante, conseguimos chegar ao local do evento.

A passeata obedeceu ao trajeto pré-estabelecido pelas ruas do centro de Florianópolis até Largo da Alfândega, com todo o ritual característico de passeata.

A programação estabelecida para este local era composta por show de bandas de rock e premiações distintas para alguns quesitos básicos como: melhor torcida, melhor frase e criatividade.

O Colégio Estadual, mesmo com a menor representatividade quantitativa recebeu o prêmio de primeiro lugar no quesito criatividade, cabendo ao Colégio o prêmio de maior valor financeiro, um bebedouro.

Por solicitação dos alunos envolvidos, o bebedouro foi instalado próximo a circulação de suas salas.

Importante registrar que após este fato nos sentimos mais respeitadas e valorizadas pela direção. As portas do colégio, finalmente, se abriam para nós, marcando a conquista definitiva do nosso espaço frente a direção, oportunizando-nos melhor trabalho diminuindo desta forma nossa insegurança e colocando-nos um pouco mais a vontade no ambiente de estágio.

### 5.2.2. REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES EM UM COLÉGIO MUNICIPAL

Atendendo ao convite formulado por professores do Colégio, no Bairro Costeira do Pirajubaé, nos dias 14, 15 e 16 de maio do corrente, desenvolvemos atividades referentes aos temas: Sexualidade, Drogas, DST e AIDS, para turmas de adolescentes que cursam o Supletivo, no período noturno.

Munidas de material, em grande parte cedidos pela Secretaria Municipal de Saúde, como preservativos, panfletos informativos e cartazes, demos início as atividades realizando técnicas de oficinas e vivências.

No primeiro dia, após a apresentação de todos os componentes do grupo, realizamos o estudo do corpo de forma descontraída através da técnica de desenho e colagem. Participaram desta atividade em torno de 45 (quarenta e cinco) pessoas. Destaca-se aqui a heterogenia de idade, raciocínio e discernimento dos componentes que, após o trabalho conjunto de traçado de silhueta, foram divididos em dois grupos distintos: masculino e feminino. Cada grupo desenhava as partes que compunha o corpo e colocava no molde respectivo. A participação foi intensa, com brincadeiras, gozações em alguns momentos intermináveis. Findo o primeiro dia, nos reabastecemos e voltamos a luta.



Desta vez DST/AIDS.

Seguíamos a técnica tradicional do uso do corante como forma de falar em contaminação. A atividade foi entremeada por momentos de música com discussão do uso correto da camisinha.

Mais uma etapa! Para o último dia drogas e confraternização. As drogas foram trabalhadas muito superficialmente ficando restrita a uma brincadeira educativa e elucidativa do quanto é fácil “entrar nessa”. Por problemas advindos de greve de ônibus, falta de planejamento e divisão equitativa de tarefas, este último dia foi um verdadeiro fiasco. Apenas, a confraternização ocorreu de forma a garantir o alto astral da turma.

Por se tratar de uma atividade que não constava do nosso projeto, manifestamos publicamente a nossa satisfação em realizá-la, bem como, registramos como positiva a avaliação realizadas pelos alunos e professores da escola.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo e analisando acerca dessa caminhada pelo jardim dos girassóis, é bom olhar para trás e vê-los todos voltados na direção do sol.

Esse desafio não foi fácil! Encontramos diversos obstáculos, até por termos optado por um campo onde a Enfermagem não atua normalmente.

Mas podemos dizer que, apesar disso, conseguimos superar esses momentos difíceis e os objetivos que traçamos foram praticamente todos alcançados. Sonhamos muito alto em alguns momentos. Talvez nos tenha faltado maturidade, experiência.... Formar um “Grupo de Ajuda Mútua” era muito mais complexo do que pensávamos. O nosso “querer” não foi o bastante.

Em um trecho da caminhada sentimos que o tempo era pouco. As greves e paralizações que surgiam comprometiam a concretização de tudo aquilo que sonhamos. Era sonho demais. A formação de um Grupo Alternativo de Estudo dos Problemas das Drogas parecia-nos algo tão distante. A participação dos educadores que pensávamos serem os grandes aliados nessa luta, nem sempre foi possível, não ocorrendo envolvimento efetivo. Demorou para conquistarmos o nosso espaço.

Como se não bastasse, a falta de supervisão no início do estágio, nos deixava ainda mais inseguras. Mas mesmo assim, por hora sozinhas, fomos vencendo as inseguranças, os medos, as angústias e resgatando a energia e luz necessária para prosseguir.

Fomos felizes na escolha do marco referencial teórico, que veio de encontro aos nossos anseios, permitindo prestar uma Assistência de Enfermagem livre de riscos.

Queremos aqui registrar que valeu a pena. A vontade foi mais forte. Encontramos uma forma de elucidar os pais, educadores, a família e a sociedade, pois eles também sofrem por desconhecer linhas de ações a serem tomadas com os adolescentes, especialmente com relação a drogadição.

Desta forma ressaltamos:

- ⇒ a necessidade de um supervisor efetivo no início do estágio;
- ⇒ a relevância do tema estudado na sociedade atual e sua importância como tema específico em discussão em todas as disciplinas curriculares;
- ⇒ a sensibilização e participação efetiva que deve ocorrer por parte dos educadores no processo de prevenção as drogas;
- ⇒ que só as campanhas atuais nos parecem insuficientes, necessitando por parte dos órgãos governamentais um empenho maior no enfrentamento do problema;
- ⇒ a importância alternativa de tratamento, estudo e pesquisa a toda a comunidade.

*“Parece improvável que humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os ‘Paraísos Artificiais’, isto é, ... a busca de autotranscendência através das drogas ou ... umas férias químicas de si mesmo ... A maioria dos homens e mulheres levam vidas tão dolorosas - ou tão monótonas, pobres e limitadas, que a tentação de transcender a si mesmos, ainda que por alguns momentos, é e sempre foi um dos principais apetites da alma”*

*Aldous Huxley*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal**. 8. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1986.

AMAE - Educando. Alencar, Regina Lúcia Brandão. (XXVII : 1994 : 241). **Drogas na escola: o melhor caminho é a prevenção**. p. 06-11.

BERNARDES, Ernesto. A verdadeira economia clandestina. **Revista Veja**, São Paulo, p. 62-65, out. 1996.

BRISSAC, Chantal. O que dizer a seu filho quando ... **Revista Isto é**, São Paulo, n. 1.427, p. 62-67, fev. 1997.

CAPLAN, Gerald. **Princípio de psiquiatria preventiva**. Tradução por Álvaro Cabral. Rio de Janeiro : Zahar, 1980.

CASTRO, Héctor M. León. Transtorno de conduta em crianças adolescentes de rua no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n. 44, ago. 1995. p. 403-409.

CASTRO, Ruy. A fuga do inferno. **Revista Elle**. São Paulo, p. 50-55, jan. 1997.

- CHAVES, M. P.; SOUZA, F. G. M. Alcoolismo em mulheres operárias no Ceará: um estudo preliminar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 46, n. 4, 1997. p. 213-221.
- CÔRTEZ, Celina; TRINDADE, Eliane. Vícios da mulher. **Revista Isto é**, São Paulo, n. 1.441, p. 82-86, mai. 1997.
- DUKARM, Carolyn Piver; BYRD, Robert S.; AUINGER, Peggy *et al.* Illicit substance use, cender, and risk of violent behavior among adolescents. **Arch Pediatr. Adolesc. Med.**, Rochester - NY, v. 150, n. 08, 1996. p. 797-802.
- GALDURÓZ, José Carlos Fernandes; FIGLIE, Neliana Buzi; CARLINI, E. A. Repressão às drogas no Brasil: a proposta do “iceberg”? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n. 43, jul. 1994. p. 367-371.
- KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de psiquiatria. Ciências Comportamentais: psiquiatria clínica**. 6. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- LARANJEIRA, Ronaldo; RATTO, Lilian; DUNN, John. Heroína: a próxima epidemia de drogas no Brasil? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 46, n. 1. 1997. p. 5-7.
- LARAQUE, Danielle; BARLOW, Barbara; DURKIN, Maureen *et al.* Children who are shot: a 30 - year experience. **Journal of Pedriatric Surgey**, New York, v. 30, n. 7, 1995. p. 1072-1076.
- LOPES, Caho. **Ala fechada**. 4. ed. Porto Alegre : Sulina, 1996.

MATOS, Evandro Gomes de; SOUZA, Airle Miranda de; **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 46. n. 1, 1997. p. 9-12.

MOHANA, João. **Prepare seus filhos para o futuro**. 7. ed. Porto Alegre : Globo, 1979.

\*NARCOTICS ANONYMOUS. Tradução da 5. ed. do livro **Narcóticos anônimos**. Word Service Office - INC, Van Nuys, Ca 91409, USA.

\*NETO, Mario Rodrigues Louzã; MOTHA, Thelma da; WANG, Yuan - Pang *et al.* **Psiquiatria básica**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

OLIVEIRA, Lígia Colombo; CARDOSO, Monich Melo; DREHMER, Rosenell. **Partilhando dos sustos e fascínios do processo da adolescência: assistindo o adolescente em suas necessidades humanas básicas**. Florianópolis, 1995. Monografia do curso de enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

\*OSÓRIO, Luis Carlos. **Adolescente hoje**. 2. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.

PADILHA, Ivan. Droga tem solução. **Revista Isto é**, São Paulo, n. 1.446, jun. 1997.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A prática de cuidar-cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem e enfoque sócio-cultural**. Florianópolis, 1990. Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

PAULA, Wilson Kraemer. **Reeleitura da teoria das necessidades humanas básicas**. Florianópolis, UFSC, 1993, 101p.(Trabalho para Concurso Público Classe Titular).

PAULA, Wilson Kraemer. **Tangenciando a Teoria de Horta: uma abordagem situada em experiência de enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro : UNIRIO, 1990.

PECHAMSKI, Flávio. Padrões de consumo de bebidas alcólicas em adolescentes residentes na cidade de Porto Alegre. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n. 44, p. 231-242, mai. 1995.

PENNA, Cláudia M. de Mattos. Família saudável: uma análise conceitual. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 85-99, jul/dez 1992.

RODRIGUES, Antônia Regina Funegato. **Enfermagem psiquiátrica: saúde mental: prevenção e intervenção**. São Paulo : EPU, 1996.

ROSENBERG, Norman M.; MARINO, Deborah; MEERT, Kathleen L. et al. Comparison of cocaine and opiate exposures between young urban and suburban children. **Arch Pediatr. Adolesc. Med.**, Michigan - USA, v. 149, n. 12, p. 1362-1364, 1995.

SCIVOLETTO, Sandra; ANDRADE, Arthur Guerra de Jr.; HENRIQUE Sérgio Gonçalves. A progressão do consumo de drogas entre adolescentes que procuram tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n. 45, p. 201-207, abr. 1996.

\*SECRETARIA DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Consumo de drogas psicotrópicas entre os estudantes de 1º e 2º graus no Estado.** Florianópolis : Empresa Executora Perfil Pesquisa Ltda., 1993.

\*SECRETARIA DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DESPORTO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Consumo de drogas psicotrópicas entre os estudantes de 1º e 2º graus em Florianópolis.** Florianópolis : Empresa Executora Perfil Pesquisa Ltda., 1993.

TALBOLT, John A.; HALES, Robert E.; YUDOFKY, Stuart C. **Tratado de psiquiatria.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.

TEIXEIRA, Paulo César. Profissão Perigo. **Revista Isto é**, São Paulo, n. 1.361, p. 40-42, nov. 1995.

\*VIZZOLTO, Salete Maria. **A droga, a escola e a prevenção.** 2. ed. Petrópolis : Vozes, 1988.

\*VIZZOLTO, Salete Maria; FREDO, Cléa Ana Segan. **Tim-tim - o consumo de bebidas alcóolicas: questão para debate com adolescente.** 2. ed. Petrópolis : Vozes, 1993.

\*VIZZOLTO, Salete Maria; FREDO, Cléa Ana Segan. **Uma onda perigosa: fumo/álcool/drogas.** Petrópolis : Vozes, 1990.

\*VIZZOLTO, Salete Maria; FREDO, Cléa Ana Segan. **Um show de rock: os adolescentes e a prevenção ao uso de álcool e drogas.** Petrópolis : Vozes, 1990.

WEBSTER, E.; JESUS, R.; LEIMANN, R. B. **Prática de enfermagem no serviço de atendimento às necessidades psicossociais da UFSC.** Florianópolis, 1995. Monografia do curso de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina

\*ZAGURY, Tânia. **O Adolescente por ele mesmo.** 5. ed. Rio de Janeiro : Record, 1996.

---

\* bibliografia adquirida

**ANEXO 01 -**  
**TEMAS DE REPORTAGENS DE REVISTAS**

# a fuga do inferno

Por Ruy Castro Ilustrações Rico Lins

Depois de detonar mais de 3 km de cocaína, ele voltou vivo para contar

a sua história – a saga fantástica de Carlos

Ricardo Lopes, o Cahô,

um jovem gaúcho que mergulhou fundo na barra pesada das drogas

Deitado na cama, Rogério chamou o segurança ao seu quarto:

“Mário, você poderia vir aqui só um instantinho?”

Mário foi ver o que era. Quando entrou no quarto, Paulo Renato, saindo da sombra, deu-lhe uma gravata com braços de ferro. Antes que Mário pudesse reagir, Cahô surgiu de repente e aju-rou-se sobre os dois, jogando-os em cima da cama de Rogério. Os outros logo apare-

ceram para ajudar: Rui e Victor imobilizaram cada qual um braço de Mário, Rogério e Edmundo seguraram-lhe as pernas e Cahô enfiou uma meia suja em sua boca para impedi-lo de gritar.

Cahô correu ao banheiro e, com um soco, quebrou o vidro do basculante. O sangue espirrou de seu punho, mas ele recolheu um caco grande de vidro. Cacos de vidro são as armas ao alcance dos prisioneiros desesperados. Cahô agarrou Mário pelo cabelo, encostou-lhe o caco na jugular e ordenou que o soltassem. Em seguida, obrigou-o a sair para o corredor, como se o levasse por um cabresto. Outro segurança apareceu, mas Paulo Renato também armou-se de um caco e avançou contra ele, que se rendeu. César, Leonardo e Kevin deram conta do terceiro e último guarda.

Eles eram nove homens contra três, tentando fugir da ala fechada da Clínica Jellinek, de segurança máxima, em Porto Alegre, na noite de 27 de setembro de 1992.

## Fuga pelo buraco das cabras

Os guardas foram isolados num recinto onde não pudessem fazer nada. Mas havia os outros seguranças da ala aberta, que não tardariam a aparecer. Cahô e seus amigos precisavam escapar logo daquele prédio à prova de fugas, cercado por grades nas janelas, no teto e até embutidas nas paredes, entre duas camadas de tijolos.

A grade cimentada à janela do quarto resistiu às investidas com a cama de metal que os nove rapazes usaram como aríete. A cada golpe gritavam “Liberdade! Liberdade!”, mas a grade apenas estufava sem

ceder. Cahô então resolveu apostar no teto do banheiro. De um salto, quebrou com a mão um pedaço do forro de madeira. Seus colegas arrancaram as ripas e a grade se revelou, presa apenas por pregos e parafusos. Penduraram-se nela e o peso de seus corpos fez com que se soltasse, abrindo a passagem.

Pela primeira vez em meses – quase dois anos para alguns deles –, puderam ver o céu sem o xadrez de ferro que os envolvia por toda parte. Eles não eram marginais comuns. Ali estavam alguns membros das famílias mais abonadas e importantes de vários Estados brasileiros: filhos de políticos, empresários ou, como Cahô, de um rico e respeitado advogado gaúcho.

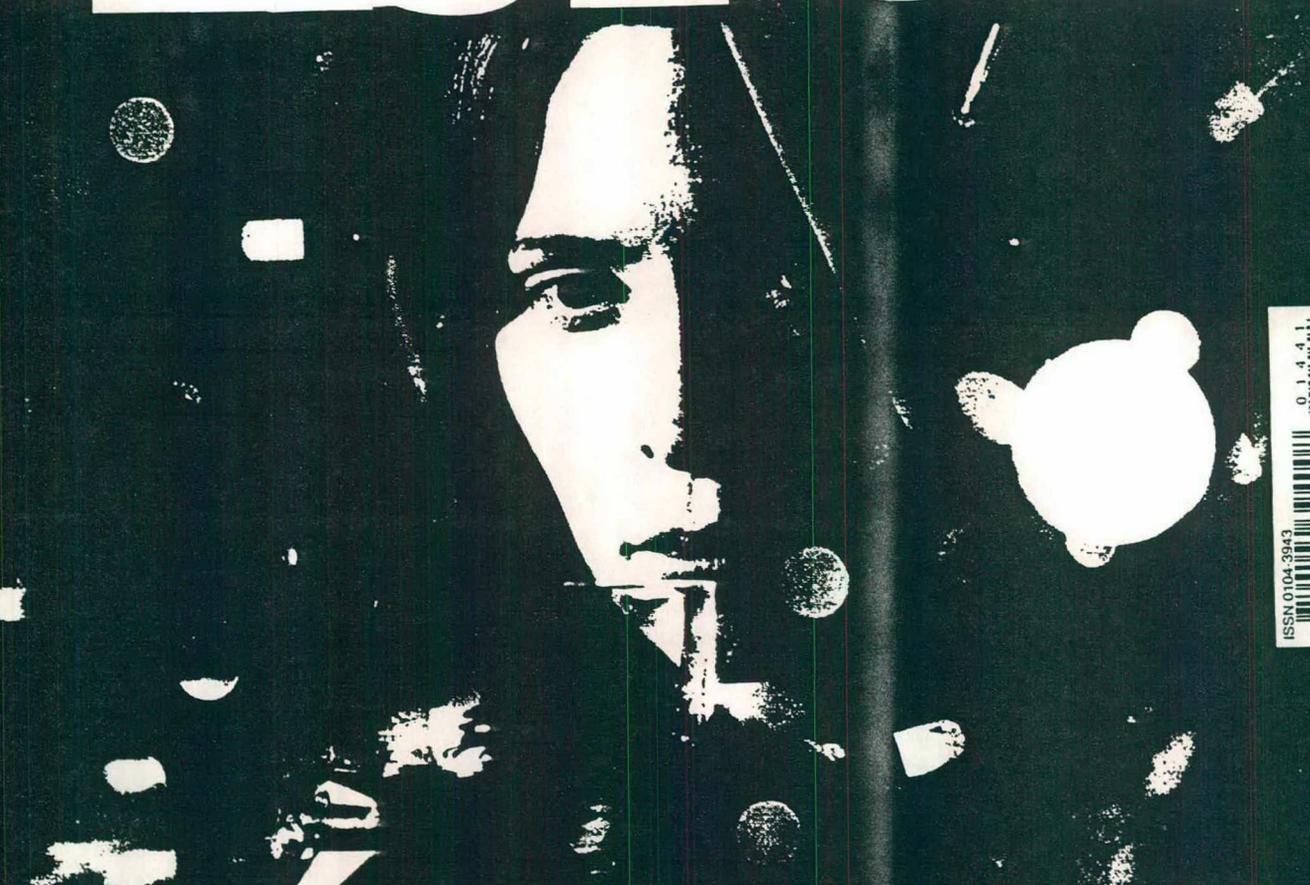
Os nove subiram uns nos outros, passaram pelo buraco e afloraram no telhado da clínica. Lá embaixo, no pátio, os seguranças, alertados pela confusão, começaram a atirar. Cahô e os amigos deram a volta ao telhado, descendo pelo outro lado. Já no chão, correram, fugindo pelo único ponto fraco do arame farpado que cercava a clínica: um buraco feito pelas cabras que viviam na mata ao lado. Um a um, enfiaram-se pelo buraco e se embrenharam na mata escura – livres. ▶

STEINBRUCH: O DONO DA VALE

ASSINANTE  
VENDA PROIBIDA

14 DE MAIO/1997 - Nº 1441 - R\$ 4,00

14.05.97 14.05.97  
MAGAZINE DO BRASIL VILA USCOLO  
R. V. J. S. 1441  
FL. 1441 - SP. LIS - 1441 - 1441



# VÍCIOS DA MULHER

Alcool, moderadores de apetite, pilulas para dormir, antidepressivos:  
ela está cada vez mais dependente das drogas legais



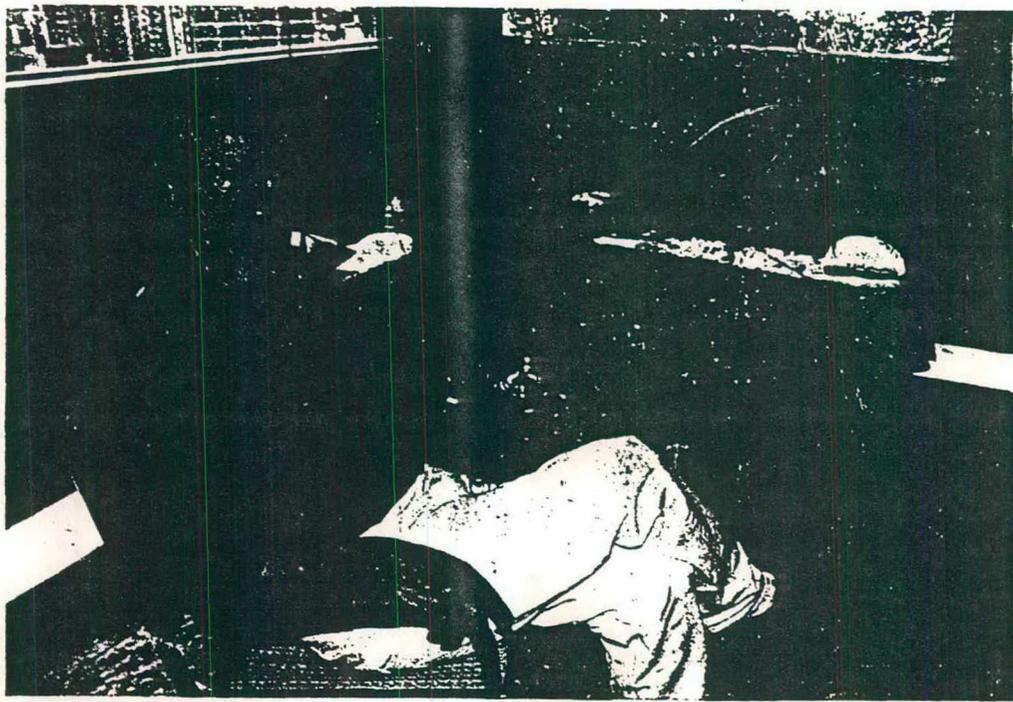
# Droga tem solução

Arnaldo Madruga, psiquiatra que recuperou o ex-jogador Reinaldo, defende o diálogo e diz que os médicos não têm paciência para tratar dos viciados

IVAN PADILLA

**E**m janeiro deste ano, quando saiu a sentença que condenou o ex-centroavante do Atlético Mineiro e da seleção brasileira Reinaldo a quatro anos de prisão em regime fechado por tráfico de drogas, poucos eram os que sabiam de seu paradeiro. Os policiais de Belo Horizonte vasculharam três endereços em busca do ídolo que tanta alegria trouxe ao futebol brasileiro, mas nada encontraram. Com um quadro avançado de dependência de cocaína e depressão, Reinaldo estava escondido na clínica Tereza D'Ávila, sob os cuidados de seu proprietário, o psiquiatra Arnaldo Madruga, 49 anos, casado e pai de três filhos. O médico acompanhou de perto o drama de Reinaldo e é o responsável por seu tratamento. Afastado das drogas e respondendo o processo em liberdade depois de recurso do seu advogado, o ex-craque ocupa desde março o cargo de assessor da Secretaria Municipal de Esportes e coordena o projeto Dente-de-Leite, realizado junto a crianças carentes na periferia da capital mineira.

Arnaldo Madruga não foi escolhido à toa por Reinaldo. Formado em medicina pela Universidade Federal de Uberlândia, cursou residência no Hospital Maudsley, em Londres. Mas foi nas chamadas free clinics que aprofundou seus conhecimentos sobre toxicologia. Nesses estabelecimentos, viciados e usuários recebem atendimento, são medicados e encontram um ombro amigo para conversar a qualquer hora do dia. De volta ao Brasil, fundou o Centro de Orientação sobre Drogas, o primeiro estabelecimento de atendimento ambulatorial da América Latina, nos moldes das free clinics, e a Abraço - Associação Brasileira Comunitária para



Madruga: "O usuário procura, com os entorpecentes, um elo de ligação com o próximo"

**Prevenção ao Abuso de Drogas, um centro multidisciplinar formado por médicos, assistentes sociais, psicólogos e farmacologistas que visa não só o atendimento do usuário mas a sua reintegração à sociedade. Nessa entrevista a ISTOÉ, Madruga fala sobre a recuperação de Reinaldo, explica as razões que levam uma pessoa a ficar dependente e afirma que droga tem solução.**

**ISTOÉ** - Na época em que Reinaldo esteve internado em sua clínica, acusaram-no de estar foragido da Justiça. Isso é verdade?

**Arnaldo Madruga** - De jeito nenhum. Depois que estourou o escândalo, ele ficou internado, devido a um quadro depressivo, e não exatamente por causa da dependência de cocaína. Seu advogado sabia onde ele estava e comunicou ao juiz.

**ISTOÉ** - Quando foi a primeira vez que

o sr. foi procurado pelo Reinaldo e qual era o seu estado?

**Madruga** - Foi há dois anos. Na ocasião, ele estava muito mal. Como dizem os usuários, estava emburacado. Reinaldo procurou nas drogas a mesma realização que teve nos campos. Mas na época não quis se submeter a nenhum tratamento.

**ISTOÉ** - Por que não?

**Madruga** - Porque ele não queria que essa história viesse à tona. Depois dessa vez, ele voltou a me procurar por causa de insônia, outro efeito do uso prolongado de cocaína. Finalmente, depois que estourou o escândalo, veio por livre e espontânea pressão.

**ISTOÉ** - E como ele está agora?

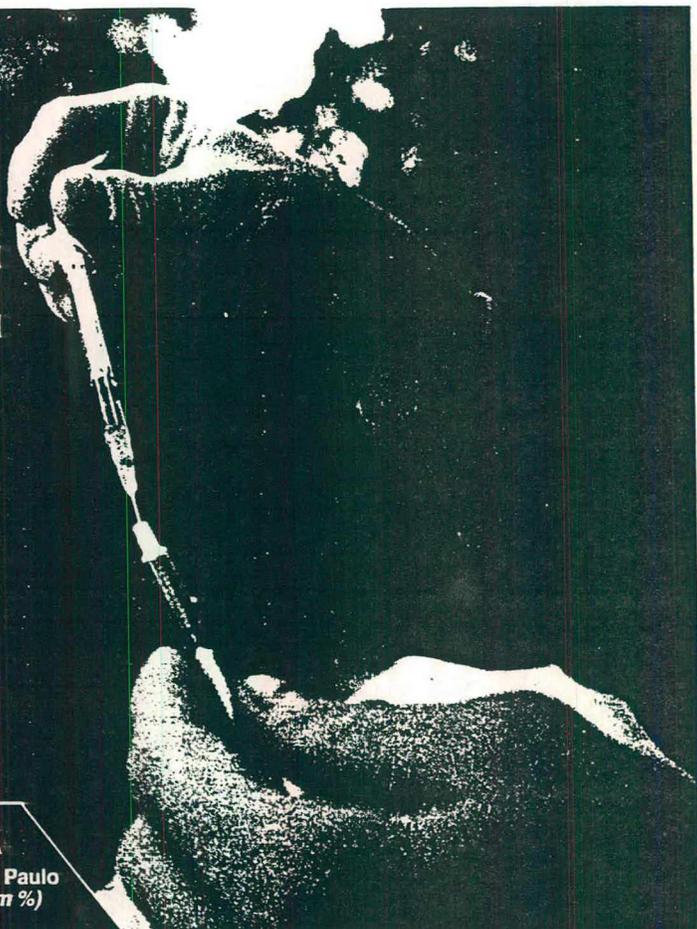
**Madruga** - Está ótimo. Passou pela fase de desintoxicação, e agora está em acompanhamento. Ele teve um apoio muito grande tanto da sociedade como da mídia.

SAÚDE

# Profissão: perigo

Médicos paulistas podem ir para a cadeia por distribuir seringas a drogados para prevenir a Aids

PAULO CÉSAR TEIXEIRA



SIPA PRESS

## BARRA PESADA

Casos de Aids notificados em São Paulo por categoria de transmissão (em %)

Usuários de drogas	32,12
Homossexuais	23,06
Heterossexuais	17,43
Bissexuais	9,90
De mãe p/ filho	2,79
Transfusão de sangue	1,78
Hemofílicos	0,72
Não identificados	12,20

Dados até 30.6.95

Fonte: Centro de Vigilância Epidemiológica - Divisão DST/Aids

Salvar vidas pode ser uma atividade de alto risco. Um grupo de médicos paulistas está ameaçado de trocar o avental branco pelo uniforme listrado dos presidiários. Eles podem ser indiciados por tráfico de entorpecentes e pegar de três a 15 anos de cadeia. E o motivo é humanitário: para deter a transmissão da Aids, querem distribuir seringas descartáveis a usuários de drogas. Hoje, em São Paulo, em cada três doentes contraiu o vírus HIV por meio de uma agulha contaminada. Ninguém em sã consciência condena a ação de um médico com a de um traficante, mas na letra fria da lei é exatamente isso que ocorre. Pela atual lei de entorpecentes, promulgada em 1976 – portanto, antes da epidemia da Aids –, oferecer seringa a um drogado equivale a incentivar o uso de tóxicos.

O Ministério Público de São Paulo já instaurou dois inquéritos cíveis para apurar a legalidade do projeto de troca de seringas da Secretaria estadual da Saúde, antes mesmo de ele ser posto em prática. Há sete anos, os médicos hesitam em executar o programa com medo de serem indiciados como traficantes.

Na terça-feira 24, o coordenador do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis da secretaria, Paulo Roberto Teixeira, afirmou a ISTOÉ que a hesitação chegou ao fim. “A decisão já está tomada. Antes do final do ano, eu e minha equipe vamos distribuir seringas a drogados. Do ponto de vista científico, não há mais o que discutir, nem há mais

tempo a perder”, diz Teixeira, 46 anos, há 13 pilotando programas de saúde pública de combate à Aids. Ele tem o apoio do secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, Elisaldo Carlini.

“Não há dúvida de que este é o método correto, embora a discussão esteja cercada de um emocionalismo injustificado. Temos que distribuir seringas inclusive nos presídios. Em São Paulo, 88% dos presos infectados com Aids adquiriram a doença por meio de drogas injetáveis”, reforça Carlini.

Os programas de troca de seringas já não são novidade em países como Grã-Bretanha, Holanda, França e Canadá, onde foram adotados há mais de dez anos – uma alternativa menos polêmica é ensinar o drogado a desinfetar a seringa com água sanitária diluída. Em alguns Estados americanos, projetos de redução de risco para usuários de drogas

■ Pela lei de entorpecentes em vigor no País, distribuir seringa ao viciado equivale a incentivar o consumo de tóxicos

■ Os médicos estão convencidos de que fornecer seringa ao drogado é o modo mais eficaz de deter o avanço da Aids

ALTO COEFICIENTE  
DA CERVEJINHA AO



especial

AGORA ABRIL - EDIÇÃO 1497  
ANO 30 - Nº 21 - R\$ 3,80  
28 DE MAIO DE 1997

9 770100 712004

1/2

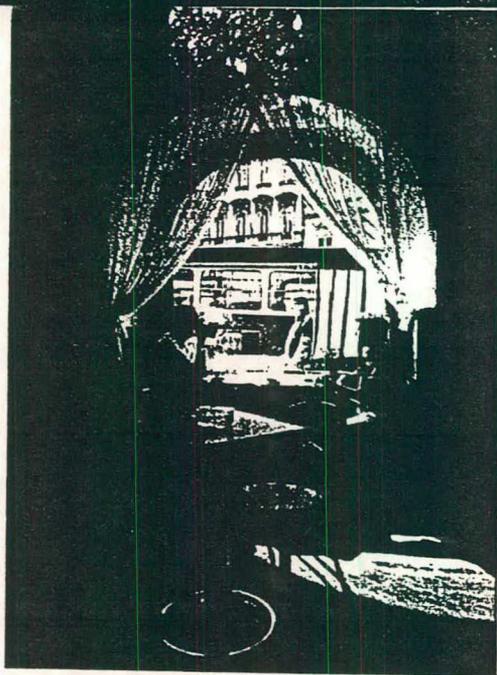
## Drogas

### Sabor antigo

Proibido em toda parte, o absinto é moda em Praga

**N**a virada do século, uma beberagem tomou conta da Europa: o absinto. No que ficou conhecido como "a grande farra coletiva", a bebida, além de consumida em grande escala — em 1912, a França produziu 220 milhões de litros —, foi exaltada em prosa, verso e quadros. Aí, a festa acabou. Acusado de provocar alucinações, demência, cegueira e, por tabela, assassinatos, suicídios e mutilações (Van Gogh teria cortado fora a orelha embalado por umas doses a mais), o absinto foi proibido quase no mundo todo. Na Europa, até recentemente só era encontrado na minúscula Andorra. Agora, volta à moda nos bares de Praga, a capital da República Checa, e atrai turistas de toda a Europa.

Comenta-se que o presidente Vaclav Havel, notório bom copo, encomendou uma caixa para comemorar seus 60 anos, em outubro, antes de ser operado de câncer no pulmão. "Soubemos que



**Café Velryba: doses incendiárias**

fez muito sucesso", diz Hona Musialova, filha de Radomil Hill, dono da destilaria checa que produz absinto desde 1990. Enquanto as autoridades checas, que querem distância de proibições que evoquem o autoritarismo comunista, fazem vista grossa, o absinto corre solto nos elegantes cafés de Praga, como o Velryba, frequentado por filósofos,

jogadores de xadrez e muitos turistas. Lá, o barman avisa: "Cuidado. Essa coisa é perigosa".

**Fogo no copo** — Inventado em 1792 por um químico francês como fortificante, o absinto — um líquido esverdeado, com gosto de xarope — tem em sua composição várias ervas destiladas em álcool, entre elas anis (que lhe dá gosto) e o grande vilão, o absinto, antigo vermífugo e, supostamente, um forte alucinógeno. Mas as visões e os desvarios dos consumidores também são creditados aos 70% a 80% de teor alcoólico da bebida. Absinto é quase álcool puro — o que, além de devastador para a saúde, carrega outros riscos. Em vez de diluir a bebida em água e açú-

car, como antigamente, a moda nos bares de Praga é encher uma colher de açúcar, embê-la em absinto, acender a mistura e deixar que gotas incandescentes pinguem lentamente no copo. Às vezes, o copo de bebida pega fogo, e um garçom tem de correr para apagar o incêndio. ■

L.B.

Seu banco oferece cartão de crédito? Cheque especial? Crédito pré-aprovado? Financiamentos diversos? Débito automático em conta? Caixa 24 horas? Agências para atender você onde você estiver?

Ótimo. Você já tem um excelente banco para ajudar a gastar seu dinheiro.

Agora, chegou a hora de você ter um outro banco, um banco diferente, especializado em ajudar você a ganhar mais dinheiro.

Um banco como o Matrix, por exemplo.

No Matrix, não trabalham bancários, só analistas de investimentos. O tempo, a energia e o talento que os bancos comuns gastam para facilitar seu dia-a-dia, o Matrix gasta para fazer seu dinheiro crescer.

Nossa equipe é especializada em encontrar bons negócios para o seu dinheiro. Aqui e no exterior. É porque nós fazemos isso todo dia, o dia todo, que conseguimos fazer melhor.

Os grandes investidores já descobriram a tranquilidade de trabalhar com os especialistas do Matrix. Tanto que administramos hoje, entre fundos no Brasil e no exterior, cerca de US\$ 2 bilhões.

A partir de agora, mesmo não sendo um grande investidor, você também pode ter este time jogando a seu favor. Com R\$ 20 mil ou mais para investir, você já pode ser nosso cliente. E conseguir para seu dinheiro taxas de remunera-

ção tão boas quanto as que os grandes investidores conseguem.

Ligue para nosso novo telefone, 3048-9400, e procure pela Daniella Vasconcellos, ou pela Gabriela Montoro, ou pela Luciana Leite. Se preferir, passe um fax: (011) 3048-9500. Para informações sobre valor de quotas e saldos disque: 0800-110108.



B12

**MATRIX** Banco de Ganhar Dinheiro

por ROBERTA PADUAN ALVARES

# A MAÇONHARIA DO BOCAL DO P

ela nunca foi tão cantada

condenada por outros,

consumida por uns



**Q**uem ouve rádio sabe. Mesmo proibida por lei, a maconha acabou “caindo na boca do povo” – não literalmente, é claro – mas por meio de, pelo menos, meia dúzia de músicas executadas na maioria das FM’s brasileiras. Com letras que pedem a legalização ou simplesmente contam episódios do cotidiano que envolvem a droga, bandas como Barão Vermelho, Planet Hemp, Akundum e Virgulóides ajudaram a acender um debate na sociedade, que também está sendo discutido no Congresso Nacional e na comunidade científica. No Congresso estuda-se o projeto para uma nova lei sobre drogas, enquanto os médicos discutem o uso terapêutico da planta.

Os cariocas do Planet Hemp (Planeta Maconha, em inglês) são os que mais botam lenha na fogueira, defendendo explicitamente a legalização da droga em suas músicas. Das 17 faixas do CD “Usuário”, que vendeu 150 mil cópias, sete falam sobre maconha. Sem discutir discriminação ou legalização, a música “Emaconhada” foi o primeiro sucesso do Akundum, e a responsável pela vendagem de 110 mil cópias do primeiro trabalho da banda.

Os rapazes do Virgulóides

também emplacaram a faixa “Bagulho no Bumba” – uma mistura de pagode com heavy metal – que já estava entre as mais tocadas em fevereiro, antes mesmo do lançamento do disco, que aconteceu em março.

Neste mês, o debate musical sobre a maconha pode ganhar ainda mais fôlego. O Planet Hemp deve lançar seu segundo álbum, com o provável nome “Na Mente Ativa”. A banda de rap paulistana Pavilhão 9 também lança “Cadeia Nacional”, que inclui a faixa “Cada 1 Cada 2”, com participação especial do vocalista do Planet Hemp. “O objetivo é falar dos dois lados da moeda podre”, declara Rho\$\$i, vocalista do Pavilhão, que cantará trechos contra o uso da droga, em contraposição ao líder do Planet, Marcelo D2.

MACONHA  
NO POVO

# A verdadeira economia clandestina

Rotas seguras e esquemas para lavar dinheiro do narcotráfico produzem "milagres" no Brasil

Ernesto Bernardes

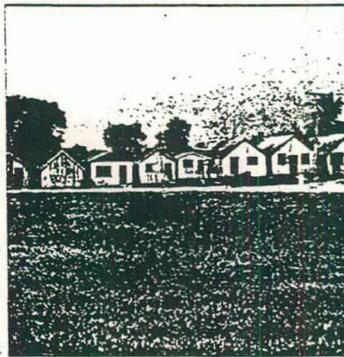
**H**á cinco traficantes de drogas na cadeia pública de Cacoal, cidade de Rondônia a 480 quilômetros de Porto Velho. Todos "inofensivos", segundo o delegado José Vieira. Os condenados com maiores penas foram pegos com 30 gramas de cocaína. Em troca de pequenas tarefas, como varrer o chão, buscar café na padaria ou atender o telefone, eles recebem permissão para passear na rua, e os vizinhos não se assustam com a liberalidade. "Dizem que há muito tráfico aqui, mas a gente só vê bagrinhos. Se há tráfico grande, é nas pistas de pouso no meio do mato. Mas lá a gente não chega", lamenta o delegado, que conta com seis investigadores e uma viatura que faz ponto na oficina. A delegacia de Cacoal é um exemplo das duas cidades que atendem pelo mesmo nome — uma visível, outra subterrânea. A primeira é uma cidade pobre, onde só 3% das famílias ganham mais de dez salários mínimos e três bancos fecharam suas portas por falta de correntistas. A segunda é um fenômeno que, no ano passado, movimentou 1,3 bilhão de reais em compensação de cheques, fortuna quase do tamanho do PIB de Rondônia. A enxurrada de dinheiro da Cacoal "paralela" tem explicação. "É a cocaína", diz a geógrafa Lia Machado, da Universidade Federal do Rio de

Janeiro, que estuda a espantosa vida financeira da região.

Como Cacoal, dezenas de cidades do Norte e do Centro-Oeste vivem um milagre brasileiro sem explicação aparente. Na Amazônia, bancos em municípios com 13 000 habitantes alugam canais de satélite 24 horas por dia (ao preço médio de 2 000 reais por mês) para fazer transferências de dinheiro para a Região Sul. A riqueza, registrada pelo Banco Central, é invisível para a Receita Federal. Enquanto Manaus, zona franca e paraíso da evasão fiscal, arrecada em impostos 10% do que movimentam nos bancos, as cifras de algumas cidades milagreas não atingem 1%. "É porque o dinheiro é todo ilegal. A região tinha tradição de contrabando de ouro e madeira. Agora entrou nas drogas", afirma Lia Machado. Sabia-se havia tempo que o Brasil é o maior corredor de transporte de cocaína do planeta. O que o estudo da UFRJ faz, pela primeira vez, é mostrar como circula parte do dinheiro da droga no país.

**Ajuda irrisória** — O tráfico é o negócio do século. Movimenta no mundo inteiro 300 bilhões de dólares por ano e, na balança da economia mundial, é uma indústria que perde para a de computadores (450 bilhões) mas ganha da farmacêutica (206 bilhões) e tem margens de lucro infinitamente maiores que ambas. Gera 9% do PIB da Colômbia e emprega 300 000 agricultores nas plantações de coca da Bolívia. Os Estados

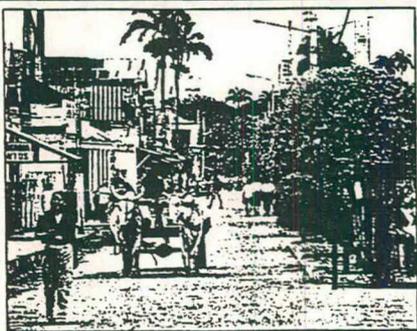
## Eirunepé



FOTOS PAULO JARES

Apenas quinze famílias têm renda superior a vinte salários mínimos. Apesar de a cidade ser paupérrima, o banco do lugarejo compensou 1,3 milhão de reais em cheques no ano passado

## Brasiléia



Na saída da maior rota de escoamento de cocaína da Bolívia, seus bancos compensaram 1,2 milhão de reais em cheques em 1995 e mantiveram um canal de satélite alugado 24 horas por dia para transferência de dinheiro

Fonte: UFRJ/Observatoire Géopolitique des Drogues/DEA

Unidos, o país que mais consome narcóticos no mundo, gastam 30 bilhões de dólares por ano em combate ao tráfico, tratamento de dependentes e campanhas educativas. Uma quantidade tal de dinheiro que ajuda a entender a atitude do Ministério da Justiça, que na semana passada rejeitou, por considerá-la "irrisória", a verba de 600 000 dólares destinada pelo governo americano ao combate do narcotráfico no Brasil. A Colômbia, a maior exportadora de cocaína, cujo presidente não tem visto para os Estados Unidos, levou 30 milhões

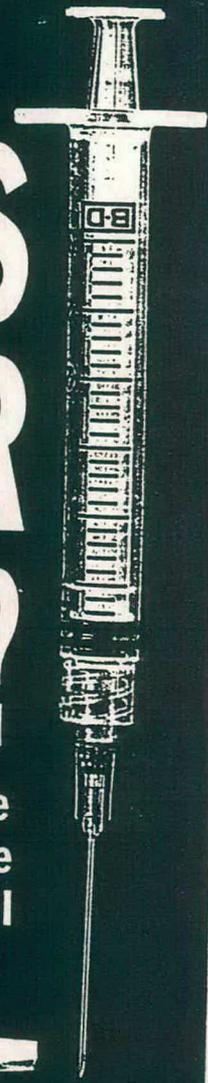
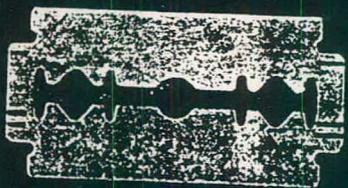
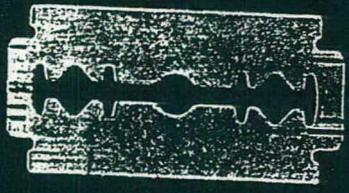
# AS DROGAS DEVEM SER LEGALIZADAS?

A repressão fracassou. Buscam-se novas formas de combater o problema e este debate está chegando ao Brasil

00-7122

9 770100 712004

CCD. ACS 28416454 95005 VE  
EXEMPLO DE RECÍPITA DE PAPA  
UFSC BIBLIOTECA UNIVERSITARIA  
UNIV FEDERAL DE TRINDADE  
TRINDADE FLORIANOPOLIS SC  
88040-900



**ANEXO 02 -**  
DADOS DA PESQUISA DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO  
CULTURA E DESPORTO DE SANTA CATARINA

## CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Em Santa Catarina a população estudantil de 1º e 2º graus que teve contato experimental com drogas psicotrópicas com exceção do álcool e do cigarro representa 17.1% que usaram, pelo menos uma vez na vida, uma ou mais das drogas pesquisadas. Não usaram 82.9% deste público. Da população estudantil de 1º e 2º graus de Santa Catarina consumiram drogas nos últimos 30 dias 6.6%. As drogas mais usadas entre os estudantes foram os solventes, a maconha, os ansiolíticos e as anfetaminas. Os produtos mais citados foram o lança-perfume, o Diazepam e entre as anfetaminas, o Inibex.

Os usuários de drogas psicotrópicas (uso na vida) no 1º grau representam 13.9%, a metade dos usuários de 2º grau (26.2%). Impressiona comparar os estudantes de 1º grau com os de 2º grau quanto ao consumo dos últimos 30 dias, pois verifica-se que já são usuários no 1º grau 5.6% contra 9.2% no 2º grau. Não podemos esquecer que é no primeiro grau que ocorre normalmente o primeiro contato experimental com a droga.

A análise do uso na vida de drogas em relação ao turno mostra claramente a predominância de uso no noturno principalmente da maconha, dos ansiolíticos e das anfetaminas.

# PERFIL

O uso de solventes é maior na faixa etária dos 16 a 18 anos, o solvente é provavelmente uma "iniciação" ao uso de drogas, já que é acessível à maioria dos estudantes, vindo a declinar o seu uso após os 18 anos.

O uso de ansiolíticos tende a crescer de acordo com a idade, quase numa progressão perfeita, destacando-se no grupo etário dos 13 aos 15 anos. O mais usado em todas as faixas etárias é o Diazepam.

O uso da maconha começa a ser expressivo na faixa dos 16 aos 18 anos com tendência de crescimento do consumo entre os maiores de 18 anos.

O uso na vida de drogas por série mostra quase que, perfeitamente o aumento no uso à medida que progride na série.

Quanto maior o poder aquisitivo do estudante (Classe A) maior o consumo de drogas. O uso da maconha cresce progressivamente na razão direta da classe social, o mesmo acontecendo com a cocaína, as anfetaminas e as demais drogas. Isso não significa que o uso entre os mais carentes não ocorra, o fato é que entre os estudantes de 1º e 2º graus a presença do segmento mais carente da população, Classe E, é baixo, dado que apenas 5%, estão na escola.

# PERFIL

---

A proporção de usuários de drogas é ligeiramente maior entre os estudantes do sexo masculino, que consomem em maior proporção a maconha, quase o dobro do sexo oposto, invertendo a proporção de uso nos ansiolíticos e anfetaminas, mais usados pelo sexo feminino.

Este fator, já apontado nas pesquisas anteriores realizadas em outras capitais brasileiras tem a ver com a cultura, entre o sexo feminino da beleza do corpo magro, espelhando-se no comportamento das mães no uso abusivo de medicamentos para emagrecer sem receita médica. Muitas vezes é a própria mãe que administra estes medicamentos às filhas preocupadas com o excesso de peso.

Várias drogas fitoterápicas e homeopáticas como pó de guaraná, coscarque, redicress, pílulas Nereu, chás, bem como receitas com sonrisal e coca-cola, fontol e coca-cola, aspirina com álcool, cibalena com vodka, medicamentos analgésicos associados às bebidas alcólicas apareceram na pesquisa. Em várias localidades o chá de fita de video cassete, foi mencionado ("viagem" através de um mito - ex.: Lobão, Madona, etc) embora não se trate de um psicotrópico assim como os analgésicos combinados ao álcool; o seu uso representa a vontade de sentir-se drogado, o efeito desejado, provocado pela sugestão é que conta. Para fins da pesquisa foram desqualificados enquanto usuários de drogas, cabe no entanto, a observação, já que para alguns estudantes o imaginar-se consumidor de drogas é um fator de atração.

# PERFIL

A análise comparativa do uso de drogas entre os estudantes de 1º e 2º graus do Estado de Santa Catarina nos 21 municípios pesquisados aponta para algumas diferenças significativas. O uso na vida da maconha é expressivamente dominante em Florianópolis, representando o dobro do consumo dos demais municípios onde há um uso considerável. Os municípios onde o uso nos últimos 30 dias é maior é novamente Florianópolis, seguido de Joaçaba.

O uso na vida, de cocaína é igualmente maior em Florianópolis, seguido de Lages, Laguna, Criciúma e Itajaí, mas lembramos que os percentuais são baixos, não excedem os 2.3%. O uso nos últimos 30 dias é maior em Itajaí seguido de Tubarão e Laguna cujos maiores valores estão próximos a 1%.

As anfetaminas são mais consumidas em Laguna, Florianópolis e Joaçaba, com uso na vida inferior a 6%. O uso em Laguna, seguido de Canoinhas, Chapecó e Joinville com cerca de 3%, a metade dos que experimentam pelo menos uma vez na vida.

Destacam-se, no uso na vida de solventes os municípios de Florianópolis, Criciúma e Concórdia. O uso nos últimos 30 dias diminui expressivamente em relação à experiência.

O contato experimental de pelo menos uma vez na vida no uso de ansiolíticos é marcadamente maior entre os estudantes de 1º e 2º graus do município de Lages. Já o uso nos últimos 30 dias em Lages é apenas ligeiramente maior do que Araranguá, Laguna e Florianópolis.

# PERFIL

O uso na vida de opiáceos é maior em Lages, embora com valores baixos (1.3%); destacam-se igualmente os municípios de Blumenau e Canoinhas.

A experiência com xaropes é maior em Rio do Sul e Xanxerê. O uso de xaropes é baixo, talvez porque neste tipo de droga já haja maior conscientização dos pais, sobre o seu uso, uma vez que tem sido amplamente divulgado pela imprensa, escola e organizações comunitárias, inclusive médicos pediatras que têm contribuído no alerta à população.

Recomendamos a utilização dos dados da pesquisa em forma de um manual de orientação aos pais dos alunos, especialmente no que concerne ao acesso dos filhos aos medicamentos. O trabalho de prevenção estende-se ao comportamento dos pais, que na prática auto-medecam-se induzindo seus filhos a mesma prática. A cultura da auto-medicação é uma porta aberta ao uso de drogas.

A outra questão cultural que é preciso trabalhar é a do culto do corpo especialmente entre o sexo feminino, cujo consumo de medicamentos para emagrecer sem receita médica é comum.

# PERFIL

Na análise comportamental, onde manifestamente pode-se perceber o esforço dos programas de prevenção ao uso de drogas, verifica-se, entre os estudantes de 2º grau, que a maioria percebe que o indivíduo que não consegue parar de se auto-medigar é doente, precisando de ajuda, é fraco sem força de vontade. Percebe-se igualmente uma maior repreensão no tocante ao uso de drogas ilícitas, como a maconha e a cocaína onde é maior o percentual de estudantes que considera mau caráter quem usa. O uso de calmantes já é associado à doença e a problemas psicológicos, mesmo que usados de vez em quando.

As drogas psicotrópicas não ilícitas devem ser analisadas dentro do contexto cultural de auto-medicação existente em nossa sociedade, em que, mesmo sendo drogas controladas, são facilmente adquiridas, e onde o comportamento da sociedade em relação à doença é de uso indiscriminado de remédios sem receita médica.

Da população escolar de 1º e 2º graus de Santa Catarina 68.4% já recebeu orientação sobre drogas na família e é maior o número dos estudantes que receberam orientação na escola (74%), refletindo o esforço do Trabalho da Comissão de prevenção às drogas. Implicitamente a orientação dos pais também é resultado deste esforço.

A disciplina, onde o maior número de estudantes recebeu orientação foi a de Ciências, seguida de Religião, Educação Moral e Cívica e OSPB.

A orientação obtida em outros locais refere-se aos que têm alguma prática espiritual e religiosa ou em alguma palestra ou curso.

Embora a pesquisa não considere entre os percentuais de usuários de drogas os que consomem bebidas alcólicas e cigarros faremos algumas observações sobre o seu consumo em Santa Catarina.

O consumo de bebida alcóolica é bastante elevado entre os estudantes de 1º e 2º graus de Santa Catarina, que não apenas experimentaram (85.2%), como mais da metade consumiu álcool nos últimos 30 dias. Entre os estudantes maiores de 18 anos, 92.4% já experimentaram alguma bebida alcóolica e usaram nos últimos 30 dias (62.9% deste público). Há no Estado de Santa Catarina uma cultura indutora ao consumo de bebidas alcólicas ligada às festas tradicionais próprias da cultura alemã e italiana. A iniciação ao uso de bebidas alcólicas é vista não apenas com tolerância pela sociedade, que associa o seu uso a uma forma de curtir a vida, prazer, diversão e auto-afirmação, como também incentiva, acha "graça" às crianças que o experimentam. A iniciação é precoce no Estado, 6.6% experimentaram com menos de 7 anos.

Embora haja toda uma cultura indutora ao consumo de álcool os estudantes na sua maioria, identificam como doentes, sem força de vontade a atitude daqueles que não conseguem parar de beber. É preciso esclarecer à nossa sociedade que o número de internações hospitalares por dependência no uso de álcool é significativamente maior do que por abuso de drogas.

Experimentaram cigarro, pelo menos uma vez na vida 21% dos estudantes de 1º e 2º graus e usaram nos últimos 30 dias 6.4%. Indubitavelmente as campanhas preventivas ao uso de cigarros estão surtindo efeito junto à população escolar.

Sabemos que os trabalhos educativos, de prevenção ao uso de drogas são muitas vezes encarados como supérflus numa sociedade carente de recursos que busca apenas resolver os problemas momentâneos. A prevenção deve ser encarada como investimento, já que não apenas preserva a vida do indivíduo saudável mental e fisicamente podendo ser um indivíduo produtivo para o meio, mas também economizando elevados recursos do Estado quando se evita que se tornem dependentes e internações hospitalares ou que manifestem comportamentos anti-sociais destrutivos.

O trabalho da Comissão de prevenção às drogas da Secretaria já produziu resultados, é preciso continuar. Recomendamos o uso dos resultados da pesquisa na consolidação dos objetivos da prevenção a serem perseguidos.

Em se tratando de um trabalho de grande envergadura, obviamente serão ainda muitas as lacunas a serem preenchidas. Como a finalidade deste estudo é a de subsidiar às comissões de prevenção às drogas, colocamo-nos à disposição para em outros momentos prosseguirmos nos estudos.

**ANEXO 03 -**  
PESQUISA DE LITERATURA SOBRE  
ADOLESCENTE/COMPORTAMENTO E  
DROGAS/PREVENÇÃO, NA BIBLIOTECA  
CENTRAL DA UFSC

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA**  
**NÚCLEO DE INFORMÁTICA**

**PESQUISA BIBLIOGRÁFICA POR ASSUNTO PRINCIPAL**

**1. Assunto: Adolescentes - comportamento**

**Data: 27/06/97**

A rebelião da juventude na URSS. Rio de Janeiro : GRD. 1963. 193p. [369.4(47) R289].

Baquero, Godeardo. Assim falam eles e elas : pesquisas dos problemas do adolescente brasileiro. Porto Alegre : Centro Regional de Pesquisas Educacionais Rio Grande do Sul : INEP, 1962. 187p. : il. [369.4(81) B222a].

Caiafa, Janice. Movimento punk na cidade : a invasão dos bandos sub - 2. ed. Rio de Janeiro : J. Zahar, 1989. [369.4 C133m].

Carmo, Francisco. Situação e aspirações da juventude nos Açores. Ponta Delgada : Secretaria Regional da Juventude e Recursos Humanos, 1990. 180p. : il. [369.4(469.9) C287s].

Costa, Marcia Regina de. Os carecas do subúrbio : caminhos de um nomadismo moderno. Petrópolis, RJ : Vozes, 1993. 232p. [369.4(81) C837c].

Foracchi, Marialice Mencarini, 1929-1972. A juventude na sociedade moderna. São Paulo : Pioneira : 1972. 168p. [369.4 F692j].

Joubrel, Henri. O escotismo na educação e na reeducação dos jovens. Rio de Janeiro : Agir, 1969. [369.43 J86e].

Junge Leute in der DDR : Meinungen, Informationen, Fragen. Berlin : Zeit im Bild, 1982. 80p. : il. [369.4(439) J95].

Juventude e presença: diálogo com a juventude. São Paulo : F.T.D.. 1968. [369.4 J97].

Juventude: trabalho, saúde e educação. Rio de Janeiro : Forense-Universitária, 1987. [369.4 J97].

La salud de los jovenes : un reto y una esperanza. Ginebra : OMS, 1995. xi, 120p. : il. [369.4 S181]

Oliveira, José Fernandes. O direito de ser jovem. São Paulo : Edições Paulianas, 1982. [369.4 O48d].

Perfil do adolescente alfabetizado do Rio Grande do Sul. 1992. 169p. [369.4 (816.5) P 438].

Pinto, Fernando. Os 7 pecados da juventude sem amor. 2. ed. [s.l.] : Vozes, [196-]. 214p. [369.4 P659s].

Rilas, João Baptista Cintra. Viva a diferença: convivendo com nossas. 2. ed. São Paulo : Moderna, 1996. 144p. : il. [369.4 R482v].

Sociologia da juventude. Rio de Janeiro : Zahar, 1968. 4v. : il. [369.4 S678]

União dos Escoteiros do Brasil. Livro de jogos: contendo 200 jogos para escoteiros e lobinhos. Rio de Janeiro : [s.n.], 1928. [369.43 U581].

Vivaqua, Attilio. O escotismo. Rio de Janeiro : Off. Typ. Vieira Cunha. [369.43 V855e].

## **2. Assunto: Drogas - Prevenção**

**Data: 27/06/97**

A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira. São Paulo : Contexto, 1992. 210p. : il., tabs. [364.272 I61].

Adriasola, Gabriel. El nuevo derecho sobre toxicos y el lava. Montevideo : Fundacion de Cultura Universitaria, 1994. 135p. [ 364.272 A243n].

Alcohol & drug problemas: a practical guide for counsellors. Toronto : Addiction Research Foundation, 1993. 461p. [364.272 A354]

Arbex Junior. Narcotráfico: um jogo de poder nas Américas. 6. ed. São Paulo : Moderna, 1996. 87p. : il. 364.272 A664n].

As melhores intenções: análise dos programas de prevenção e recuperação da dependência química. Rio de Janeiro : ISER, Núcleo de Pesquisa, 1994. 49p. : il. [364.272 M521]

Balbach, Alfons. O fumo e a saúde. 19. ed. São Paulo : E. "A Edificação do Lar", [198-?]. 128p. : il. [364.272 B172f]

Bucher, Richard. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992. 323p. : il., tabs. [364.272 B919d]

Charbonneau, Paul Eugene. Drogas: prevenção, escola. 2. ed. São Paulo : Edições Paulianas, 1988. 162p. : il. [364.272 C469d].

Cohen, Miriam. Maconha. São Paulo : Nova Cultural, 1988. 70p. : il. [364.272 C678m]

Cox, W. Miles. Personalidades do viciado. São Paulo: Nova Cultural, 1988. 72p. : il. [364.272 C878p].

Drogas e drogados: o indivíduo, a família, a sociedade. 2. ed. São Paulo: E.P.U., 1987. 261p. [364.272 D784].

Edwards, Griffith. A natureza da dependência de drogas. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994. 285p. : grafos. [364.272 E26n]

Entorpecentes. Rio de Janeiro : ADOCAS, 1995. 149p. [364.272 E61]

Ferrarini, Edson. Tóxico e alcoolismo: orientação para todos. São Paulo : Ed. do Autor, [198-] 258p. : il. [364.272 F375t]

Furst, Peter T. Los alucionogenos y la cultura. México : Fondo de Cultura Economica, 1980. 314p. : il. [364.272 F991a]

Gikovate, Flavio. Drogas: opção de perdedor. 9. ed. São Paulo : Moderna, 1995. 85p. 364.272 G462d].

Gikovate, Flavio. opção de perdedor. 10. ed. São Paulo : Moderna, 1996. 85p. 364.272 G462d].

Greco Filho, Vicente. Tóxicos: prevenção - repressão. 8. ed. ampl. e atual. São Paulo : Saraiva, 1992. 477p. [364.272 G791t].

Jacobs, Michael R. Problemas presented by alcoholic clients: a handbook of counseling strategies. Canadá : Addiction Research Foundation. 1981. 131p. [364.272 317p]

Johanson, Cris E. Cocaína. São Paulo : Nova Cultural, 1988. 84p. : il. [364.272 J65c].

Maconha em debate. São Paulo : Brasiliense, 1985. 135p. [316.4.053:615.9 M171].

Masur, Jandira. O que é toxicomania. São Paulo : Brasiliense, 1985. 65[1]p. : il., ret. [364.272 M424o]

Masur, Jandira. O que é toxicomania. 2. ed. São Paulo : Brasiliense, 1985. 66p. : il. [364.272 M424o]

Masur, Jandira. O que é toxicomania. 5. ed. São Paulo : Brasiliense, 1993. 65p. : il. [316.4.053:615.9 M424o]

McLellan, Tom. Ansiedade e o stress. São Paulo : Nova Cultural, 1988. 68p. : il. [364.272 M164a].

Nallin, Araci. Reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos: análise de representação do discurso. Brasília : CORDE, 1994. 184p. [364.272 N172r]

Organização Pan-Americana de Saúde. Tobacco or health: status in The Americas. Washington : PAHO, 1992. 387p. : il [364.272 O68t]

Prevenção ao uso indevido de drogas. Brasília : Ed. UNB, 1989. nv : il. [364.272 P944]

Rehfeldt, Klaus H. G. Ele (ou ela) é alcoolatra! O que fazer? Florianópolis : Lunardeli, 1995. 103p. : il. [364.272 R345e].

Respuesta a los problemas de drogas y de alcohol en la comunidad: manual para los agentes de atencion primaria... Ginebra : OMS, 1992 116p. : il [364.272 R434]

Rocha, Luiz Carlos. As drogas. São Paulo : Ática, 1987. 96p. [364.272 R672d]

Rocha, Luiz Carlos. As drogas. 2. ed. São Paulo : Ática, 1991. 96p. [364.272 R672d]

Roemer, Ruth. Accion legislativa contra la epidemia mundial de tabaquismo. 2. ed. Genebra : OMS, 1995. 325p. : il [364.272 R715a]

Russel, George K. Maconha hoje. São Paulo : Associação Beneficiente Tobias, 1975. 55p. [316.4.053.615.9 R963m]

Sanchez-Craig, Martha. Saying when: how to quit drinking or cut down: an arself-help book. 2nd. ed. Toronto : ARF, 1994. 94p. [364.272 S211s].

Silva, Jorge Medeiros da. Tóxicos: o que os pais devem saber. 6. ed. São Paulo : Edições Paulianas, 1979 123p. [364.272 S586t]

Theories on alcoholism. Toronto : Addiction Research Foundation, 1988. 498p. [364.272 T396].

Tiba, Icami. 123 respostas sobre as drogas. São Paulo : Scipione, 1994. 127p. [364.272 T552c]

Vizzolto, Salete Maria. A droga: a escola e a prevenção. 5. ed. Petrópolis : Vozes, 1992. 95p. [364.272 V864d].

Vizzolto, Salete Maria. Drogas: questões para pais e educadores. Florianópolis : Lunardelli, 1992. 106p. : il. [364.272 V864d]

Wusthof, Roberto. O que é prevenção de drogas. São Paulo : Brasiliense, 1991. 85p. : il. [316.4.053:615.9 W973o]

Zackon, Fred. Heroína. São Paulo : Nova Cultural, 1988. 96p. : il. [364.272 Z16h]

**ANEXO - 04**  
TEXTOS - INTERNET

KEKO

## Repressão às drogas no Brasil: a ponta do "iceberg"?

José Carlos Fernandes Galduróz<sup>1</sup>, Neliana Buzi Figlie<sup>2</sup>, E.A. Carlini<sup>3</sup>

*"Parece improvável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os 'Paraisos Artificiais', isto é, ... a busca de autotranscendência através das drogas ou ... umas férias químicas de si mesmo ... A maioria dos homens e mulheres levam vidas tão dolorosas – ou tão monótonas, pobres e limitadas, que a tentação de transcender a si mesmos, ainda que por alguns momentos, é e sempre foi um dos principais apetites da alma".*

Aldous Huxley

### Resumo

Os autores analisaram os dados fornecidos pela Polícia Federal sobre a apreensão de drogas no período 1980/1990 em nosso país. Verificou-se que, enquanto as apreensões de maconha diminuíram a partir de 1987, as de cocaína aumentaram consideravelmente. Embora as quantidades de drogas apreendidas pela Polícia Federal sejam grandes, o número de inquéritos e indiciamentos foram pequenos quando esses dados são comparados a outros países.

Unitermos: drogas; prevenção; polícia federal

Desde tempos remotos, o ser humano busca abrandar suas crises existenciais através da química, na busca imediata do conforto diante dos dilemas da vida. Outras vezes a busca se fez por novas sensações, experiências e prazeres (Melo<sup>(5)</sup>). Invariavelmente quando a fuga da realidade é feita sob a utilização de substâncias e se este ato torna-se rotineiro, podem sobrevir o uso abusivo, a dependência e suas conseqüências.

Um dos meios de se evitar o uso de substâncias com potencial de causar dependência é, naturalmente, dificultar

e, se possível, impedir o acesso às drogas psicoativas. Pode-se antecipar a idéia que isso não é tarefa fácil. Exige órgãos repressores aparelhados, com pessoas especializadas no combate ao tráfico e uma legislação punitiva adequada.

Porém, o modelo repressivo de uso às drogas é criticado, basicamente, de 3 maneiras diferentes:

– a repressão às drogas a nível legal e social se faz necessária, embora jamais seja suficiente "per se". Para ilustrar tal idéia, pode-se lembrar da "Lei Seca" (1919–1933), implantada nos EUA, quando o álcool foi considerado ilegal, fazendo com que os traficantes dessa época se beneficiassem em termos lucrativos com a ilegalidade (Masur<sup>(4)</sup>);

– os recursos financeiros destinados à repressão de drogas no Brasil é insuficiente quando comparados a outros países (Tuma<sup>(9)</sup>);

– a repressão pode atuar como um fenômeno contra-producente, podendo colocar em risco a vida dos usuários, uma vez que a qualidade da droga "comercializada" pode ser inferior (The Royal College of Psychiatrists<sup>(8)</sup>).

Mesmo com essas ressalvas citadas, os dados referentes à repressão ao uso e tráfico de drogas psicotrópicas são indicadores da dimensão e características do consumo e comércio de drogas em qualquer país.

Naturalmente que essas estatísticas constituem apenas a ponta do "iceberg", já que esse submundo da ilegalidade é muito mais complexo do que possa parecer à primeira vista. No tráfico das drogas ilícitas, há interesses comer-

<sup>1</sup>Pesquisador do CEBRID e aluno de pós-graduação do Depto. de Psicobiologia da EPM.

<sup>2</sup>Estagiária do Depto. de Psicobiologia da EPM e CEBRID.

<sup>3</sup>Diretor do CEBRID e Prof. Titular de Psicofarmacologia da EPM.

ciais, sociais e mesmo políticos estruturados. Mesmo assim, analisar os dados da repressão pode trazer contribuições, fornecendo uma medida indireta das drogas ilícitas que estão mais "em moda", uma vez que o modismo varia em cada região estudada e através dos anos.

No presente estudo procurou-se analisar os mapas elaborados mensalmente pela Polícia Federal que são enviados a vários órgãos, entre eles o CEBRID, onde consta a quantidade de drogas psicoativas apreendidas, número de inquéritos instaurados por flagrante e portaria, além do número de indiciados por tráfico e uso de drogas entre os anos de 1980 até 1990.

Vale frisar que a Polícia Federal mantém um dos poucos, senão o único, sistema de coleta de dados do Brasil, fornecendo mapas mensais e anuais às demais instituições, sem falhas nos últimos 10 anos pelo menos.

### Metodologia

Os mapas estatísticos da Polícia Federal contêm a quantidade das diversas drogas apreendidas, número de pessoas indiciadas em inquéritos (flagrante ou portaria) para traficantes e "viciados" (terminologia utilizada por aquele órgão de repressão), nas diferentes unidades da Federação. Além dos mapas mensais, são também fornecidos mapas anuais que fazem a totalização de cada ano.

As apreensões e inquéritos constantes nos mapas obedecem aos artigos da lei nº 6.368/76. Existem duas formas básicas para iniciar um inquérito policial de crime de "ação penal pública". A primeira, é pelo auto de prisão em flagrante delito, quando uma ou mais pessoas são detidas pelas autoridades policiais portando ou traficando entorpecentes; a segunda, é através de portaria, mediante delação de qualquer pessoa do povo ou por requisição do juiz criminal ou do Ministério Público, ou ainda, do ofendido ou de seu representante legal (Rocha<sup>(7)</sup>).

A lei federal nº 6.368/76 separa claramente as figuras do usuário (art. 16) e do traficante (art. 12). Para classificar uma pessoa no artigo 12 ou 16 "a autoridade atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação criminosa, às circunstâncias de prisão, bem como à conduta e aos antecedentes do agente" (art. 37).

Cabe ainda definir alguns termos técnicos, entre eles indiciamento e inquérito.

O indiciamento de uma pessoa suspeita de tráfico ou por ser usuária é feito no inquérito policial. Este é o conjunto de atos investigatórios, para colher provas contra o indiciado. Abre-se inquérito através de flagrante (a pessoa é surpreendida usando ou traficando drogas) ou de portaria (quando qualquer pessoa do povo delatar à autoridade alguém suspeito de tráfico ou consumo de drogas). Concluído o inquérito, ele pode ser arquivado ou servir de base para a denúncia do Promotor de Justiça, que, se aceita pelo Juiz, inicia a ação penal contra o acusado. Forma-se o processo crime, em juízo. O acusado passa a denominar-se réu.

O inquérito policial é peça informativa de grande valor. Mas não de valor absoluto. Pode, até, ser invalidada na esfera judicial. Cumpre dizer que não é indispensável para a propositura de ação penal (Oliveira<sup>(6)</sup>).

Finalmente ressalte-se que cabe a órgãos especializados do Ministério da Saúde – DPROD Divisão de Produtos (ex-DIMED) – a classificação de substâncias como entorpecentes ou capazes de determinar a dependência física e/ou psíquica.

### Resultados

A tabela 1 mostra as quantidades de maconha e cocaína apreendidas entre os anos de 1980 e 1990. Pode-se notar que ocorreu um crescimento nas apreensões de maconha até o ano de 1987 e uma queda progressiva desde então. Porém, a partir desse ano a Polícia Federal mudou a notação das apreensões dessa droga. Até 1986, os pés de maconha confiscados por esse órgão eram anotados como 400 gramas de maconha in natura, por ser esta a quantidade média do produto, contida em cada pé da planta. A partir de 1987, a Polícia Federal aperfeiçoou seus dados e passou a contabilizar, separadamente, os pés da planta e os quilos apreendidos (Carlini-Cotrim<sup>(2)</sup>).

Tabela 1 – Quantidades de maconha e cocaína apreendidas no Brasil entre os anos de 1980 – 1990 (Fonte: Polícia Federal).

Ano	Maconha		Cocaína
	Kg	Pés	Kg
1980	88.503	0	92
1981	232.588	0	98
1982	361.494	0	313
1983	1.037.097	0	599
1984	2.650.776	0	551
1985	364.321	0	566
1986	12.180.000	0	790
1987	21.597	114.768.000	963
1988	36.030	31.197.000	1.840
1989	11.535	5.233.000	1.278
1990	9.561	6.821.000	2.634
Total	17.790.502	158.019.000	9.724

A figura 1 mostra a quantidade de maconha apreendida desde 1980, baseando-se na antiga metodologia de notação da Polícia Federal. (Nº de pés de maconha x 400 gramas + kg apreendidas = total). Pode-se observar crescimento progressivo até 1987 (pico de 45.928.797 kg), havendo, então, queda acentuada no ano seguinte (2.737.961 kg), mantendo-se essa tendência. Os estados que mais contribuíram para esses valores altos de apreensões foram Bahia e Pernambuco (62 milhões e 45 milhões de pés de maconha respectivamente, no ano de 87). Outros estados onde

houve grandes apreensões foram: Piauí: 592.885 kg em 1983; Alagoas: 278.338 kg e Ceará: 62.331 em 1986.

Concomitantemente ao observado com a maconha, acontece fenômeno diferente, quando a cocaína é analisada (Tabela 1): crescimento acentuado, quase triplicando os quilos de apreensões, quando comparado o ano de 1987 ao ano de 1990. A figura 2 mostra a escalada das apreensões de cocaína em quilos desde 1980. Os estados que apresentaram maiores apreensões dessa droga foram: Mato Grosso do Sul: 324 kg em 1988; Amazonas: 598 kg e Rio de Janeiro: 324 kg em 1989; São Paulo: 795 kg e Pará: 1.039 kg em 1990.

A tabela 2 apresenta as quantidades das outras substâncias apreendidas no período 80-90.

Vale ressaltar que algumas das matérias-primas no processamento da cocaína e na produção do lança-perfume apresentaram um perfil interessante em termos de surgimento no "mercado". O éter aparece a partir de 1985 em

valores altos (80.185 litros apreendidos), comparativamente ao ano de 1990 (2.444 litros). Da mesma forma a acetona aparece nos mapas estatísticos a partir de 1985 (102.506 litros apreendidos), caindo para 2.858 litros em 1990.

Os dados referentes a outras drogas (especialmente o lança-perfume, LSD-pontos) segue a tendência observada para a maconha, ou seja, uma "explosão" nas apreensões nos anos de 1986-87, e depois queda acentuada.

A tabela 2 apresenta, ainda, que no ano de 1987 não houve apreensões de "Psicotrópicos Diversos" (a Polícia Federal não separa as substâncias aqui consideradas como psicotrópicos). As demais substâncias apreendidas (dados não constantes nas tabelas) aparecem esporadicamente, não se podendo delinear um perfil. Entre elas cita-se a heroína (5.113 g), ópio (1.076 g), mariri (623 g), e hexana (10.200 g) que só aparecem no ano de 1985.

A tabela 3 mostra os totais para cada ano de inquéritos (flagrante e portaria) e os números de indiciamentos de

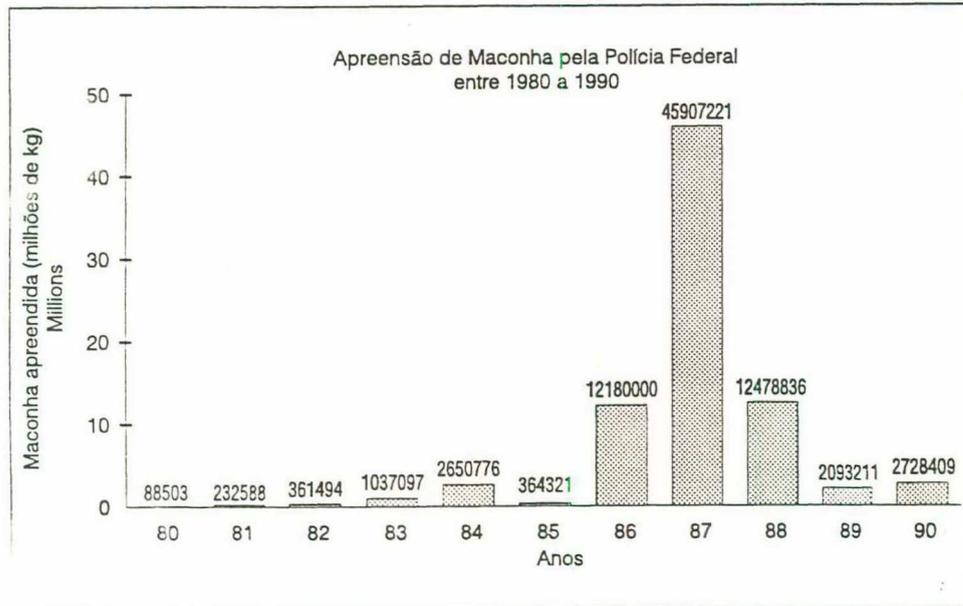


Fig. 1 - Quantidade de maconha (em kg) apreendida pela Polícia Federal entre os anos de 1980 - 1990.

\*Os anos de 1987 a 1990 têm o valor calculado pela antiga metodologia da Polícia Federal (Nº de pés de maconha x 400 g + kg apreendida).

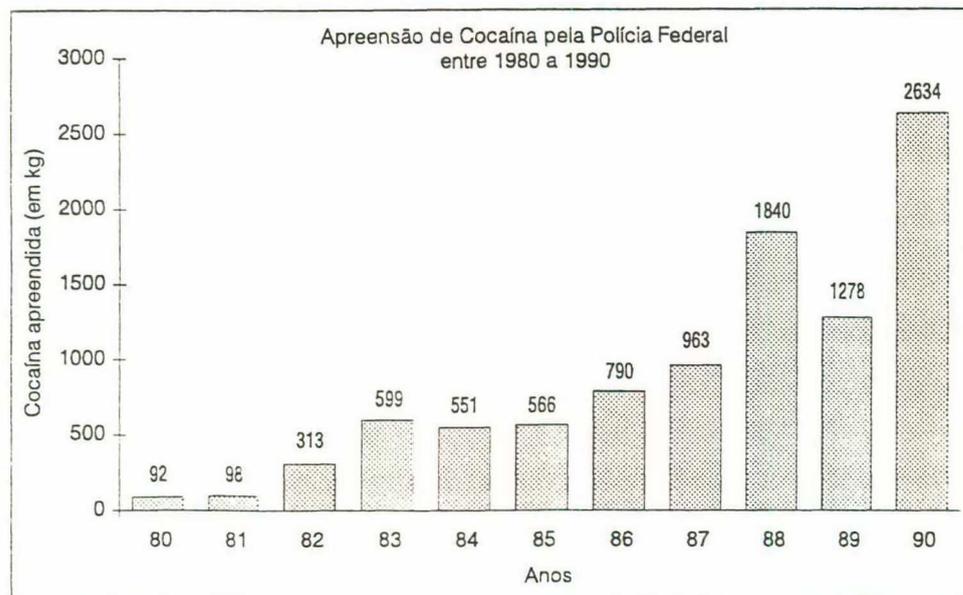


Fig. 2 - Quantidade de cocaína apreendida entre os anos de 1980 - 1990.

Fonte: Polícia Federal.

Tabela 2 – Quantidades de outras drogas apreendidas no Brasil entre os anos de 1980 – 1990 (Fonte: Polícia Federal).

Ano	Éter L	Acetona L	LSD Pontos	Lança-perfume Frascos	Psicotrópicos diversos Unidades
1980	0	0	57	0	15.438
1981	0	0	61	0	20.739
1982	0	0	136	0	13.481
1983	0	0	282	1.570	11.181
1984	0	0	36	14.236	11.904
1985	80.185	102.506	23	7.316	565.752
1986	37.311	140.783	613	17.563	77.164
1987	34.631	31.175	3.773	52.561	0
1988	3.070	5.920	1.520	2.906	166.851
1989	11.847	144.135	1	1.620	6.778
1990	2.444	2.858	18	3.765	122.887
Total	169.488	427.377	6.520	99.967	1.012.175

Tabela 3 – Número de inquéritos policiais por flagrante e portaria e número de indiciamentos de traficantes e usuários no período de 1980 – 1990 (Fonte: Polícia Federal).

Ano	Indiciamentos		Inquéritos	
	Traficantes	"Viciados"	Flagrante	Portaria
1980	1.573	925	1.504	291
1981	1.883	1.158	1.784	395
1982	1.996	1.361	1.843	415
1983	2.431	1.807	2.410	701
1984	2.495	1.477	2.330	610
1985	2.196	1.122	1.932	515
1986	2.468	1.072	2.028	601
1987	2.958	1.009	2.183	603
1988	2.783	928	2.158	519
1989	2.308	673	1.651	377
1990	2.191	650	1.519	430
Total	25.282	12.182	21.342	5.457

traficantes e usuários. Os dados permanecem razoavelmente uniformes apresentando picos esporádicos. Observa-se que em 1987 houve quase o dobro de indiciamentos quando se compara ao ano de 1980. Em relação ao número de usuários indiciados, apresentou um pico acentuado no ano de 1983 (1.807 pessoas), havendo queda constante até o ano de 1990 (650 pessoas).

O número de inquéritos policiais iniciados por flagrante mostrou picos entre os anos de (1983–84 e 1987–88), com tendência a queda a partir de 1989.

Finalmente em relação ao número de inquéritos policiais instaurados por portaria, houve aumento acentuado em 1983 (701 pessoas), havendo queda discreta após isso.

### Discussão

Inicialmente, o fato que se salienta é o crescimento das apreensões de cocaína sem ser mencionada a forma de crack. As primeiras apreensões dessa forma de cocaína só aparecem em novembro de 1991. Ao mesmo tempo que cresce a cocaína no "mercado", diminuem apreensões de maconha. Este fenômeno acontece a partir de 1987.

Algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar estas observações. O Brasil seria agora a rota internacional de cocaína e as chances para sua apreensão ficaram maiores (Tuma<sup>(9)</sup>); alternativamente, houve aumento do consumo interno, devido ao "modismo" atual seguindo a tendência de outros países; ou ainda, os órgãos de repressão "elegeram" a cocaína como a "droga perigosa", ou a droga em voga privilegiando a sua apreensão. Outras hipóteses podem ser levantadas, certamente nenhuma definitiva, podendo inclusive interagirem entre si.

Apesar das apreensões de cocaína terem um crescimento progressivo, o éter e a acetona necessários para o seu preparo não seguem a mesma tendência. Isto poderia indicar que a cocaína já chega ao Brasil pronta para o consumo ou exportação; alternativamente, poder-se-ia pensar também que a polícia não está sendo eficiente em "estourar" os laboratórios de refino de cocaína.

Entretanto, no ano de 1987 não houve nenhuma apreensão de "Psicotrópicos Diversos" e no ano seguinte acontece o dobro de apreensões, quando se compara ao ano de 1986. É curioso, ainda, o modo que a Polícia Federal se refere a esta classe tão importante de substâncias de uso médico corrente, entre elas pode-se lembrar do Artane® – a "aranha" para os usuários – o Akineton®, Benzodiazepínicos, Barbitúricos, etc.

Em síntese, como pôde ser visto as cifras de apreensões são enormes (por exemplo 45.928.797 kg de maconha em 1987 ou 2.634 kg de cocaína em 1990 ou, ainda, 52.561 frascos de lança-perfume em 1987).

E o que se pode dizer a respeito dos inquéritos e indiciamentos?

O maior número de traficantes indiciados aconteceu em 1984 com 2.495 pessoas. A cada ano o número de indiciados fica ao redor dessa cifra e comparando-se a outros países estes números são irrisórios. Somente no estado da Califórnia no ano de 1986, 50.043 pessoas foram detidas, exclusivamente por causa da maconha, (Aldrick e Mikuriya<sup>(1)</sup>). No Brasil incluindo-se indistintamente a droga traficada, o número de traficantes indiciados equivale a apenas 5% daquele total, e isto em um único estado dos EUA! Nesse mesmo país só no ano de 1988 houve 1.155.200 detenções por violação da legislação antidrogas (posse, venda e fabricação). Estes dados não incluem detenções federais, apenas as feitas pelas polícias municipal e estadual, Escritório de Estatísticas Judiciais (1991). Seriam então os traficantes do Brasil poucos mas muito ambiciosos, monopolizando o "mercado das drogas" nas mãos de alguns, ou na realidade não estamos, ainda, nem vendo a ponta do "iceberg"?

Da mesma forma o número de usuários indiciados é pequeno (pico em 83 com 1.807 pessoas) quando se leva em conta a quantidade de tanta droga apreendida. – Quem usa tanta droga? (certamente a quantidade de droga "comercializada" é muito maior que aquela apreendida). – Seria o Brasil um "corredor de exportação" ou o "iceberg" é maior do que se possa imaginar?

Quanto ao número de inquéritos instaurados, verifica-se uma proporção de 3 a 4 vezes maior para aqueles iniciados por flagrante, quando comparados aos abertos por portaria. Embora o número de inquéritos não seja elevado para as duas categorias, o levantamento de algumas hipóteses para explicar essa enorme desproporção, em alguns anos chegando a 5 vezes mais inquéritos por flagrante que portaria, são válidas. Estes dados podem revelar informações importantes do comportamento social e policial frente às drogas, ou seja, pode-se especular que o aumento de inquéritos iniciados por portaria implicaria em uma maior preocupação social no que se refere ao

combate às drogas. Por outro lado, os inquéritos instaurados por flagrante podem denotar uma ação policial mais intensa.

Partindo-se desse raciocínio ao analisar os dados estatísticos (Tabela 3) percebe-se maior atuação policial no Brasil, quando comparada à atuação social na repressão às drogas.

Apesar da contribuição que o estudo desses mapas estatísticos traz, lamenta-se a ausência das características demográficas das pessoas indiciadas em inquérito, fato este que forneceria um perfil dos usuários e traficantes em nosso país.

O panorama geral aqui apresentado teve a intenção de ampliar as discussões sobre um dos meios de prevenção valorizado por alguns autores. Embora os dados apresentados sejam conhecidos pelos órgãos de repressão ao uso e tráfico de drogas, não é do conhecimento do público em geral. Sendo a questão de drogas delicada e multidimensional, certamente a análise destes aspectos da repressão podem trazer colaborações significativas e profissionais de outras áreas, interessados no estudo das drogas ilegais.

### Summary

#### *Repression to illicit drugs in Brazil: the point of "iceberg"*

*The authors analysed the data of illicit drug seizures by the Federal Police during the years 1980–1990 all over Brazil. It was verified that while marijuana seized is decreasing since 1987, the amounts of cocaine apprehended are rising considerably. Although the quantity of drugs apprehended by the Federal Police was enormous, the number of persons officially inquired and indicted by the justice was small when compared to figures from other countries.*

Uniterms: drugs; prevention; federal police

### Agradecimentos

A José Fernandes Galduróz pelo assessoramento técnico-jurídico, a Beatriz Carlini-Cotrim pelas importantes sugestões na elaboração deste manuscrito e aos técnicos em computação Antonio da Silva Monnis e Luis Carlos Moura.

Em especial à Polícia Federal pelo fornecimento regular dos mapas estatísticos.

### Referências

1. ALDRICK MR, MIKURIYA T – Savings in California marihuana, an enforcement costs attributable to the Moscone act of 1976 – a summary. *Journal of Psychoactive Drugs*, 20(1):75-81, 1988.
2. CARLINI-COTRIM BHRS, SILVA-FILHO AR, BARBOSA MTS, CARLINI EA – Consumo de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 1987. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1989.
3. ESCRITÓRIO DE ESTATÍSTICAS JUDICIAIS – Em: Folheto Instantâneo da Droga, publicação distribuída pela Embaixada Norte-Americana no Brasil, 1991.
4. MASUR J – O que é Alcoolismo. Editora Brasiliense S/A, S. Paulo, 1988.
5. MELO ALN – Psiquiatria. Editora Civilização Brasileira, 2ª edição, Rio de Janeiro, 1976.
6. OLIVEIRA J – Código de Processo Penal. Editora Saraiva, 5ª edição, São Paulo, 1990.
7. ROCHA LC – Tóxicos. Editora Saraiva, São Paulo, 1985.
8. THE ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS – Drugs Scenes. A Report on Drugs and Drug Dependence. Gaskell, London, 1987.
9. TUMA R – Uma Visão Internacional do Problema das Drogas (Trabalho Apresentado no Seminário Promovido pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Problemas Sociais, São Paulo, 1987).

# Alcoolismo e fobia social: suas possíveis relações com a depressão

Evandro Gomes de Matos<sup>1</sup>, Airle Miranda de Souza<sup>2</sup>, Evandro Gomes de Matos Júnior<sup>3</sup>

## Resumo

A associação entre Alcoolismo e Fobia Social foi estudada entre 21 pacientes alcoólatras, atendidos num Hospital-Dia Psiquiátrico da cidade de Campinas, SP.

Destes, 3 (14,3%) foram diagnosticados como fóbicos sociais e 7 (33,3%) apresentaram uma condição "borderline" para Fobia Social.

Unitermos: fobia social; alcoolismo; depressão

A associação entre alcoolismo e transtornos psiquiátricos, especialmente a depressão, tem sido descrita com freqüência na literatura especializada<sup>(3,6,9,12,18,19,22,23,28,29,31,34)</sup>. Embora haja dificuldade de se estabelecer onexo causal, isto é, o que é causa e o que é consequência, é fato conhecido e apontado repetidas vezes, por diversos autores, que os indivíduos que compõem o maior contingente de suicidas estão entre os portadores de ambos os distúrbios<sup>(2)</sup>. Assim, Menger conceituou o alcoolismo como sendo uma forma crônica e lenta de suicídio<sup>(14,15)</sup>.

Nas últimas décadas inúmeros trabalhos foram publicados buscando correlacionar a depressão e o alcoolismo<sup>(14,15)</sup>. Freed<sup>(12)</sup> encontrou mais casos de depressão entre 325 alcoólatras internados, do que entre igual número de pacientes com outros distúrbios, que serviram de controle, enquanto Shaw e cols.<sup>(31)</sup> encontraram 98% através das escalas de Zung, Beck e M.M.P.I. Pottenger e cols.<sup>(29)</sup> explicaram a maior freqüência de sintomas depressivos entre alcoólatras, por causa de seu isolamento social e familiar. Gomes de Matos<sup>(14,15)</sup> (1983), em nosso meio, encontrou mais depressão, através das escalas de Hamilton e Beck, entre pacientes alcoólatras no início de suas internações psiquiátricas, do que no final. Este achado está de bom acordo com os descritos por Freed<sup>(12)</sup> em seus estudos.

Pesquisas familiares também apontam a alta prevalência de alcoolismo, entre parentes de pacientes depressivos, como bem descreveram Behar & Winokur<sup>(4)</sup>, Butterworth<sup>(6)</sup>, Crane<sup>(9)</sup>, Goodwin e cols.<sup>(18)</sup>, Hore<sup>(19)</sup>, Pihl & Yankofsky<sup>(28)</sup>, em estudos separados.

Holloway (1969), por sua vez, encontrou depressão em pacientes alcoólatras quando intoxicados<sup>(14,15)</sup>. Behar & Winokur<sup>(3)</sup> confirmaram o achado ao evidenciar, em experimentos bem conduzidos, o relato da sensação de alegria, bem-estar e loquacidade, após a ingestão de bebidas

<sup>1</sup>Professor-Assistente Doutor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

<sup>2</sup>Mestranda de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

<sup>3</sup>Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

alcoólicas, entre não alcoólatras e, ao contrário, sensação de irritabilidade, ansiedade e depressão, entre alcoólatras.

Os achados desses estudos, e tantos outros realizados nestas décadas, evidenciaram, por um lado, a freqüente associação alcoolismo-depressão, mas por outro, pouco contribuíram para a elucidação das relações de causa e efeito. Tanto que Behar & Winokur<sup>(3)</sup> propuseram quatro possibilidades para explicar esta associação: 1. sintomas depressivos produzidos pelos efeitos tóxicos do álcool em usuários crônicos; 2. sintomas depressivos durante o quadro de abstinência alcoólica; 3. sintomas depressivos secundários ao alcoolismo e 4. alcoolismo secundário à depressão.

Enquanto isto, pouca atenção se dava para a possível associação entre alcoolismo e ansiedade. É bem verdade que Westphal<sup>(16)</sup> descreveu, em 1871, a Agorafobia em três pacientes que não conseguiam sair à rua sós, mas que podiam fazê-lo quando embriagados e Freud<sup>(13)</sup> (1895), quase ao mesmo tempo, descrevia a Neurose de Angústia como sendo uma entidade nosológica destacada da Neurastenia e a agorafobia como sendo uma possível complicação dela. Entretanto, até a década de 80, a Psiquiatria pouco se ocupou do assunto. As atenções estavam voltadas, desde as primeiras décadas do século, principalmente para os quadros psicóticos onde a Depressão era classificada dentro da Psicose Maníaco-Depressiva (PMD) ao lado da Esquizofrenia, dos quadros orgânicos cerebrais, etc.

Em 1980, com a publicação do DSM-III, os distúrbios de ansiedade passaram a ser melhor diagnosticados e estudados. A Neurose de Angústia foi subdividida em Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de Pânico. Este último, por sua vez, foi distinguido magistralmente da Fobia Social, através dos trabalhos pioneiros de Marks & Gelder<sup>(25)</sup>, que utilizaram-se de estudos parentais e descrição de sintomas clínicos para fazê-lo.

Pesquisas com pacientes com pânico e/ou fobia social vieram demonstrar a alta prevalência do alcoolismo entre eles. Por outro lado Coryell e cols.<sup>(8)</sup> e Allgulander & Lavory<sup>(1)</sup> descreveram os alarmantes índices de suicídio - 20% - entre pacientes com pânico (acima da porcentagem esperada entre depressivos que é de 15%<sup>(2)</sup>). Por isto, tornou-se imperativo estudar um novo elo de ligação entre depressão e alcoolismo.

O objetivo deste trabalho foi o de estudar a associação entre Fobia Social e o Alcoolismo, bem como discutir as suas possíveis relações com a Depressão.

## Pacientes e métodos

Foram selecionados aleatoriamente 21 pacientes adultos, de ambos os sexos, que freqüentavam o grupo de Alcoólicos Anônimos de um Hospital-Dia da cidade de Campinas, SP, que atende pacientes psiquiátricos da cidade e região. Dezenove (90,5%) eram do sexo masculino e 2 (9,5%) do sexo feminino. A idade variou entre 30 e 50 anos, o nível de escolaridade era baixo e todos tinham o diagnóstico de Síndrome de Dependência ao Álcool, segundo a CID-9, registrados nos seus respectivos prontuários médicos.

O diagnóstico de Alcoolismo foi confirmado pela aplicação do Questionário CAGE<sup>(K)</sup> e pela anamnese. Poste-

riormente os pacientes foram classificados conforme o tipo de alcoolismo pela Classificação de Jellinek<sup>(60)</sup>. Todos foram submetidos a uma entrevista semi-estruturada com questões relativas ao comportamento de evitação fóbica, medo, e suas manifestações fisiológicas.

Finalmente, foram utilizados a Escala Resumida de Fobia Social de Davidson (BSPS)<sup>(10)</sup>, traduzida e adaptada para o nosso meio pelos presentes autores, e os critérios do DSM-IV<sup>(24)</sup> para confirmar o diagnóstico de Fobia Social.

## Resultados

Dos 21 pacientes alcoólatras investigados, todos classificados como sendo do tipo Gama, pela Classificação de Jellinek, 3 (14,3%) foram diagnosticados como fóbicos sociais, sendo 2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino.

Sete pacientes (33,3%), todos do sexo masculino, apresentaram uma condição "borderline" para Fobia Social (comportamento parcial de evitação, acompanhados de alguns sintomas: rubor facial, tremores, palpitações e sudorese, que causavam desconforto mas não chegavam a impedir totalmente o desempenho social do paciente). A idade média destes pacientes foi de 44 anos.

## Discussão

Nosso estudo revelou uma prevalência de Fobia Social em alcoólatras abaixo das taxas encontradas em alguns trabalhos anteriores<sup>(5,11,27)</sup>.

É possível que tal variação resulte da utilização de diferentes critérios diagnósticos. Ao utilizarmos a Escala Resumida de Fobia Social, observamos uma certa resistência por parte dos pacientes em relatar as questões relativas ao medo, enquanto descreviam com maior facilidade os comportamentos de evitação e sintomas físicos.

Na verdade, a expectativa de se encontrar alcoólatras entre fóbicos sociais é de 5% a 36%, segundo Thyer, citado por Figueira e cols.<sup>(11)</sup>.

Estudos recentes, como o de Mullaney & Trippet<sup>(26)</sup>, descrevem 17% de agorafobia e 24% de fobia social entre alcoólatras internados, contra 8,5% e 7,8%, nos de Stravynski e cols.<sup>(32)</sup>. Smail, citado por Figueira e cols.<sup>(11)</sup>, por sua vez, encontrou 39% de fóbicos sociais entre alcoolistas.

Em contrapartida Bibb & Chambless<sup>(4)</sup>, estudando agorafóbicos, encontraram 10% de alcoólatras entre eles e Reich & Chaundry<sup>(30)</sup> diagnosticaram alcoolismo em 28% de pacientes com pânico. No nosso meio Lotufo Neto & Andrade<sup>(27)</sup> encontraram 31,4% de agorafóbicos e 28,5% de fóbicos sociais entre alcoólatras ambulatoriais.

Em nosso estudo, além de diagnosticarmos três pacientes com Fobia Social, encontramos também sete com sintomas de ansiedade social, numa condição "borderline", perfazendo assim 10 pacientes, ou 50% de nossa amostra. Este número é superior ao encontrado por Mullaney & Trippet<sup>(26)</sup>, que foi de 33%.

Por outro lado Pollard e cols., citados por Figueira e cols.<sup>(11)</sup>, chamaram a atenção para o fato de não terem podido distinguir, em seu estudo, a relação cronológica entre o abuso do álcool e ataques de pânico. Da mesma forma nós não podemos afirmar o que ocorreu primeiro entre os nossos pacientes, se a Fobia Social ou o Alcoolismo, já que não utilizamos nenhum instrumento adequado

para entender a sucessão dos eventos, mas apenas os dados da anamnese obtidos com os pacientes.

Entretanto, sempre é bom lembrar, a Fobia Social comumente se inicia na adolescência, quando os sintomas se tornam claros pelo aumento das exigências sociais, embora se admita um começo mais precoce, na infância, e que não é devidamente reconhecida na ocasião. A modificação introduzida no DSM-IV<sup>(24)</sup>, incorporando o Transtorno de Ansiedade Excessiva da Infância e o Transtorno Evitante da Infância sob as rubricas de Transtorno de Ansiedade Generalizada e Fobia Social, respectivamente, poderá elucidar a questão no futuro. Por seu turno, o alcoolismo se instala com maior frequência no adulto jovem e mais raramente na adolescência e infância.

Por outro lado, sabe-se que a ansiedade pode levar à depressão. Klein<sup>(21)</sup> propôs o modelo, segundo o qual a depressão secundária ao pânico surge da desmoralização que se abate sobre estes pacientes, por causa dos sentimentos de desespero e impotência frente aos ataques de pânico recorrentes, que não podem ser evitados, além da queda social representada pela diminuição de produtividade no trabalho, o desemprego, as separações conjugais, a desagregação familiar, tão comuns entre eles.

Em trabalho recente examinamos a possibilidade dos sintomas depressivos estarem ligados à ansiedade antecipatória, que acompanha grande parcela dos indivíduos com pânico<sup>(17)</sup>. Como se sabe, esta forma de ansiedade é também encontrada na Fobia Social e o mesmo "caminho depressivo" parece ocorrer nestes pacientes (dados de pesquisa ainda não publicados pelos presentes autores).

A hipótese que defendemos, portanto, é a de que a ansiedade produzindo depressão secundária e sendo por ela muitas vezes mascarada, deixa de ser levada em conta na gênese do alcoolismo. É tentador imaginar que muitos pacientes depressivos, diagnosticados corretamente como tal, deixaram entretanto de serem reconhecidos como sendo portadores de algum transtorno de ansiedade que o antecedeu, Pânico ou Fobia Social, por exemplo.

Além disto, a associação entre Transtorno de Pânico e Fobia Social (co-morbidade freqüente) eleva a chance do desenvolvimento de sintomas depressivos para 94%, como bem demonstraram Uhde e cols.<sup>(33)</sup>, contra 50% e 14% respectivamente (médias de diversos estudos).

O modelo que propomos para explicar o trajeto desses acontecimentos e que, provavelmente, está presente em

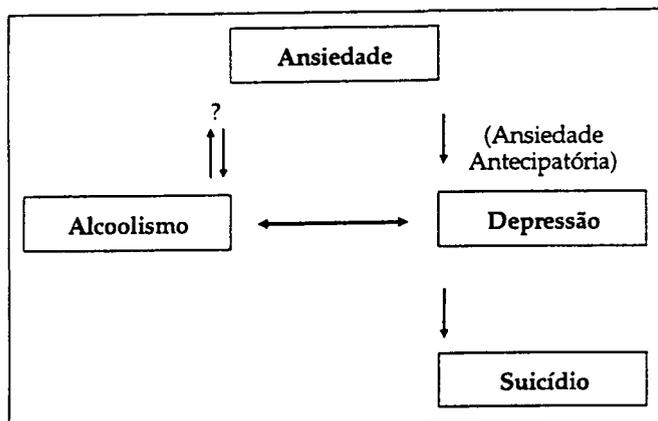


Fig. 1

grande parcela dos alcoólatras é o que representamos abaixo (Figura 1).

Por esta razão julgamos importante a investigação sistemática em pacientes portadores de alcoolismo, bem como daqueles que apresentam também sintomas depressivos. A possibilidade de haver um transtorno de ansiedade subjacente precisa ser levada em conta. O diagnóstico correto pode modificar completamente a maneira de se visualizar esses pacientes, além da possibilidade de se tomar uma decisão mais adequada em relação aos procedimentos terapêuticos e, quiçá, modificar o prognóstico.

## Summary

### *Alcoholism and social phobia: their possible liaisons with the depression*

*The association between Alcohol Dependence and Social Phobia was studied in 21 alcohol abusers patients, attended in a Psychiatrist Day-Hospital in Campinas, SP.*

*From these, 3 (14,3%) have social phobia and 7 (33,3%) showed up a borderline condition for Social Phobia.*

Unitems: social phobia; alcoholism; depression

## Referências

1. ALLGULANDER C, LAVORI P - Excess mortality among 3302 patients with pure anxiety neurosis. *Arch Gen Psychiatry*, 48:599-602, 1991.
2. ALMEIDA OP, DACTRU L, LARANJEIRA R - Manual de Psiquiatria. Editora Guanabara Koogan, pp. 221-227, 1995.
3. BEHAR D, WINOKUR G - A Two-Way Street under Construction. *Psychiatric Factors in Drug Abuse. Research in Alcoholism and Depression*. Ed. R. N. Pickins L. L. Heston, Ed. Grune & Stratton, N. York, 125-152, 1979.
4. BIBB JL, CHAMBLESS DL - Alcohol use and abuse among diagnosed agoraphobics. *Behav Res Ther*, 24:49-58, 1986.
5. BOWEN - Alcoholism: anxiety disorders and agoraphobia. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 8(1):48-50, 1984.
6. BUTTERWORTH AT - Depression associated with alcohol withdrawal. *Quart J Stud Alc*, 32:343-348, 1971.
7. CAPRIGLIONE MJ - O Questionário "CAGE" para Detecção da Síndrome de Dependência do Alcool: Um Estudo com Pacientes Internados e com uma Amostra Populacional na Cidade de São Paulo. Tese de Doutorado Apresentada à Escola Paulista de Medicina, 1984.
8. CORYELL W, NOYES R, CLANCY J - Excess mortality in panic disorder: a comparison with primary unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry*, 39:701-703, 1982.
9. CRANE DL - Manic depressive disease and alcoholism. Ed. Frank A. Seixas. *Currents in Alcoholism*, 2:53-68, 1975.
10. DAVIDSON JRT, POTTS NLS, RICHICHI EA, FORD SM, KRISHAN KRR, SMITH R, WILSON W - The Brief Social Phobia Scale. *J Clin Psychiatry*, 52(suppl. 11):48-58, 1991.
11. FIGUEIRA I, NARDI AE, MARQUES C, MENDLOWICZ M, VENTURA P, SABOYA E, PINTO S, VERSIANI M - Abuso de álcool e fobia social - Revisão da literatura e relato de seis casos de comorbidade. *J bras Psiq*, 42(2):63-68, 1993.
12. FREED EX - Alcohol and mood: an updated review. *Int Jour Addict*, 13:173-200, 1978.
13. FREUD S - Sobre os Critérios para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Particular Intitulada Neurose de Angústia. Vol. III, Obras Psicológicas Completas, 2ª ed., Imago Editora, Rio de Janeiro, 1995.
14. GOMES ME - Características Biopsicossociais de Pacientes Alcoólatras Internados. Tese de Mestrado Apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1983.
15. GOMES ME, KARNIOL IG - Algumas características sociais e sintomatológicas de pacientes alcoólatras internados. *Rev Assoc Bras Psiq*, SP, 6(20):12-22, 1984.
16. GOMES ME - Contribuição ao Estudo do Distúrbio de Pânico e Prolapso de Valva Mitrál. Tese de Doutorado Apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1992.
17. GOMES ME - Ansiedade antecipatória, distúrbio de pânico e depressão secundária. *J bras Psiq*, 43:75-78, 1994.
18. GOODWIN DW, SCHULSINGER F, KNOP J, MEDNICK S, GUSE SB - Alcoholism and depression in adopted-out daughters of alcoholics. *Arch Gen Psychiatry*, 34:751-754, 1977.
19. HORE BD - The relationships between alcoholism and affective disorders. *Currents in alcoholism*. Ed. Frank A. Seixas, 2:3-7, 1975.
20. JELLINEK EM - Las Fases de la Alcoholomania. La Etiología y el Tratamiento del Alcoholismo. Seminario Regional Sudamericano, 89-106, 1953.
21. KLEIN DF - Anxiety Reconceptualized in Anxiety. *New Research and Changing Concepts*. Raven Press, New York, 1981.
22. KLERMAN GL - Dealing with alcohol and drug abuse and mental illness. *Publ Health Reports*, 93:622-624, 1978.
23. KOLODNER G - Alcoholism and affective

disorders. currents in alcoholism. Ed. Frank A. Seixas, 2:45-51, 1975. • 24. MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS - 4ª Ed., Artes Médicas, Porto Alegre, 1995. • 25. MARKS IM, GELDER MG - Different ages of onset in varieties of phobias. *Am J Psychiatry*, 123:218-221, 1966. • 26. MULLANEY JA, TRIPPET CJ - Alcohol dependence and phobias, clinical description and relevance. *Br J Psychiatry*, 135:565-573, 1979. • 27. NETO FL, ANDRADE AG - Agorafobia e fobia social em alcoolistas. *J bras Psiq*, 35(2):111-116, 1986. • 28. PIHL RO, YANKOFSKY L - Alcohol consumption in male social drinkers as a function of situationally induced depressive affect and anxiety. *Psychopharmacology*, 65:251-257, 1979. • 29. POTTENGER M, McKERNON J, PATRIC LE, WEISSMAN MM, RUBEN HL, NEWBERRY P - The frequency and persistence of depressive symptoms in the alcohol abuser. *J Nerv Ment Dis*, 166:562-569, 1978. • 30. REICH J, CHAUNDRY D - Personality of panic disorder alcohol abusers. *J Nerv Ment Dis*, 175:224-228, 1989. • 31. SHAW JA, DONLEY P, MORGAN DW, ROBINSON JA - Treatment of depression in alcoholics. *Am J Psychiatry*, 132:641-643, 1975. • 32. STRAVYNSKI A, DWYER BA - Clinical phobias and avoidant personality among alcoholics admitted to an alcoholism rehabilitation. *Setting Can J Psych*,

31:714-719, 1986. • 33. UHDE TW, TANCER ME, BLACK B, BROWN TM - Phenomenology and neurobiology of social phobia: comparison with panic disorders. *J Clin Psychiatry*, 52:31-40, 1991. • 34. WOOLF DS - Depressants: alcohol substances of abuse. *Br J Addict*, 2:17-37, 1982.

---

ecn

# Padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes residentes na cidade de Porto Alegre\*

Flavio Pechansky<sup>1</sup>

## Resumo

Através de um estudo transversal foi pesquisada uma amostra domiciliar de 950 adolescentes residentes na zona urbana de Porto Alegre, com idade variando entre 10 e 18 anos. Os jovens responderam a uma entrevista semi-estruturada sobre experimentação, uso habitual e uso problemático das bebidas alcoólicas mais comuns. Os dados foram analisados controlando-se para sexo, idade e inserção sócio-econômica. Este artigo descreve o método empregado para a realização do estudo e enfoca os achados referentes a experimentação e desenvolvimento do consumo considerado habitual. Os achados indicam ser freqüente (71%) a experimentação das bebidas alcoólicas mais comuns na faixa etária estudada, chegando a quase 100% na idade de 18 anos, com experimentação freqüente das três classes principais de bebida alcoólica. Há mudanças na forma, local de consumo e volume de etanol ingerido de acordo com a idade, com os meninos começando a beber fora de casa e com amigos mais precocemente, enquanto as meninas são mais conservadoras, mantendo o hábito de consumo familiar e doméstico por mais tempo. Ao longo dos anos, há um aumento do volume médio de etanol consumido, que é sempre maior para os meninos do que para as meninas em qualquer faixa etária. Com o aumento da idade há também uma definição por bebidas de menor teor alcoólico, em conjunto com uma aparente preocupação com o consumo, refletida por uma maior necessidade de pedir permissão para beber e solicitação para não consumir bebidas alcoólicas.

**Unitermos:** adolescência; abuso de álcool; epidemiologia

\*Este artigo é parte da dissertação de Mestrado intitulada "O uso de bebidas alcoólicas em adolescentes residentes na cidade de Porto Alegre: características de consumo e problemas associados", apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica - UFRGS em 1993.

<sup>1</sup>Psiquiatra, Mestre em Medicina pela UFRGS; Professor Colaborador do Depto. de Psiquiatria - UFRGS

O consumo de bebidas alcoólicas no Brasil já vem sendo estudado por um grupo de pesquisadores preocupados em estabelecer os reais parâmetros necessários para a prevenção e abordagem dos problemas resultantes do consumo desta substância (Capriglione, Monteiro e Masur<sup>(6)</sup>; Carlini e cols.<sup>(7)</sup>; Jorge e Masur<sup>(19,20)</sup>; Kerr-Correa e cols.<sup>(21)</sup>; Luz Jr.<sup>(23)</sup>; Masur e cols.<sup>(27)</sup>; Masur e Jorge<sup>(26)</sup>; Pechansky e cols.<sup>(31)</sup>), sendo esta uma necessidade evidente e uma reivindicação antiga, tanto por parte da sociedade como daqueles que têm a obrigação de fornecer informação a este respeito, quer por sua posição política, econômica ou científica (Carlini<sup>(8)</sup>). Entretanto, devido ao alto custo e à falta de disponibilidade de muitos centros em arcar com tarefa de tal magnitude, houve até hoje apenas um estudo nacional a respeito das características de consumo de bebidas alcoólicas e prevalência de uso, abuso e dependência de álcool, bem como de outras substâncias, realizado em escolas em dois momentos consecutivos (Carlini e cols.<sup>(9,10)</sup>), e baseado em metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde (Smart e cols.<sup>(37)</sup>). Devido à escassez deste tipo de estudo no país, existe uma necessidade ainda não atendida de investigar o consumo de bebidas alcoólicas e seus problemas associados em grupos típicos, tais como crianças e adolescentes, escolas e hospitais. Sem a compreensão destas nuances o desenvolvimento de programas terapêuticos e preventivos não individualizados para cada subgrupo tende a produzir resultados mínimos, associados a custos exageradamente elevados.

A maior parte dos estudos realizados até o momento, principalmente os que coletaram dados em populações adultas, lida com informações retrospectivas no que compete ao início do consumo de bebidas alcoólicas e problemas a estas relacionados. Isto propicia um viés bastante importante, pois é pouco provável que um adulto seja capaz de responder precisamente sobre a ocasião de início de consumo de álcool ocorrido há muitos anos, princi-

palmente sobre o tipo de bebida consumida, local e efeitos, a não ser que este consumo tenha sido marcante, como o primeiro "porre"<sup>1</sup>, por exemplo. Tal fato, claramente uma situação de abuso, nem sempre acontece com primeira experiência, já que o uso de bebidas alcoólicas de forma moderada é socialmente aceito e até encorajado na nossa sociedade (Masur<sup>(24)</sup>; Masur, Capriglione e Monteiro<sup>(25)</sup>). Na verdade, em muitas culturas um porre é tolerado, desde que se configure como uma situação de exceção ao consumo normal. De qualquer forma, o dado retrospectivo sobre a situação de início do consumo é importante (Eysenck e Eysenck<sup>(15)</sup>), sendo talvez mais fácil de coletar quando a distância entre as situações iniciais de consumo e a coleta sejam razoavelmente pequenas, como por exemplo em amostras de adolescentes. Blackburn e Zeiner<sup>(4)</sup> acrescentam que "o início precoce do alcoolismo está associado a uma evolução clínica mais severa, uma maior propensão a abuso primário de álcool e personalidade anti-social", o que justificaria uma investigação adequada e rigorosa das situações iniciais de consumo de bebidas alcoólicas.

A Organização Mundial da Saúde preconiza a utilização de estudos epidemiológicos sobre experimentação e prevalência de consumo (Smart e cols.<sup>(37)</sup>). Entretanto, estes estudos são limitados: eles descrevem a experimentação e frequência de uso de bebidas alcoólicas em escolares, e não na população em geral. O que estes levantamentos foram capazes de demonstrar com segurança é a proporção de experimentação de substâncias (dentre elas o álcool) na vida, no último ano e no último mês, de alunos regularmente matriculados em escolas públicas e privadas de algumas capitais brasileiras. Esta realidade é bastante diferente da realidade da população de qualquer cidade do país: há, além de uma proporção significativa de jovens que nunca tiveram acesso à escola, uma fração bastante elevada de indivíduos que, não conseguindo acompanhar o andamento das atividades escolares por muitos motivos, abandonam os estudos nas mais diferentes idades (Carlini-Cotrim e Rosemberg<sup>(12)</sup>; Brandão e cols.<sup>(5)</sup>). Mesmo sendo de acesso mais rápido e mais passível de ser submetida a programas preventivos, a população escolar de um aglomerado urbano é diferente da população de crianças e adolescentes desta cidade como um todo. É possível que este fato possa trazer implicações epidemiológicas importantes, no sentido de excluir dos programas preventivos uma fração de indivíduos que deveria obrigatoriamente ser considerada: a dos que nunca entraram, e a dos que já saíram da escola.

Outra lacuna na literatura brasileira revisada é a falta de estudos epidemiológicos na faixa entre 10 e 18 anos que considerassem o consumo normal e o desviante dentro de um processo sócio-individual. Faltam também estudos que permitam conhecer com mais detalhe a forma como se dá a experimentação de bebidas alcoólicas e como ela se desenvolve nos seus aspectos normais, quais as preferências de bebida dos adolescentes no que compete ao seu teor alcoólico, suas escolhas pelo consumo em família

ou no grupo de iguais, ou seu nível de consumo relacionado a problemas, fatores que sem dúvida auxiliariam na compreensão da magnitude desta questão. É neste contexto que esta pesquisa se insere: como tentativa de desenvolver uma metodologia sensível a estas dimensões, buscando privilegiar o continuum no sentido de estudar as variações porventura existentes no consumo de álcool normal/desviante/ patológico de adolescentes na faixa etária entre 10 e 18 anos residentes na zona urbana da cidade de Porto Alegre. Por questões de espaço, os resultados, análise e discussão referentes a uso problemático e sua relação com inserção sócio-econômica e desempenho escolar são abordados em outro artigo<sup>2</sup>.

## Método

### População-alvo, delineamento e instrumento

A população-alvo do presente estudo são adolescentes com idade compreendida entre 10 e 18 anos completos, residentes na zona urbana de Porto Alegre. Foram entrevistados indivíduos na faixa etária compreendida entre 10 anos até 18 anos, 11 meses e 29 dias, tendo sido incluídos filhos, enteados ou parentes que habitassem no domicílio, contribuindo para a renda familiar ou usufruindo desta. Foram excluídos empregados ou funcionários de qualquer tipo, mesmo que habitassem aquele domicílio. Foram considerados domicílios as casas, apartamentos e estabelecimentos não domiciliares que constituíssem local de moradia. Um estabelecimento comercial que possuísse moradores fixos (como um armazém no qual residissem pessoas, por exemplo) era considerado domicílio.

Por se tratar de um estudo em que os objetivos eram detectar prevalências em amostras representativas da população, optou-se por utilizar o delineamento típico de um estudo transversal (Fletcher e cols.<sup>(16)</sup>; Newman<sup>(28)</sup>). Foi desenvolvido e testado um questionário composto por 71 questões, em sua maioria fechadas e codificadas, cuja aplicação foi proposta como uma entrevista individual semi-estruturada (Pechansky<sup>(30)</sup>; Pechansky e Durgante<sup>(32)</sup>). O entrevistador deveria formular todas as questões em ordem, inclusive seções sobre uso de refrigerantes e sucos que, apesar de não terem utilidade para a pesquisa, tinham a finalidade de dispersar as perguntas sobre bebidas alcoólicas em uma entrevista maior sobre hábitos alimentares e consumo de líquidos em geral. Foram realizados três estudos-piloto com as versões iniciais do instrumento, sendo utilizada a quarta versão para a coleta definitiva dos dados<sup>3</sup>. O questionário contava também com seis cartelas com fotos de refrigerantes e bebidas alcoólicas comuns em doses típicas. Estas fotografias tinham a finalidade de auxiliar visualmente a quantificação de consumo dos entrevistados. Quando necessário, as bebidas alcoólicas menos comuns foram classificadas de forma a se enquadrarem em alguma das três categorias principais.

<sup>1</sup>"Porre" é um termo em parte popular, em parte técnico, e de difícil consenso entre os pesquisadores. Neste estudo, será entendido como o beber até ficar intoxicado, com qualquer quantidade de etanol, em qualquer circunstância.

<sup>2</sup>Pechansky, F. & Barros, F. (1994) Problems related to alcohol consumption by adolescents living in the city of Porto Alegre, Brasil - *Journal of Drug Issues* - no prelo.

<sup>3</sup>Cópias do instrumento estão à disposição mediante solicitação para o autor.

Após ter respondido sobre seu uso de refrigerantes, o entrevistado era solicitado a responder às perguntas sobre bebidas alcoólicas. Era questionado sobre experimentação e tipos de bebida preferidos e consumidos, e lhe era solicitado que descrevesse seu consumo normal de bebida tida como preferida e seu consumo considerado por critérios próprios como excessivo. As cartelas tinham a finalidade de auxiliar o entrevistado a encontrar um padrão que expressasse o mais corretamente seu consumo nestas situações. Quando tal não acontecia, o entrevistador, por aproximação, e conferindo as informações com o entrevistado, assinalava o padrão que lhe parecia mais adequado ao consumo relatado. Quando os consumos foram pequenos porém confirmados, optou-se por utilizar as menores medidas existentes no questionário. Os entrevistadores foram orientados a anotar por extenso qualquer consumo de bebida que não conseguissem padronizar, para posterior revisão.

### **Amostragem e ponderação da amostra**

Informações obtidas com o IBGE, com base em projeções do Censo de 1980 (os dados mais recentes disponíveis à época), davam conta de que cerca de 20% da população de Porto Alegre encontrava-se na faixa etária estudada, e que o tamanho médio de uma família residente em área urbana do Rio Grande do Sul era de 3,7 pessoas por domicílio. Com estas informações calculou-se o número de domicílios que deveriam ser pesquisados para localizar aproximadamente 500 pessoas de 10-18 anos (Barros e Victora<sup>(2)</sup>), chegando-se ao número proposto de 700 domicílios para entrevista.

Foram sorteados 100 setores censitários dos 1.873 existentes em Porto Alegre, cada um deles com 300 a 350 domicílios. Estes 100 setores cobriam 65% dos bairros da cidade. Cada setor poderia contribuir com até 7 domicílios nos quais todos os adolescentes ali residentes seriam entrevistados, de acordo com as diferentes densidades populacionais dos setores sorteados. Houve, entretanto, um contratempo importante, pois a equipe de campo, inadvertidamente, passou a incluir em cada setor todos os domicílios, até que fossem obtidas 7 residências onde habitassem pessoas na faixa etária de interesse do estudo. Este engano só foi detectado tardiamente pela coordenação do projeto quando não era mais possível reiniciar o trabalho de campo, devido a restrições financeiras. Este processo de homogeneização artificial da densidade populacional dos setores censitários introduziu um viés evidente, qual seja o de super-representar na amostra os setores censitários onde residiam menos adolescentes. De fato, uma vez que todos os setores passaram a colaborar com número igual de domicílios, foram super-representadas na amostra as áreas com menor número de pessoas. A forma encontrada para corrigir este viés da amostragem foi através da ponderação da participação dos setores, realizada pela análise do número de domicílios que necessitaram ser visitados para que se encontrasse sete onde residissem adolescentes de 10-18 anos. Tendo em vista que a curva de distribuição do número de domicílios visitados não era normal, ponderou-se a amostra através da mediana do número de domicílios visitados, que foi 28. Assim, dividiu-se a mediana pelo número de domicílios visitados,

e este fator de ponderação foi multiplicado pelo número de entrevistas realizadas naquele setor. Portanto, em um setor x onde foi necessário visitar-se 18 domicílios para entrevistar 7 adolescentes, estas 7 entrevistas foram multiplicadas por  $28/18=1,55$ . Assim, as sete entrevistas do setor x, após a ponderação da amostra, equivaleram a 10,8 entrevistas na análise. Por outro lado, em setores onde muitos domicílios tiveram que ser visitados para localizar sete domicílios com adolescentes, e que portanto correspondiam a áreas de menor concentração de pessoas nesta faixa de idade, a ponderação reduziu sua participação na análise. Assim, no setor y onde foram visitados 102 domicílios para que se entrevistasse 9 adolescentes (que residiam em 7 domicílios), a ponderação realizada levou ao seguinte resultado:  $9 \text{ entrevistas} \times 28/102=2,47$  entrevistas ponderadas.

### **Sorteio do ponto inicial de coleta, busca do domicílio e seqüência de trabalho**

Foram selecionados 20 dos 40 indivíduos que se candidataram como entrevistadores. Eles eram na sua maioria estudantes universitários, matriculados em cursos da área de ciências humanas e do comportamento. Em nenhum momento de sua seleção ou treinamento eles foram informados sobre o motivo específico da coleta de dados sobre consumo de álcool, tendo sido orientados a coletar dados sobre consumo de refrigerantes, bebidas alcoólicas e sucos durante todo o projeto.

Foram feitas adaptações ao método clássico de coleta epidemiológica em centros urbanos, sendo o mais relevante a opção por um diagrama dos domicílios nas favelas, utilizando os acidentes geográficos naturais como "ruas" ou pontos de referência. Após, procedia-se como se o setor fosse dividido em quadras.

Ao bater na porta da primeira casa de cada setor, o entrevistador identificava-se mediante crachá e carta de apresentação da universidade, explicando que fazia uma coleta de dados sobre consumo de bebidas em geral na cidade de Porto Alegre. Após, perguntava se havia no domicílio adolescentes na faixa entre 10 e 18 anos. Em caso afirmativo, todos os adolescentes do domicílio eram entrevistados individualmente, preferencialmente em um ambiente isolado da residência (o que nem sempre foi possível, visto que algumas residências possuíam apenas uma peça), com o consentimento de um adulto ou responsável para a realização da pesquisa. Foram feitas até três tentativas de retorno aos domicílios quando o adolescente não se encontrava presente.

### **Controle de qualidade e análise dos dados**

Três revisores procederam à revisão individual de todos os questionários entregues, buscando incongruências. Caso a informação não pudesse ser corrigida, era solicitado ao entrevistador que retornasse ao domicílio. Os casos considerados "estranhos" ou muito discrepantes à revisão eram revisados com o entrevistador, mesmo que fossem lógicos ou congruentes. Se se confirmasse a discrepância, o caso era novamente coletado. Além disso, estes casos foram encaminhados para revisita do controle de qualidade independentemente de sorteio. Setenta questionários foram sorteados para revisita por um entrevistador trei-

nado especificamente para este fim, cego para as primeiras coletas. Os casos discrepantes foram excluídos, e as causas das discrepâncias foram avaliadas. Foi criada uma base de dados em Epi-Info 5.1, obedecendo a equações lógicas para inserção de dados, em que as opções de resposta estavam limitadas. Combinações incongruentes entre questões (por exemplo, dizer que bebia duas a quatro vezes por semana e afirmar nunca ter experimentado álcool) eram marcadas pelo digitador para posterior revisão. Os casos que apresentassem algum tipo de erro ou incongruência eram, independentemente dos níveis anteriores, revisados pelo autor.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se a estatística descritiva das frequências simples de cada variável estudada, bem como suas porcentagens. Quando necessário, os dados foram agrupados em faixas ou categorias para facilitar a análise. O teste estatístico utilizado foi o qui-quadrado com um alfa de 5%. O controle das variáveis foi realizado através de regressão logística.

## Resultados

Dos 4.301 domicílios percorridos, 59% não tinham qualquer adolescente na faixa etária do estudo e 25% foram considerados como abandonados, ou sem resposta, após três tentativas independentes. O restante de 687 domicílios foi considerado passível de coleta de dados. A maioria (60,6%) das entrevistas foi realizada mediante um contato com o entrevistado.

Como já foi mencionado na metodologia deste estudo, os dados foram ponderados, sendo então os resultados descritos a partir de agora como referindo-se a um N ponderado de 950 entrevistados. Quando necessário, é utilizado um N específico referente aos entrevistados para os quais determinada resposta é apropriada.

## Características demográficas

A variação na proporção com que cada faixa etária contribuiu para o total das entrevistas (10-12 anos, 39%;

13-15, 33%; 16-18, 26%) parece ser porque os adolescentes mais velhos teriam mais chances de estar fora dos domicílios do que os mais moços (seja por estudo ou trabalho) quando da ocasião da coleta. Este viés somente poderia ser solucionado com um maior número de insistências para obtenção de entrevistas em cada domicílio, o que por si só também causaria um outro tipo de viés, qual seja, o de super-representar esta parte da amostra.

A amostra foi bastante homogênea no que compete ao gênero dos entrevistados, sendo composta por 471 (49,6%) meninos e 479 (50,4%) meninas, sem diferenças significativas nas diversas faixas etárias.

A renda total da família do domicílio do entrevistado (obtida através da soma das rendas do pai, da mãe e de outros familiares, estando aí incluído o próprio adolescente) pôde ser utilizada em apenas 76% dos casos, devido à dificuldade de resposta pelos entrevistados. Destes domicílios, onde se pôde obter informações precisas, a média de renda foi correspondente a 2,1 salários mínimos, variando entre 0,5 e 16.

As mães apresentaram em geral menor nível de escolaridade do que os pais nos domicílios entrevistados. Noventa por cento dos entrevistados referiram já ter frequentado algum tipo de escola alguma vez na vida, principalmente em escolas públicas (65,4% do total). As análises realizadas indicaram que o número de jovens que nunca havia estudado era diferente e socialmente mais inferiorizado do que os demais. Entretanto, devido ao pequeníssimo número de casos, fez-se impossível sua análise estratificada para fins deste estudo.

## Experimentação de bebidas alcoólicas

Do total de entrevistados, 679 (71,5%) responderam já ter experimentado bebidas que contêm álcool. Este achado foi significativamente diferente para as três faixas de idade (10 a 12 anos: 54,4%; 13 a 15 anos: 79,0%; 16 a 18 anos: 94,4%;  $\chi^2=116,82$ ,  $gl=2$ ,  $p < 0,001$ ). A experimentação geral em todas as idades foi significativamente diferente para

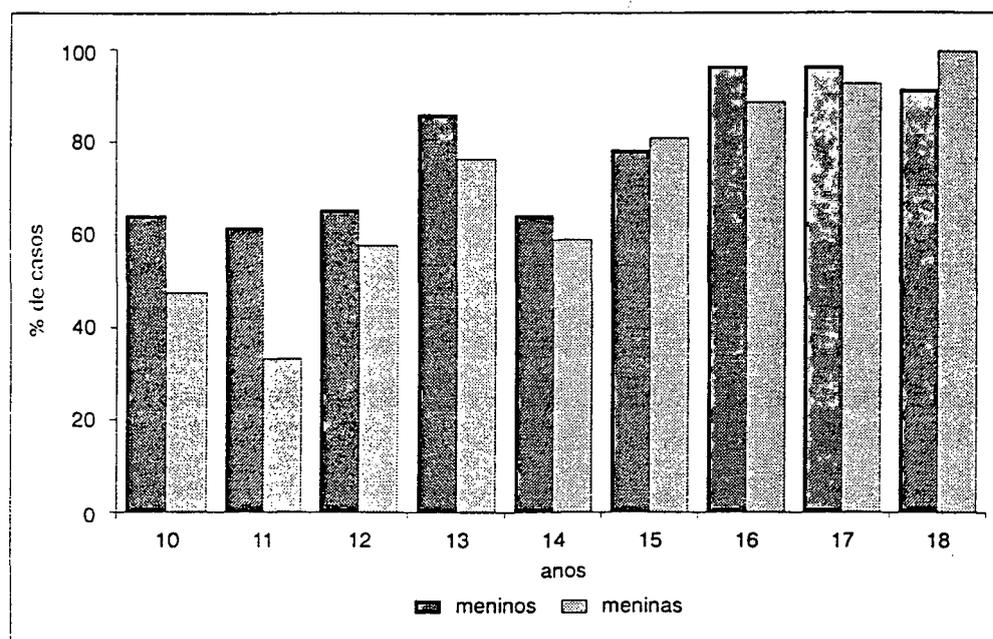


Fig. 1 - Distribuição da experimentação de bebidas alcoólicas nos dois sexos de acordo com a idade.

os dois gêneros (Meninos: 75,9%; Meninas: 67,4%;  $\chi^2=8.402$ ;  $gl=1$ ;  $p < 0,01$ ).

Há nas faixas etárias mais precoces uma predominância de experimentação por parte dos meninos, diferença que tende a diminuir por volta dos 13 – 14 anos. A partir dos 13 anos há uma experimentação praticamente similar entre os dois gêneros, que pode ser observada a partir da figura 1.

Quando os adolescentes foram solicitados a responder qual ou quais das classes de bebida já haviam experimentado, eles informaram ser mais comum a experimentação de *todas* as bebidas (57%) ao invés de *algumas* (cerveja/vinho: 21%, cerveja/destilado: 3%). A experiência com apenas um tipo de bebida foi inversamente proporcional ao teor alcoólico: cerveja apenas – 12%; vinho apenas – 5,6%; destilado apenas – 0,1%.

Quando perguntados sobre qual tipo de bebida haviam experimentado primeiro, os jovens informaram ser a cerveja a bebida primeiramente consumida (54%), seguida do vinho (20%) e dos destilados (9%). Dezesseis por cento dos adolescentes que já haviam experimentado álcool não sabiam (ou não quiseram responder) qual bebida haviam experimentado primeiro. Não foram encontradas diferenças significativas entre as bebidas que foram experimentadas em primeiro lugar e o gênero dos entrevistados, sugerindo que meninos e meninas parecem não ter escolhas diferentes quanto ao teor ou característica de bebida alcoólica que procuram experimentar primeiro. Este achado vai de encontro à impressão leiga comum de que as meninas tenderiam a consumir bebidas mais fracas do que os meninos; no que compete à *experimentação*, tal fato não ocorreu.

### Início do consumo

A média de idade do consumo inicial de bebida alcoólica foi de 10,1 anos. A idade em que os entrevistados haviam bebido pela primeira vez se distribuiu de acordo com a figura 2.

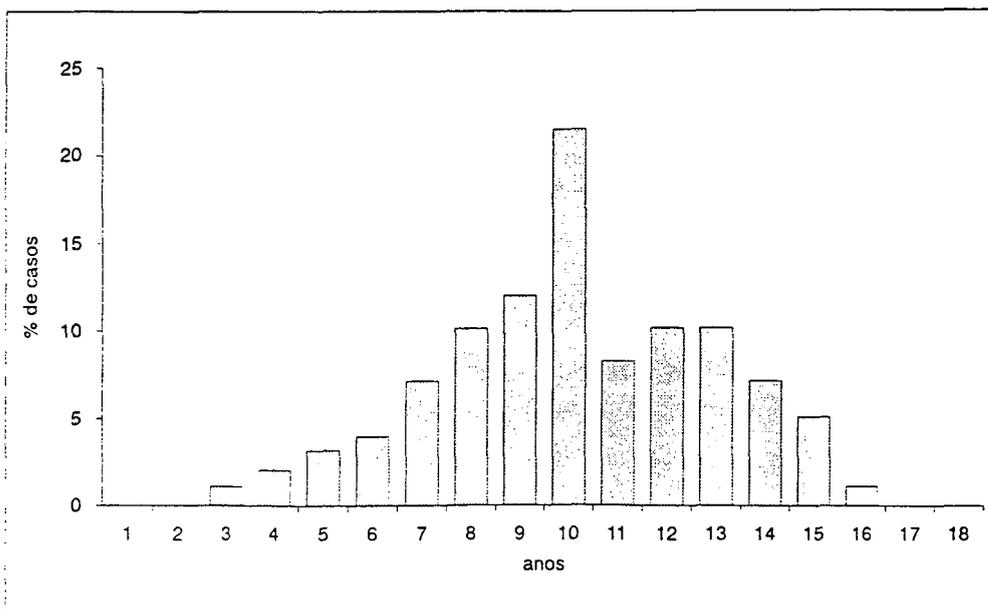


Fig. 2 – Idade do primeiro consumo de bebida alcoólica.

Como se pode perceber, há uma tendência a uma distribuição normal ao redor dos dez anos de idade. As análises não demonstraram diferenças significativas quanto ao gênero no que compete à idade de início de consumo.

Os entrevistados que relataram lembrar da situação de início de consumo (73,5% dos casos) indicaram o tipo de situação em que isto ocorreu. Estas foram agrupadas posteriormente em categorias, sendo as mais frequentes: a) Situações em que o beber era facilitado pelo pai ou pela mãe; b) Festas; c) Situações grupais de estímulo (com a família e no domicílio).

### Acesso a bebidas alcoólicas

Segundo os entrevistados, o acesso às bebidas alcoólicas era permitido em 62% dos domicílios, independente do gênero do respondente. As questões sobre permissão para beber referiam-se a situações em que o entrevistado tivesse solicitado aos pais ou familiares para consumir bebidas alcoólicas, tanto dentro como fora do domicílio, em quaisquer circunstâncias. No que compete à idade, o dado encontrado contraria algumas expectativas: quanto mais velho o adolescente, maior é a necessidade de permissão para consumo de bebidas alcoólicas, conforme demonstra a tabela 1.

Tabela 1 – Necessidade de permissão dos pais para consumir bebidas alcoólicas e sua relação com a faixa etária do entrevistado (em %).

Necessidade de permissão	Faixa etária			total N=633
	10 a 12 anos N=188	13 a 15 anos N=223	16 a 18 anos N=222	
Sim	15,8	42,8	61,8	41,4
Não	84,2	57,2	38,2	58,6
Total	100	100	100	100

$\chi^2=89.192$ ,  $gl=1$ ,  $p < 0,001$

As questões seguintes versavam sobre o adolescente ter sido solicitado a não consumir bebidas alcoólicas: 59% dos entrevistados responderam afirmativamente a esta questão. Os meninos responderam terem sido mais frequentemente (65%) solicitados a não beber do que as meninas (52%) ( $\chi^2=9.668$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,001$ ). Esta informação talvez demonstre que em nossa cultura se esperaria maior proporção de problemas relativos ao álcool em meninos do que em meninas, uma vez que foi mais frequentemente solicitado a eles que não bebessem. Um achado interessante é o de que, apesar das diferenças quanto ao gênero, não houve diferenças significativas no que compete às faixas etárias para solicitação para não beber feita pelos pais.

### Frequência de consumo no mês anterior à coleta

Numa tentativa de estimar o que seria considerado como consumo regular ou habitual neste segmento etário, foi perguntado aos adolescentes como era seu padrão de consumo correspondente ao mês anterior à coleta de dados. A maioria dos entrevistados havia bebido ocasionalmente, e uma fração importante não havia consumido bebidas no mês anterior, conforme ilustra a tabela 2.

Tabela 2 - Consumo referido de bebida alcoólica no mês imediatamente anterior à entrevista.

Frequência	N	%	%válida
Todos/quase todos os dias	28	2,9	4,1
2 a 4 dias por semana	54	5,7	7,9
Menos de 2 dias por semana	302	31,8	44,5
Não bebeu no mês	288	30,3	42,4
Nunca bebeu	271	28,5	-
Total	950	100	100

A figura 3 ilustra a distribuição do consumo no mês anterior no que compete à idade dos entrevistados.

Observou-se que 10% dos adolescentes entre 17 e 18 anos haviam bebido quase todos os dias. No que tange às demais idades, uma pequena parcela da amostra fazia uso frequente (2 a 4 dias) de bebidas alcoólicas, também aumentando nas faixas de mais idade. No geral, o que a figura 3 mostra é que com a idade há um aumento da frequência de consumo principalmente às custas do não beber, bastante presente nos adolescentes mais jovens e praticamente inexistente nos mais velhos. Novamente não existiram diferenças significativas quanto à frequência de consumo no mês anterior e o gênero dos entrevistados.

### Consumo de bebidas alcoólicas referido como "normal"

Do total de 950 entrevistados 384 (40%) haviam feito algum uso de bebida alcoólica no mês imediatamente anterior à entrevista. Sobre este grupo estudou-se as características do que poderia ser chamado consumo "habitual" ou "normal" de bebidas alcoólicas.

Os entrevistados foram solicitados a informar qual era a bebida que preferiam consumir dentre as três classes de bebidas alcoólicas estudadas. A ordem de preferência foi igual à da experimentação: cerveja (64,8%), seguida por vinho (24,2%) e destilado (11%). Novamente, não houve diferenças significativas quanto à preferência de bebidas por gênero, indicando mais uma vez que o gênero não é um bom fator discriminante do consumo de bebidas alcoólicas para as variáveis previamente estudadas.

Houve alguma variação na preferência de bebidas de acordo com a idade dos entrevistados. O que foi percebido é uma constância na proporção de consumo de destilados ao longo dos anos, enquanto que a cerveja vai significativamente tomando o lugar do vinho entre as bebidas preferidas, à medida em que a idade avança, até ser responsável por aproximadamente 75% do total das respostas na faixa etária dos 18 anos.

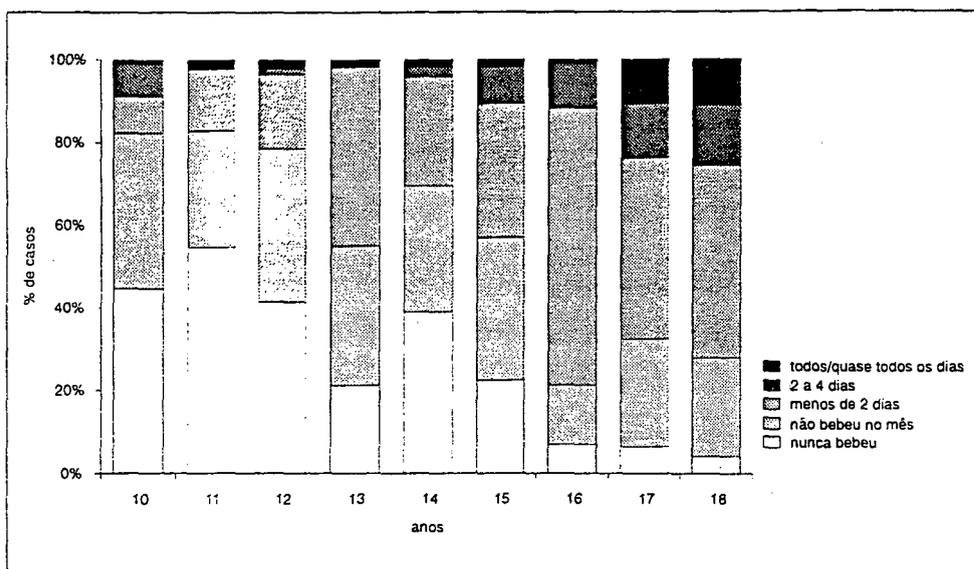


Fig. 3 - Distribuição do consumo no mês imediatamente anterior à entrevista, de acordo com a idade do entrevistado.

### Volume de etanol consumido em situações "normais"

As quantidades de álcool referidas pelos adolescentes foram computadas nas medidas-padrão e após convertidas para mililitros de etanol, para cada classe de bebida. Em uma segunda conversão, os volumes das três classes de bebida foram computados de modo a produzir uma totalização que expressasse consumo habitual e consumo excessivo. Esta totalização foi depois convertida em padrões conhecidos (equivalentes em mililitros a garrafas de cerveja), sendo aqui descritos os achados relativos apenas ao consumo considerado como habitual. A tabela 3 ilustra a distribuição do consumo por gênero e no total.

Tabela 3 – Consumo habitual de bebidas alcoólicas em padrões conhecidos (garrafas de cerveja) e sua relação com o gênero dos entrevistados.

Faixa	Gênero					
	Meninos		Meninas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Até uma garrafa	47	26,7	68	38,2	115	32,5
De uma até quase duas garrafas	59	33,5	58	32,7	117	33,1
Duas ou mais garrafas	69	39,8	52	29,1	121	34,4
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>179</b>	<b>100</b>	<b>353</b>	<b>100</b>

$$\chi^2=6,594, \text{ gl}=2, p=0,03$$

Aqui pode-se perceber que, apesar do gênero não ser um bom discriminante para as variáveis anteriormente estudadas, ele o é para o nível de consumo habitual, onde as meninas tendem a ser significativamente mais come-

tidas (bebem menos) quando comparadas com os meninos.

A figura 4 ilustra a distribuição do consumo em mililitros de etanol para meninos e meninas e sua relação com a idade. Como se pode perceber, há um aumento evidente na proporção de álcool consumido a partir dos 12 anos de idade. Além disso, o consumo referido pelos meninos é sempre menor do que o consumo das meninas.

### Acompanhamento para beber

Observou-se que o consumo em grupo é sempre privilegiado em relação ao consumir sozinho (apenas uma pequena proporção de casos respondeu ser esta a sua primeira opção), e também que a maior parte dos entrevistados tem como preferência o beber em família. A distribuição do beber em companhia de outras pessoas foi significativamente diferente para os dois sexos, como demonstra a tabela 4.

Tabela 4 – Modalidade de acompanhamento para consumir bebidas alcoólicas e sua relação com o gênero do entrevistado.

Com quem bebe	Gênero					
	Meninos		Meninas		total	
	N	%	N	%	N	%
Com a família apenas	65	35,9	73	40,2	138	38,1
Com amigos apenas	46	25,1	44	24,4	90	24,8
Em família ou com amigos	38	21,1	50	27,6	88	24,3
De todas as formas	22	11,9	9	4,7	30	8,3
Sozinho	11	6,0	6	3,1	17	4,6
<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100</b>	<b>181</b>	<b>100</b>	<b>363</b>	<b>100</b>

$$\chi^2=9,33, \text{ gl}=4, p < 0,05$$

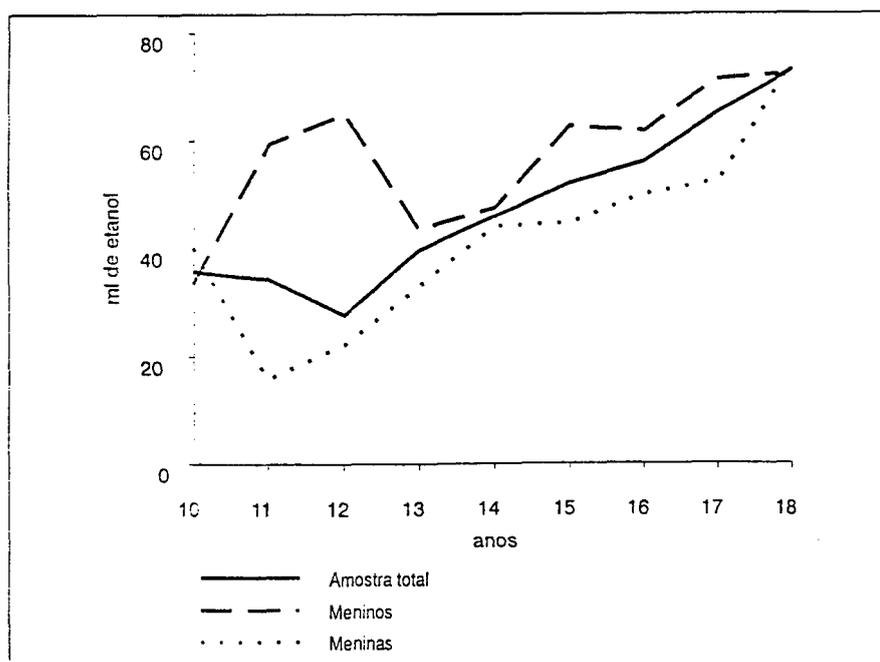


Figura 4 – Distribuição do volume de etanol referido para consumo habitual entre meninos e meninas de acordo com a idade.

**Tabela 5 – Modalidade de acompanhamento para consumir bebidas alcoólicas e sua relação com a faixa etária do entrevistado (em %)**

Com quem bebe	Faixa etária		
	10 a 12 N=61	13 a 15 N=126	16 a 18 N=176
Com a família apenas	92,1	34,7	21,6
Com amigos apenas	0,3	19,8	36,8
Em família ou com amigos	4,7	33,7	24,5
De todas as formas	2,9	5,2	12,4
Sozinho	0,0	6,6	4,7
Total	100	100	100

$\chi^2=111.742$ ,  $gl=8$ ,  $p < 0,001$

As pequenas diferenças que contribuíram para o desequilíbrio entre as respostas referentes ao gênero dos entrevistados parecem ser explicadas pelo maior consumo das meninas na opção de resposta "família/amigos", enquanto que os meninos responderam mais na opção "sozinho".

Os dados referentes à escolha de companhia para beber e sua relação com faixa etária estão na tabela 5.

Percebe-se que aumenta o consumo com amigos enquanto diminui o consumo entre os familiares. O beber sozinho somente se expressa entre os adolescentes das faixas etárias mais velhas.

#### Locais e horários preferenciais de consumo

As respostas sobre consumir bebidas em casa ou não dividiram-se em três grupos bastante homogêneos: 33%

dos entrevistados referiam que bebiam em casa, 32,5% fora de casa e 34,5% disseram que o local de consumo não fazia diferença. Ao comparar as respostas com o gênero dos entrevistados, percebe-se que as meninas tendem a beber mais em casa (39,2%) em oposição aos meninos, que bebem preferencialmente fora (36,1%) ( $\chi^2=6,92$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,04$ ).

Ao comparar-se as respostas sobre local de consumo nas faixas etárias, percebemos uma tendência a beber fora de casa com o aumento da idade, conforme mostra a figura 5.

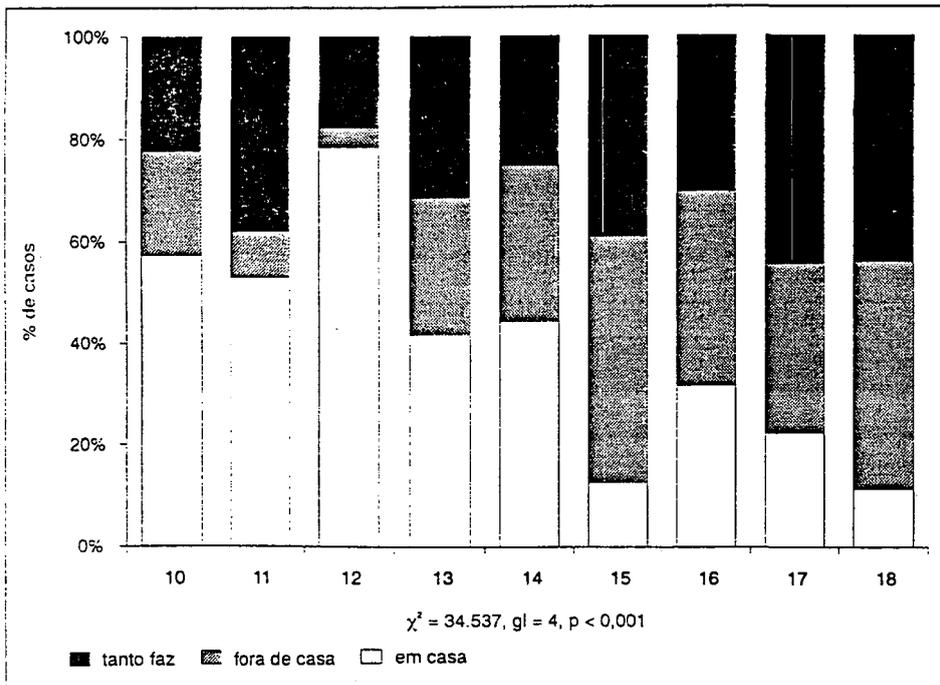
Os horários de consumo foram agrupados em dois grupos representativos. Aproximadamente um quarto da amostra (24,5%) referiu beber preferencialmente em refeições diurnas, contra 75,5% que informaram preferir beber à noite ou de madrugada. Os horários preferenciais de consumo não apresentaram diferenças entre meninos e meninas, porém quando as preferências de horário foram distribuídas conforme a faixa etária, elas demonstraram que à medida em que o adolescente evolui na sua idade, há uma maior preferência pelo consumo noturno (noite ou madrugada) em relação ao consumo diurno.

#### Discussão

##### Experimentação

Os dados deste estudo indicam que 71% dos adolescentes de 10 a 18 anos da cidade de Porto Alegre já experimentaram bebidas alcoólicas por conta própria no mínimo uma vez na vida. Esta informação deve ser comparada com outros estudos para que se possa compreender toda a sua extensão.

Os números referentes aos Levantamentos Nacionais (Carlini e cols.<sup>(9,10)</sup>) são bastante similares aos encontrados neste estudo, variando entre 72,2% até 86,6%. Em pesquisa realizada em 1986, Carlini-Cotrim e colaboradores registraram, através de um instrumento de auto-preenchimen-



**Figura 5 – Local preferencial de consumo de bebidas alcoólicas e sua relação com a idade dos entrevistados.**

to, que 73% dos estudantes de 9 a 18 anos faziam uso de álcool, sendo 54% bebedores experimentais, 14% bebedores moderados regulares e 5% bebedores excessivos, considerando-se doses de etanol em onças por semana. Em zona rural do sul do Brasil, Azevedo e cols.<sup>(1)</sup> encontraram uma prevalência para algum tipo de consumo em 58,5% de crianças de até 15 anos de idade. O dado isolado de zona rural na literatura é menor em proporção aos achados de zona urbana: em nossa amostra, estas proporções de experimentação foram encontradas em adolescentes de 12 anos de idade. Entretanto, os achados da amostra rural foram coletados também em crianças de idades muito precoces (6,4 anos em média). Outra informação que não pode passar despercebida é a de que nosso dado de 71% é referente a toda a amostra, mas as proporções nas faixas de mais idade situam-se acima de 90%. Este achado corrobora as informações colhidas por Carlini e colaboradores nos dois levantamentos nacionais, tanto para Porto Alegre como para as outras capitais estudadas, de que a experimentação é bastante freqüente, quase que a regra em nosso meio.

Quanto ao gênero, nossos achados demonstram que significativamente mais meninos informaram ter experimentado bebidas alcoólicas do que meninas, com diferenças principalmente até os 13 anos de idade. Esta é uma informação nova, uma vez que os achados do II Levantamento Nacional, realizado com amostras escolares, não encontraram diferenças na experimentação entre meninos e meninas em Porto Alegre. Em um estudo realizado em 1975 utilizando questionário próprio, Simões e Simões<sup>(34)</sup> encontraram uma grande diferença no relato de consumo entre estudantes de nível secundário de Ribeirão Preto, São Paulo: 65% dos meninos informaram consumir bebidas alcoólicas de alguma forma, contra 51% das meninas. O estudo não perguntava sobre experimentação, mas sim sobre alguma forma de uso. Portanto, o fato de haverem sido encontradas diferenças quanto ao uso de álcool não significaria que as proporções de primeiro contato com bebidas alcoólicas fossem necessariamente diferentes.

Outros estudos realizados na América Latina e América do Norte apontam para números similares aos encontrados nesta coleta, tanto para gênero como para taxas gerais de experimentação, com amostras de mesma idade ou faixa etária um pouco superior (Caroma e cols.<sup>(13)</sup>; Castro e Maya<sup>(14)</sup>; Sanchez e Zavala<sup>(33)</sup>). Um estudo longitudinal americano realizado com indivíduos de 17 a 25 anos encontrou que 75% dos entrevistados referiam uso de bebidas alcoólicas (Grant e cols.<sup>(18)</sup>). A pesquisa por domicílios realizada nos Estados Unidos pelo National Institute of Drug Abuse (NIDA<sup>(29)</sup>) utilizou entrevistas estruturadas e questionários-padrão e permite algumas comparações com os achados referentes à experimentação de substâncias quanto a gênero e idade. No total, 48% dos adolescentes entre 12 e 17 anos referiam já ter feito uso de bebidas alcoólicas, com a seguinte divisão por faixa etária: 12-13 anos - 25,9%; 14-15 anos - 49%; 16-17 anos - 67,3%; na faixa dos 18 aos 21 anos, a experimentação na vida situou-se em 84,2%. No que compete ao gênero, não houve diferenças entre os meninos e meninas na faixa entre os 12 e 17 anos ou na faixa que compreende os 18 anos, em

que 91,9% dos meninos informaram já ter experimentado bebida alcoólica contra 84,7% das meninas. Em outro estudo, realizado com 27.000 estudantes de Nova York matriculados da 7ª série em diante (Barnes e Welte<sup>(3)</sup>), uma grande maioria (71%) dos estudantes referiu beber de alguma forma, havendo mais homens do que mulheres neste grupo e também na classe dos bebedores pesados. Smart e colaboradores<sup>(36)</sup> encontraram proporções na faixa de 70% em estudos realizados na província de Ontário, no Canadá.

Ao procurarmos analisar os dados referentes ao tipo de bebida que os adolescentes já experimentaram, a primeira impressão que temos é a de que eles já foram expostos às mais diferentes concentrações alcoólicas. A categoria mais presente nas respostas sobre tipo de bebida experimentada foi a opção *todas*, seguida das diversas classes combinadas. Este achado está diretamente relacionado ao planejamento de programas preventivos, pois ao se considerar a evolução do consumo de bebidas por parte dos adolescentes deve-se compreender que, mesmo que hajam eventuais diferenças no que compete às bebidas consumidas em relação à idade, eles ou já saberiam distinguir ou ao menos conhecem, de alguma forma, as bebidas "fortes" e "fracas", com seus respectivos efeitos. De acordo com as informações colhidas, é raro um adolescente já ter experimentado apenas destilados ou apenas vinho, sendo mais freqüente ele ter experimentado as três classes de bebidas. Além disso, os jovens de Porto Alegre parecem fazê-lo em ordem crescente de teor alcoólico. O estudo que anteriormente melhor havia coletado esta informação foi o de Carlini e cols.<sup>(7)</sup>, realizado em escolas de São Paulo. Foi encontrado que cerveja e vinho eram as bebidas mais consumidas, seguidas de destilados e sidra. Entretanto, conforme as categorias de bebedor evoluíam para consumo excessivo, o consumo de destilados aumentava às custas do consumo de cerveja, dado que foi corroborado por nossos achados. Um fato alentador, entretanto, e que pode ser explicado pela questão biológica e também pela cultura de que esta é a bebida do excesso, é o de que os destilados, de altíssimo teor de álcool, foram sempre menos citados do que as bebidas fermentadas sozinhas ou suas combinações. A diferença é que nossos achados são mais generalizáveis para a população do que os obtidos em amostras escolares.

Talvez uma das variáveis mais interessantes deste estudo (e também uma das menos confiáveis do ponto de vista de coleta) seja a de quando o adolescente, por conta própria, referiu ter tido contato inicial com bebidas alcoólicas. Como bebedores habituais precoces têm mais probabilidade de se tornarem bebedores pesados quando adultos (Ghodsian e Power<sup>(17)</sup>), optou-se por coletar este dado e tentar compreender seu significado (mesmo compreendendo o extenso grau de variação possível nas respostas), visto que a indicação não apenas da idade de início, mas também da forma e do resultado das primeiras experiências com o beber (e talvez também com drogas) poderiam auxiliar na tentativa de compreender o desenvolvimento da cultura de consumo de uma substância psicoativa socialmente aceita como o álcool. Além disso, contribuiria para a compreensão de que este processo é um continuum, e não algo que se faz aos solavancos.

Mostrar esta evolução sistemática é um dos objetivos deste estudo.

O início de consumo é precoce em nosso meio: aproximadamente 70% dos adolescentes relataram ter experimentado álcool pela primeira vez entre 6 e 13 anos de idade. Neste período, em que muitas das situações de relacionamento social e interpessoal começam a se definir (Lidz<sup>(22)</sup>), o álcool pode ser tanto um facilitador, um "lubrificante social", como um severo interveniente no desenvolvimento normal destes padrões de relacionamento. Para alguns dos entrevistados o primeiro consumo deve ter sido um evento de alguma relevância, já que 73% disseram recordar quando haviam experimentado, e conseguiram descrever a situação para o entrevistador. Esta lembrança é mais freqüente nos mais velhos, e nossa compreensão é de que a maior lembrança se deva ao fato deles estarem ativamente lidando mais intensamente com bebidas alcoólicas nesta fase da vida.

As situações de consumo inicial descritas pelos jovens podem ajudar a compreender o processo de iniciação deste hábito. Muitos referiram que o primeiro consumo foi de "golos pedidos para o pai ou para a mãe", ou em situações familiares (na sua grande maioria) e festivas. Com relativa freqüência são relatados casos em que o adolescente procurou beber quando os familiares não estavam olhando ou estavam fora de casa, e nesta circunstância a questão quanto ao momento de acesso às bebidas alcoólicas pode ser importante, uma vez que mais de 60% dos entrevistados relatou ter acesso livre às bebidas no domicílio.

Mesmo com acesso fácil ao álcool (ou talvez exatamente por isso), os adolescentes relataram que necessitavam de permissão para beber, o que demonstra preocupação deles e principalmente de seus pais com seu consumo. Esta preocupação dos familiares apareceu mais freqüentemente entre os meninos (65%) do que entre as meninas (50%), e caracteristicamente foi mais representada nos adolescentes mais velhos, talvez pelos motivos descritos no parágrafo anterior. Novamente aqui podem haver características culturalmente relacionadas aos padrões de comportamento em relação a consumir bebidas alcoólicas, sugerindo a necessidade de estudos etnográficos e menos quantitativos para um melhor entendimento desta questão.

### **Consumo habitual**

Conforme os dados demonstrados na tabela 2, o uso habitual de álcool foi relativamente alto: 40% da amostra havia bebido de alguma forma no último mês. O consumo diário ou quase diário foi infreqüente nas faixas de menor idade, sendo mais relevante entre jovens de 17 e 18 anos, conforme a figura 3. O consumo esporádico ou eventual foi bem mais freqüente e também parece aumentar com a idade, chegando a atingir aproximadamente 20% entre 17 e 18 anos. Os achados indicam que esta categoria de consumo se expande ao longo dos anos ocupando o espaço reservado à faixa de não consumo. Porém, o desenho proposto por este estudo não permite detectar se há uma migração de uma forma característica de consumo para outra, ao longo do tempo, apesar de ser esta uma forte hipótese de trabalho. O padrão de freqüência de consumo não sofreu influência significativa do gênero, o que des-

caracterizaria a impressão de que meninos bebessem mais freqüentemente do que meninas, no que compete ao consumo habitual. Estes achados são corroborados pelos de Carlini e cols.<sup>(7)</sup> para a população estudantil de São Paulo.

Os jovens entrevistados referiram consumir em média doses habituais de etanol equivalentes a uma garrafa e meia de cerveja. Este volume foi proporcionalmente crescente em relação à idade dos entrevistados. Quanto ao gênero, mesmo que os meninos bebam tão freqüentemente quanto as meninas, eles consomem quantidades bem maiores de álcool por ocasião, sendo este achado consistente em todas as análises realizadas. A questão das diferenças entre os gêneros, no que compete ao consumo regular de bebidas alcoólicas, volume de etanol ingerido e problemas daí decorrentes, é um tema bastante controverso. Um estudo realizado no Canadá com indivíduos entre 15 e 29 anos (Whitehead e Layne<sup>(38)</sup>) utilizou diferentes quantidades de álcool para definir consumo abusivo nos dois sexos; o ponto de corte que definia beber pesado para as mulheres era 25% menor do que para os homens, de forma a considerar os diferentes pesos corporais e portanto compensar as diferentes concentrações séricas. Quando os dados foram ajustados desta forma, os padrões de consumo excessivo para as mulheres se igualaram aos dos homens. Poucos são os estudos que utilizaram esta técnica de ajuste para comparação, e os achados encontrados sugeririam uma similaridade de padrão entre os gêneros. Seria interessante poder realizar um estudo que se baseasse na mesma seqüência de ajustamento de dados para gênero como o citado anteriormente, em que tais diferenças, se reais ou não, poderiam efetivamente ser comprovadas. Tal análise está prevista para os dados coletados neste estudo.

Bebe-se mais em grupo do que sozinho entre os adolescentes de Porto Alegre. Somente foram relatados casos de consumo solitário de álcool nos adolescentes mais velhos, e mesmo assim em número pequeno (4%). Isto pode identificar um modo de consumo potencialmente desviante, fugindo da característica social e gregária de consumo de bebidas alcoólicas neste extrato da população. Dos grupos, bebe-se mais em família do que com amigos, principalmente nas faixas de idade mais precoces. Este comportamento tende a se inverter ao longo dos anos, fazendo com que o consumo predominantemente "caseiro" ou familiar dê lugar ao consumo com amigos ou sozinho. Acompanham estas mudanças as alterações dos locais e do horário de consumo, com preferência por beber fora de casa e à noite/de madrugada. Isto parece fazer sentido, já que não seria comum no grupo de adolescentes estudado um consumo regular durante o dia (entendendo-se o consumo durante o dia como consumo excessivo, como por exemplo beber em horário de trabalho ou estudo). Os achados parecem traduzir maior independência e mobilidade, possivelmente associando o beber com "estar na rua", fora do ambiente familiar. Deve-se ressaltar que as mudanças descritas quanto ao local de consumo acontecem mais precocemente entre os meninos do que entre as meninas, que parecem conservar por mais tempo o consumo doméstico e familiar de bebidas alcoólicas.

Os tópicos apresentados acima merecem destaque no momento em que se pensa em programas de prevenção ao abuso de álcool para as populações adolescentes do país. É provável que o componente familiar de estímulo ao consumo "normal" e coerção ao consumo excessivo seja mais adequadamente abordável nas faixas etárias mais precoces, enquanto que a questão de consumo em grupo e pressão social para beber, bem como o fato do beber ser mais "exposto" quando fora de casa, devam ser abordados com os adolescentes mais velhos, principalmente os meninos. Também não se pode desconsiderar que há uma proporção razoável de entrevistados que não demonstrou qualquer particularidade quanto ao seu local ou forma preferencial de consumo, e é adequado questionar se este grupo de indivíduos responderia igualmente a tais abordagens preventivas.

### Comentários finais

Este artigo, o primeiro de uma série, teve a finalidade de apresentar uma pesquisa que procurou ser inovadora em diversos aspectos, em especial no fato de trabalhar com toda a população de adolescentes de uma região urbana, e não apenas com uma amostra escolar. Tal procedimento gerou muitos problemas logísticos, que implicaram nas adaptações já mencionadas no método desta pesquisa, além do fato do estudo ter sido custeado pelos recursos próprios deste pesquisador, além do inestimável auxílio de um grande grupo de profissionais. A FAPERGS, apesar de ter revisado e desde o início ter considerado o projeto adequado ao seu mérito técnico, somente informou sobre a viabilidade de fundos para o estudo quando a coleta estava concluída e os primeiros relatórios se encontravam em fase final de redação – o que, segundo os técnicos da referida instituição, qualificava o projeto como passível de ser executado sem recursos externos. Desta forma, não houve reembolso dos gastos decorrentes da coleta, análise e publicação dos resultados. Esta limitação interferiu em alguns aspectos de controle de qualidade da pesquisa, diminuindo o número de tentativas de entrevista por domicílio e interferindo no número total de re-entrevistas propostas para checagem da qualidade dos dados obtidos. Mesmo assim, este estudo pôde demonstrar que, quando solicitados a fazê-lo de forma estruturada e com um sério objetivo científico, os adolescentes da população em geral puderam informar com razoável precisão sobre o seu consumo de bebidas alcoólicas. Portanto o método demonstrou ser, com as naturais adaptações para coletas futuras, razoavelmente viável. As demais análises, referentes a fatores sócio-econômicos, desempenho escolar e problemas relacionados a consumo excessivo, serão objeto de artigos subsequentes.

A contribuição fundamental que esta pesquisa procurou dar aos segmentos da comunidade que têm por obrigação planejar a prevenção do abuso de álcool na população foi a de evidenciar como se dá o início de consumo em indivíduos normais, em seu meio natural. É importante que um planejador de saúde seja cuidadoso, quando propuser um programa educativo, preventivo ou terapêutico, e considere todas as diferenças e nuances apresentadas. Seria insensato neste momento, à luz do atual conhecimento sobre o tema, impor programas fechados

oriundos de outros meios ou até de outros países, ou, mais do que isto, esquecer que o planejamento de saúde é feito a partir das necessidades da população.

Alguns achados desta pesquisa são confirmadores de conhecimento prévio, mas em outros aspectos ela produziu informações novas, como as diferenças e semelhanças existentes entre consumo de meninas e meninos, e a caracterização das mudanças ao longo da faixa etária dos adolescentes. Mais ainda, procurou-se pela primeira vez em um estudo desta magnitude aferir os volumes de consumo deste segmento da população. Os dados deste estudo são, então, generalizáveis a um segmento maior da comunidade, por considerarem a população de adolescentes como um todo, e não apenas os que estão frequentando escolas. Outros, entretanto, são novos e merecem ser amplamente considerados e debatidos, à luz do melhor juízo crítico existente no momento.

### Agradecimentos

O autor agradece ao Prof. Fernando Barros, do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da UFPEL, pelas valiosas contribuições como supervisor do projeto e revisão dos primeiros manuscritos. Agradece também à Terapeuta Ocupacional Lúcia Fasolo de Paris e ao acadêmico Gustavo Oderich pela revisão dos casos e constante auxílio nas diversas fases do projeto, bem como ao arquiteto Rubem Pechansky pela consultoria em software e projeto gráfico da pesquisa.

Este estudo é dedicado aos 3.214 cidadãos de Porto Alegre que atenderam à campanha e encontraram um entrevistador em sua porta, e em especial aos 873 jovens da cidade de Porto Alegre que concordaram em fornecer informações a respeito de sua vida e seus hábitos para pessoas que eles não conheciam, com a finalidade única de contribuir para o desenvolvimento da ciência em nosso meio.

### Summary

#### *Patterns of alcohol consumption by adolescents living in the city of Porto Alegre, Brazil*

A household survey was conducted in a randomly selected sample of 950 adolescents aging from 10 to 18 in the urban area of the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, using a cross-sectional design. Subjects answered a previously tested questionnaire about their experience, frequency and problematic use of the most common alcoholic beverages. Data were broken down for gender, age and socioeconomic strata. This paper describes the method in detail and focuses on the findings related to experimentation and patterns of normal use of alcoholic beverages. Our findings suggest that experimentation of alcohol is frequent (71%) in this sample, reaching almost 100% at the age of 18. There are changes in the form, place and volume of ethanol that is consumed according to age and gender: boys begin to drink out of the home and with peers earlier, while girls are more conservative, keeping the family habit of domestic consumption for a longer period. Throughout the years, there is an increase in the average volume of ethanol consumed, figures being always higher among the boys of any age. With the increase in age there is also a definition towards the preference for drinking beverages with less alcohol content, together with an apparent preoccupation with consumption, which is reflected by a greater need to ask permission to drink and being asked not to drink.

Uniterms: adolescence; alcohol abuse; epidemiology

*Keka*

## A progressão do consumo de drogas entre adolescentes que procuram tratamento\*

Sandra Scivoletto<sup>1</sup>, Sérgio Gonçalves Henriques Jr.<sup>2</sup>, Arthur Guerra de Andrade<sup>3</sup>

### Resumo

Pesquisas mostram que o consumo de drogas e álcool entre adolescentes apresenta uma progressão em estágios, iniciando-se com o consumo de bebidas alcoólicas fermentadas e passando para o consumo de drogas ilícitas como o "crack" nos estágios finais. No Brasil, a droga de "estréia" dos meninos em situação de rua é o solvente, porém não há trabalhos que descrevam a evolução deste consumo entre os jovens que procuram tratamento para abuso ou dependência de álcool e/ou drogas. Este artigo aborda, de forma qualitativa, aspectos sobre o uso de drogas e/ou álcool entre adolescentes em tratamento em um hospital público terciário.

Foram estudados 21 pacientes com idades entre 11 e 17 anos. O início do consumo de drogas ocorreu por volta dos 11 anos com o uso de álcool, caminhando rapidamente para tabaco, maconha, solventes, opióides, cocaína inalada e "crack" por volta dos 14 anos. Os pacientes consumiam, em média, 3 tipos de drogas diferentes: álcool, tabaco e maconha ou cocaína. A curiosidade em relação aos efeitos foi o principal fator alegado como motivador da experimentação de todas estas substâncias. A pressão exercida pelo grupo de amigos foi importante para o início do consumo somente de álcool, maconha e solventes em cerca de 20% dos casos. Para a cocaína inalada, a necessidade de aliviar alguns sintomas depressivos foi o principal fator estimulador do início do consumo. O uso destas substâncias ocorria predominantemente entre os amigos.

O entendimento das várias "pressões" e tendências do uso de álcool e drogas entre os jovens pode ser útil nos esforços para prevenir a evolução do uso experimental ou recreacional, para a situação de dependência, cujas conseqüências são maiores, prevenindo o prognóstico pior. Os resultados encontrados apontam aspectos a serem estudados por trabalhos quantitativos futuros, com maior amostragem. Os sintomas depressivos refe-

*ridos por alguns pacientes apontam para a importância do diagnóstico diferencial entre quadros depressivos e dependências de drogas, principalmente os estimulantes, no tratamento de adolescentes usuários de drogas e/ou álcool.*

**Unitermos:** evolução do consumo; adolescentes; maconha; cocaína; álcool

\*Trabalho realizado no Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) em conjunto com o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP)

<sup>1</sup>Coordenadora Executiva do GREA (Grupo Interdisciplinar de Estudos de Alcoolismo e Farmacodependências do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), pós-graduanda do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, bolsista CAPES

<sup>2</sup>Médico residente de 2º ano de Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP)

<sup>3</sup>Coordenador Geral do GREA

O consumo de álcool e drogas (A/D) entre adolescentes é um dos principais problemas que a sociedade atualmente enfrenta. Muitos estudos descrevem os efeitos orgânicos e também a incidência do consumo de A/D entre os adolescentes, porém pesquisas sobre a progressão deste consumo ainda são necessárias. Como o A/D têm importante impacto na vida dos adolescentes e afetam o seu desempenho na futura vida adulta, o entendimento das várias "pressões" e tendências a uso de álcool e drogas entre os jovens poderia ser útil nos esforços para prevenir a evolução do uso experimental ou recreacional, para a situação de dependência, cujas conseqüências são maiores, prevenindo o prognóstico pior.

- As substâncias psicoativas afetam diretamente a cognição, capacidade de julgamento, humor e as relações interpessoais<sup>(1)</sup>. O prejuízo na capacidade de processar novas informações, juntamente com as alterações na capacidade de concentração e retenção causadas pelo uso dessas substâncias podem prejudicar o desempenho escolar e o rendimento final de muitos adolescentes que fazem uso de álcool e/ou drogas. Entretanto, novos estudos ainda são necessários para definir melhor a extensão destes efeitos na vida adulta destes indivíduos.

A adolescência é a passagem da infância para a vida adulta e um período crítico na formação da identidade e desenvolvimento da personalidade. O uso regular e a eventual dependência de álcool e drogas nesta fase pode resultar em inconsistências ou deficiências na personalidade futura<sup>(2)</sup>. Em muitos adolescentes e adultos dependentes de drogas foi identificado um corte no desenvolvimento, onde a maturação interrompeu-se quando se desenvolveu a dependência. Um dos principais pontos na formação da identidade na adolescência é a individualização que, quando completada com sucesso, é caracterizada pelo autocontrole e auto-estima. Caso a maturação seja interrompida durante o processo de individualização, a personalidade resultante pode ser excessivamente dependente em fatores externos, ao invés dos internos, na determinação de comportamentos e identidade. Abaixa auto-estima encontrada nos adolescentes usuários de drogas e álcool faz com que eles se tornem mais influenciáveis pelo grupo no que diz respeito ao comportamento e estilo de vida<sup>(3)</sup>.

O uso de drogas e álcool na adolescência também afeta a aquisição de funções sociais e o estabelecimento de relações. Os adolescentes dependentes de drogas e/ou álcool são freqüentemente afastados dos outros jovens da mesma faixa etária, assim como das normas existentes nas atividades rotineiras da adolescência. Essas atividades, que são preparatórias para a vida adulta, incluem namorar, formar laços fortes de amizade e a participação em grupos e atividades que requerem o desenvolvimento de algumas habilidades sociais como cooperação e interdependência. Os relacionamentos estabelecidos pelos adolescentes dependentes são, muitas vezes, baseados no consumo mútuo de drogas e/ou álcool. Alguns adolescentes utilizam o álcool e as drogas inicialmente para recreação e acabam por não desenvolver outras formas saudáveis de divertimento ou de descontração. Uma parte deles terá dificuldades em manter relacionamentos afetivos sem o uso

destas substâncias, dificultando ainda mais o estabelecimento de laços mais fortes de relacionamento<sup>(3)</sup>.

Os adolescentes que tiveram suas capacidades cognitivas - como, por exemplo, aquisição de conhecimentos e capacidade de julgamento e crítica - e de relacionamento prejudicadas pelo consumo de A/D possuem menos estratégias para lidar com fatores estressantes que aparecem na vida diária. Com isso, o desempenho bem sucedido dos papéis na vida adulta fica comprometido, uma vez que os eventos estressantes estão relacionados com as responsabilidades de trabalho e de maridos ou esposas, dentre outras. A tarefa de educar filhos também fica comprometida, pois estes adolescentes, quando adultos, não terão desenvolvido estratégias adequadas para lidar com as demandas da paternidade<sup>(2)</sup>. Quanto mais cedo se desenvolve a dependência de substâncias psicoativas na adolescência, maior a probabilidade de ocorrerem atrasos no desenvolvimento e prejuízos cognitivos, com suas respectivas repercussões<sup>(4)</sup>. Kandel e cols.<sup>(4)</sup> apontam os adolescentes como sendo mais suscetíveis a estas conseqüências que os adultos que buscam tratamento para dependência, porque os adolescentes dependentes que procuraram tratamento apresentavam história de dependência mais precoce que os adultos. Da mesma forma, os adultos dependentes de múltiplas drogas também seriam mais suscetíveis, pois iniciam o consumo de A/D mais cedo que outros adultos dependentes de uma única droga ou somente de álcool.

Trabalhos anteriores mostram uma evolução em estágios no envolvimento e uso de drogas. As substâncias que são legalizadas para consumo pelos adultos, por exemplo álcool e tabaco, tendem a preceder e aumentam o risco de uso de outras drogas ilícitas<sup>(5,6)</sup>. Por exemplo, é pouco provável que um adolescente experimente maconha sem antes ter feito uso de álcool ou tabaco. Poucos são aqueles que iniciam o uso de drogas ilícitas que não maconha sem o uso prévio desta.

Existem levantamentos epidemiológicos importantes no Brasil sobre o uso de drogas entre adolescentes<sup>(7,10)</sup>, que apontam as principais drogas consumidas por estudantes de escolas públicas e privadas de várias capitais brasileiras, assim como entre os meninos de rua destas cidades. Entretanto, estes estudos não abordam a progressão do consumo de droga entre estes jovens. Poucos também são aqueles trabalhos que estudam os usuários de drogas desta faixa etária que buscam tratamento por problemas relacionados a este uso e, conseqüentemente, não há descrição da evolução no envolvimento de drogas para esta população específica no Brasil.

O Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP) em conjunto com o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPLA), do mesmo instituto, vêm realizando, desde julho de 1993, o atendimento ambulatorial de adolescentes, entre 11 e 17 anos, com diagnóstico de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou drogas<sup>(11)</sup>. O objetivo deste trabalho é apontar possíveis estágios na evolução do consumo de drogas para esta população específica. Os dados apresentados foram obtidos com uma amostra reduzida e serão apresentados

descritivamente. Esperamos, com a apresentação destes resultados, incentivar novas pesquisas sobre este tema, tanto em amostras maiores de adolescentes em tratamento assim como para os jovens brasileiros da população geral, meninos de rua ou não. Frente ao problema do uso de drogas por adolescentes, uma das principais formas de abordagem é a prevenção. Assim, o entendimento da progressão do consumo de drogas e de possíveis fatores de risco ligados a cada um destes estágios poderá auxiliar no aperfeiçoamento dos trabalhos de prevenção direcionados a esta camada da população.

### Pacientes e métodos

Foram estudados 21 pacientes, com idade mínima de 11 e máxima de 17 anos, com diagnóstico de abuso ou dependência de álcool e/ou drogas, segundo o DSM-III-R<sup>(12)</sup> que buscaram tratamento no GREA/SEPIA. Os critérios de inclusão foram: uso ocasional, abusivo ou dependência de drogas e/ou álcool e idade entre 11 e 17 anos de acordo com os critérios do DSM-III-R.

Os critérios de exclusão foram: diagnóstico de retardo mental, diagnóstico de síndrome esquizofreniforme e esquizofrenia, segundo o DSM-III-R; qualquer contra-indicação de tratamento ambulatorial, por patologia clínica (comprometimento orgânico moderado ou grave), uso excessivo de drogas que impossibilitasse a desintoxicação em regime ambulatorial ou estado psiquiátrico atual que necessitasse internação, assim como ausência de familiares que se dispusessem a comparecer, pelo menos uma vez, ao serviço de atendimento.

Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada, baseada na ASI-Teen (Addiction Severity Index)<sup>(13)</sup> e na ESA<sup>(14)</sup>, realizada por psicólogo especialmente treinado para tal, sendo enfatizado para o adolescente o caráter confidencial destes dados e a importância de respostas precisas. A entrevista é composta de um questionário de 75 questões com respostas de múltipla escolha, divididas em 9 áreas: (1) identificação e dados sócio-demográficos, (2) rendimento escolar, (3) padrão de consumo de drogas e álcool, (4) envolvimento em atividades ilegais, (5) atividades de lazer, (6) comportamento sexual, (7) situação familiar atual, (8) antecedentes familiares e (9) antecedentes pessoais. Para este artigo foram analisados os dados obtidos referentes a: (a) dados sócio-demográficos dos usuários de drogas; (b) padrão de uso de cada droga consumida – idade de início de consumo, idade de uso regular e idade de aparecimento de problemas; e, (c) fatores influenciadores na experimentação de cada substância.

Para a análise dos dados, o consumo de drogas e álcool foi dividido em 3 categorias seguindo apenas critérios de frequência de uso. Foi definido como *consumo* de substância psicoativa *qualquer utilização da mesma*, quer o uso tenha sido apenas experimental ou mantido posteriormente. Para maconha e álcool, foi definido como *uso regular* a utilização de substância 2 ou mais vezes por semana, incluindo repetidas vezes em um mesmo dia. Para cocaína e "crack", esta categoria abrangia o uso uma ou mais vezes por semana. *Uso problemático* foi definido como qualquer problema referido pelo paciente, tendo como origem a

droga em questão, para as 5 substâncias estudadas (álcool, tabaco, maconha, solventes e cocaína).

A amostra estudada até o momento é limitada a 21 pacientes. Assim sendo, os resultados serão apresentados descritivamente. A importância da análise descritiva reside no fato de que não há trabalhos semelhantes no Brasil e a apresentação descritiva de algumas tendências iniciais podem auxiliar no planejamento e direcionamento de outras pesquisas sobre o tema.

### Resultados

Dos 21 pacientes estudados, 18 (85,7%) eram do sexo masculino, 12 (57,1%) de cor branca, todos solteiros e residentes no estado de São Paulo. Doze (57,1%) pacientes moravam com o pai e com a mãe, 7 (33,3%) residiam somente com a mãe e 2 (9,6%) moravam com outros familiares. A idade média no momento em que iniciaram o tratamento foi de 15 anos e 1 mês.

Com relação aos estudos, todos já haviam freqüentado a escola, porém 13 (61,9%) não estavam estudando no momento da entrevista e 16 (76,2%) já haviam interrompido os estudos em algum momento anterior ao início do tratamento. Os motivos mais freqüentes para interrupção dos estudos foram as faltas escolares em 4 casos, razões disciplinares para 5 pacientes e falta de motivação para os 7 restantes. Dez (47,6%) pacientes tinham antecedentes de expulsão da escola por razões disciplinares. O índice de reprovação escolar encontrado foi alto, com 16 (76,2%) adolescentes tendo sido reprovados pelo menos 1 vez e 11 (52,4%) com 2 ou 3 reprovações.

Onze pacientes (52,4%) exerciam atividades remuneradas de forma regular, sendo que 6 deles referiam ser o próprio trabalho a principal fonte de recurso financeiro para despesas pessoais. Porém, para o consumo de droga, a maioria (n=14 ou 66,7%) obtinha recursos de atividades ilegais como roubos ou furtos, sendo que a idade média de início das atividades ilegais foi de 13 anos e 7 meses, 2 meses após o início do consumo de maconha. No último ano, 13 deles praticaram atos delinqüenciais com esse fim. Oito adolescentes (38,1%) haviam se envolvido em tráfico de drogas, principalmente na forma de "avião" – atividade de entrega de drogas, geralmente pequena quantidade ou suficiente para uso pessoal –, em algum momento, sendo que 7 mantiveram esta atividade no último ano. Do total de pacientes, 10 (47,6%) apresentavam antecedentes de envolvimento com polícia e prisão, relacionado diretamente ou não com o uso de drogas (atividades ilegais para obtenção da droga ou por estar portando a droga para uso pessoal).

Na entrevista inicial, os pacientes identificaram, dentre as drogas consumidas, aquela ou aquelas que eles consideraram como "droga-problema", ou seja, que necessitava de abordagem específica para seu tratamento. A maioria apontou mais de um tipo de droga, incluindo álcool, com uma média de 2,9 tipos de "droga-problema" por paciente. Nenhum paciente consumia apenas um tipo de substância psicoativa quando do início do tratamento.

A tabela 1 mostra os dados referentes às idades de início de consumo das diferentes drogas, idade de início de uso regular, idade de aparecimento de problemas para cada droga e a idade de início de tratamento. Os dados

**Tabela 1 – Idades de início de consumo, início de uso regular e aparecimento de problemas para as principais drogas consumidas em adolescentes em tratamento no GREA/SEPIA – Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP.**

Idades de	Tabaco	Álcool	Maconha	Inalante	Cocaína	Crack
Início de uso: (mín-máx)	12,00 ± 1,09 (6 – 15)	11,30 ± 2,85 (4 – 15)	13,40 ± 1,43 (10 – 15)	13,92 ± 1,08 (12 – 16)	14,35 ± 0,93 (13 – 16)	14,67 ± 1,23 (12 – 16)
Início de uso regular:	13,22 ± 1,26 (10 – 15)	14,25 ± 0,89 (13 – 16)	13,87 ± 1,25 (11 – 16)	14,25 ± 0,50 (14 – 15)	14,57 ± 0,94 (13 – 16)	14,43 ± 1,40 (12 – 16)
Início de problemas:	14,40 ± 1,14 (13 – 16)	15,00 ± 0,00 (15)	14,09 ± 1,22 (12 – 16)	14,00 ± 0,00 (14)	14,90 ± 0,74 (14 – 16)	14,43 ± 1,40 (12 – 16)
Início do tratamento:	15,10 ± 1,09 (13 – 17)	15,05 ± 1,10 (13 – 17)	15,10 ± 1,12 (13 – 17)	15,33 ± 1,23 (13 – 17)	14,24 ± 1,03 (13 – 17)	15,42 ± 1,16 (13 – 17)

Valores referem-se às idades, em anos, e os números entre parênteses referem-se aos extremos de idades em cada categoria

mostram que o consumo de drogas iniciou-se aos 11 anos e 4 meses em média, com o consumo de álcool, evoluindo para o uso de tabaco (12 anos), maconha (13 anos e 5 meses), inalantes (13 anos e 11 meses), opióides (14 anos), cocaína via inalatória (14 anos e 5 meses), "crack" (14 anos e 8 meses), alucinógenos (15 anos e 4 meses) e cocaína via endovenosa (16 anos). Porém, na evolução para uso regular houve uma inversão na ordem com relação a tabaco, álcool e maconha. O tabaco apareceu mais cedo (13 anos e 3 meses), seguido da maconha (13 anos e 10 meses), álcool e inalantes na mesma época (14 anos e 3 meses) e, posteriormente, deu-se o uso regular de "crack" (14 anos e 5 meses) e cocaína inalada (14 anos e 7 meses), não tendo sido relatado uso regular de opióides, alucinógenos e cocaína via endovenosa.

O uso problemático ocorre primeiramente para inalantes (14 anos) e, quase na mesma época, maconha (14 anos e 1 mês), seguidos de tabaco e "crack" aos 14 anos e 5 meses, cocaína via inalatória aos 14 anos e 10 meses e, por último, o álcool aos 15 anos. A idade média de uso problemático do "crack" é menor do que a média de início de uso (14 anos e 8 meses), porque os pacientes que referiam problemas haviam iniciado o consumo de "crack" aos 14 anos e 1 mês e os que não apresentavam problemas, aos 15 anos e 5 meses. Não foi relatado pelos adolescentes uso problemático de opióides, alucinógenos ou cocaína via endovenosa em nossa amostra, provavelmente porque o número de pacientes é pequeno. Globalmente, tanto o uso experimental quanto o uso regular de maconha e cocaína via inalatória antecederam o uso de "crack".

O consumo de drogas deu-se principalmente junto com os amigos (n=14 ou 66,7%), sendo uma atividade grupal, com a minoria referindo uso sem companhia (n=6 ou 28,6%).

A tabela 2 mostra os principais motivos alegados para a experimentação de drogas ou álcool, que de maneira geral podem ser divididos em fatores externos (pressão do grupo de amigos) e individuais ou internos ao adolescente (curiosidade e "para aliviar o desânimo ou quebrar a rotina"). A ordem de importância destes fatores variou conforme a substância utilizada. A curiosidade pelos efeitos da droga foi o único fator citado como influenciador

do uso para todas as substâncias sendo 100% dos usuários de tabaco, 83% dos consumidores de "crack", 75% no caso de solventes, 60% para a maconha, 40% (n=8) para o álcool e 17,6% para a cocaína inalada. O outro fator individual – a necessidade de "aliviar o desânimo" – foi citada pela maioria dos adolescentes apenas no caso da cocaína inalada (n=11 ou 64,7%), sendo minoritário no caso de álcool (n=7 ou 35%), maconha (n=4 ou 20%), "crack" (n=2 ou 17%) e solventes (n=1 ou 8%). O grupo de amigos teve menor influência que os fatores internos, com as seguintes proporções: 25% para o álcool, 20% no caso da maconha, 17% para os solventes e 5,9% para a cocaína inalada. É importante salientar que a pressão do grupo não foi determinante de uso para o tabaco e o "crack", nesta amostra.

**Tabela 2 – Principais fatores apontados pelos adolescentes como motivadores para o primeiro uso de drogas e/ou álcool**

Tipos de drogas	Curiosidade	"Aliviar o desânimo"	Pressão dos amigos
Tabaco (n)	100% (21)	0	0
Álcool (n)	40% (8)	35% (7)	25% (5)
Maconha (n)	60% (12)	20% (4)	20% (4)
Inalante (n)	75% (9)	8% (1)	17% (2)
Cocaína (n)	17,6% (3)	64,7% (11)	5,9% (1)
"Crack" (n)	83% (10)	17% (2)	0

## Discussão

Os resultados apresentados acima devem ser analisados especialmente do ponto de vista qualitativo, tendo em vista que foram obtidos a partir de uma amostra reduzida

de 21 pacientes. Desta forma, os critérios empregados para a decisão do tamanho da amostra em estudos quantitativos não devem ser aqui aplicados, tornando este estudo primordialmente qualitativo. Ainda assim, os resultados encontrados são importantes devido à escassez de trabalhos sobre a progressão do consumo de drogas entre adolescentes brasileiros, especialmente aqueles que procuram tratamento para dependência em um centro de atendimento terciário como o Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Portanto, ainda que realizado com uma amostra pequena, este trabalho pode ser relevante como indicador de possíveis características sobre o consumo de drogas entre adolescentes brasileiros que buscam tratamento para dependência de drogas. Alguns dos resultados aqui apontados são semelhantes a outros obtidos com amostras similares no exterior. Outros, porém, deverão ser confirmados em estudos com amostras maiores, empregando-se metodologia quantitativa em adolescentes da população geral e no contexto de tratamento de adolescentes dependentes, visando suprir também a falta de artigos nesta área específica das farmacodependências.

Analisando as características da amostra estudada, constatou-se um predomínio do sexo masculino, que não se repete no SEPLA, que faz atendimento de outras patologias psiquiátricas da população desta faixa etária. Duas hipóteses foram levantadas para explicar este achado: (1) as meninas consomem menos drogas que os meninos; (2) elas apresentam menos problemas decorrentes do uso de drogas que os garotos, procurando tratamento com menor frequência. Considerando-se os levantamentos epidemiológicos sobre uso de drogas entre adolescentes no Brasil, a proporção de usuários entre os sexos é semelhante. Carlini-Cotrim e Carlini<sup>(7)</sup> mostraram que, entre estudantes, a proporção de usuários do sexo masculino é semelhante ao do sexo feminino, sendo 27,2% e 20% respectivamente. Em outro levantamento feito entre meninos em situação de rua, constatou-se um predomínio de consumo diário de solventes orgânicos entre as meninas, com proporção de 43,3% versus 27,8%<sup>(8)</sup>. Estes dados são diferentes dos encontrados para a população adulta, onde há um predomínio do sexo masculino entre os usuários de drogas ilícitas e um predomínio do sexo feminino para as drogas lícitas. Portanto, para a faixa etária de adolescentes em questão, a primeira hipótese pode ser descartada. Com relação à segunda hipótese apresentada, não há trabalhos na literatura que comparem o grau de problemas decorrentes do uso de drogas entre os sexos. Porém, na Inglaterra, os adolescentes que procuravam tratamento para dependência de drogas eram do sexo masculino em 70,3% dos casos<sup>(3)</sup>, o que reforça a idéia de que as adolescentes do sexo feminino buscam tratamento com menor frequência. São necessários trabalhos futuros que comparem eventuais diferenças entre os sexos na gravidade dos problemas conseqüentes ao consumo de drogas e os fatores motivadores para procura de tratamento. Os próximos estudos deveriam enfatizar as adolescentes usuárias de drogas e sua história natural de consumo de drogas, para determinar o motivo da baixa procura por tratamento específico.

As principais drogas consumidas entre os adolescentes estudados, excluindo-se o tabaco, foram álcool e maconha

(95,2%), seguidas por cocaína (76,2%), inalantes e "crack" (57,1%). Já os estudos realizados entre meninos em situação de rua mostram que as principais drogas consumidas são os solventes, maconha, anticolinérgicos e cocaína nesta ordem<sup>(8,15)</sup>. Entre os estudantes de 1º e 2º grau de escolas públicas e privadas de 10 capitais brasileiras, a principal droga consumida, excluindo-se álcool e tabaco, é o solvente (17,3%), seguido pelos ansiolíticos (7,2%), anfetamínicos (3,9%) e maconha (3,4%), sendo que a cocaína aparece em 8º lugar, com 0,7%<sup>(10)</sup>. Esta ordem se altera para os estudantes norte-americanos, onde, excluindo-se álcool e tabaco (que aparecem em 84,4% e 57,7% respectivamente), a principal droga consumida é a maconha (27,5%), seguida por estimulantes (11,1%), inalantes (6,3%), cocaína (5,9%), surgindo o "crack" em 10º lugar com 1,9%<sup>(16)</sup>, que não aparece nos levantamentos nacionais realizados até o ano de 1989. A diferença encontrada com relação aos outros trabalhos nacionais, com os inalantes sendo apenas a 3ª droga consumida entre os adolescentes do presente estudo, provavelmente deve-se ao fato de se estar estudando uma população que procura tratamento especificamente para dependência de álcool e drogas. Na Inglaterra, os adolescentes que buscam tratamento consomem, principalmente, álcool (66%), maconha (60,9%) e cocaína (60,9%), sem referência ao uso de inalantes<sup>(3)</sup>. Como apontaram Carlini e cols., a principal droga envolvida nas internações psiquiátricas por farmacodependência ocorridas em 1988 foi a maconha, seguida da cocaína, não aparecendo referência direta aos inalantes<sup>(10)</sup>. Isto faz supor que, apesar dos solventes serem consumidos com maior frequência, o seu uso está menos implicado na procura de tratamento.

Os adolescentes que buscaram tratamento por problemas pelo uso de drogas associam o consumo de 3 tipos diferentes de drogas, em média, número semelhante à média de 4,27 encontrada para adolescentes farmacodependentes em tratamento em regime de internação<sup>(17)</sup>. Esta associação de consumo também foi encontrada entre os adolescentes brasileiros da população geral – estudantes de escolas públicas e privadas e meninos em situação de rua – assim como entre menores internados por distúrbios de conduta<sup>(7,8,15)</sup>. Da mesma forma, os adolescentes americanos são caracterizados pelo abuso de múltiplas drogas de maneira associada<sup>(18)</sup>, o que também ocorreu em 57,4% dos adolescentes ingleses que buscaram tratamento para dependência de drogas<sup>(3)</sup>. Assim sendo, o poliabuso de drogas parece ser uma característica dos adolescentes usuários de drogas em geral e não apenas daqueles que buscam tratamento.

Segundo Kandel e Adler<sup>(19)</sup>, o consumo de drogas entre adolescentes ocorre em estágios, iniciando-se com o uso de cerveja e vinho, com posterior consumo de bebidas destiladas e tabaco. No terceiro estágio está a maconha e, posteriormente, se dá o consumo de opióides, cocaína, com os alucinógenos aparecendo em último estágio. Os dados aqui encontrados mostram uma evolução de consumo bastante semelhante: álcool, tabaco, maconha, inalantes, opióides, cocaína via inalatória, "crack" e alucinógenos. Novamente, as diferenças encontradas com outros estudos brasileiros aparecem com relação aos inalantes. Sem considerar o álcool e o tabaco, entre os meninos de rua, a principal "droga de batismo" foi o solvente.

Porém para os menores internados por problemas de conduta, a droga de estréia volta a ser a maconha<sup>(8)</sup>, como o encontrado no presente estudo. Esta seqüência de início de uso também foi encontrada por Kandel e Yamaguchi<sup>(6)</sup>, para os estudantes norte-americanos de 1º e 2º graus, com exceção dos inalantes, que não é referido pelos autores. Os autores concluem que as características do modelo de desenvolvimento em estágios do uso de drogas entre adolescentes proposto no início dos anos 70 continua válido para os adolescentes no final dos anos 80, porém sem considerar o "crack" especificamente. Em uma população de adolescentes que procuravam tratamento para dependência na Inglaterra, a evolução do consumo de drogas foi bastante semelhante ao encontrado nesta pesquisa: maconha aos 13 anos e 3 meses, álcool aos 13 anos e 7 meses e cocaína aos 14 anos e 8 meses, sendo esta última a mesma idade encontrada no presente estudo<sup>(3)</sup>.

Kandel e Yamaguchi<sup>(6)</sup> encontraram diferença entre os sexos no que diz respeito ao papel do álcool e do tabaco na progressão para o uso de outras drogas. Para o sexo feminino, o modelo de progressão de uso de substâncias psicoativas encontrado foi o do tabaco precedendo a experimentação de maconha, enquanto para o sexo masculino o álcool, mesmo na ausência do tabaco, precedia o uso de maconha. Para estes, o cigarro precede o uso de outras drogas ilícitas que não maconha e assume maior importância em estágios posteriores do consumo de drogas. Eventuais diferenças entre os sexos para os adolescentes brasileiros ainda não foram descritas em nenhum trabalho e não puderam ser analisadas no presente estudo visto que a amostra contava com apenas duas pacientes do sexo feminino.

Com relação ao "crack", para a amostra aqui analisada ela surge no estágio final do consumo de drogas, sendo precedido principalmente pelo uso de álcool, maconha e cocaína inalada, o que também foi encontrado em um estudo qualitativo sobre o uso de "crack" no Brasil<sup>(20)</sup>. Esta seqüência de uso se repete para os usuários americanos, inclusive com idades de início de consumo semelhantes: 14,5 anos em média para os americanos<sup>(21)</sup> e 14,7 anos no presente estudo. Entre os usuários de "crack", há um predomínio do sexo masculino, como foi aqui constatado, onde todos os adolescentes que referiam uso de "crack" eram deste sexo. Esta predominância também foi constatada no trabalho de Nappo e cols., onde observou-se aproximadamente 3 homens usuários regulares de "crack" para cada mulher, ainda que para população de adultos<sup>(20)</sup>.

Alguns fatores de risco para o consumo de substâncias psicoativas por adolescentes exercem maior influência no início do uso de determinadas substâncias e não sobre outras. Por exemplo, nos estágios iniciais do consumo de drogas, o uso de cerveja ou vinho geralmente é precedido pelo envolvimento em pequenos comportamentos delinqüenciais, alto nível de sociabilização com adolescentes da mesma faixa etária e por modelos dos pais e amigos como usuários de álcool. Fatores ambientais, na forma de mensagens a favor das drogas por parte dos amigos, pais e da mídia são mais importantes no início do consumo de drogas. Nos estágios posteriores da evolução do consumo, o uso de maconha é precedido pela aceitação de

crenças e valores favoráveis ao consumo desta, envolvimento com amigos que fumam maconha e participação em comportamentos delinqüenciais. Finalmente, o uso de drogas ilícitas pode ser previsto pelo relacionamento deficitário com os pais, pela exposição a modelos de amigos e pais usuários de cerveja, por estressores psicológicos, pelo uso regular de maconha e pelo agravamento do comportamento delinqüencial que precedem estes estágios finais<sup>(22)</sup>.

De forma geral, Bukstein aponta 5 fatores de risco relacionados ao consumo de todas as substâncias psicoativas pelos adolescentes e que devem ser analisados, principalmente para o aprimoramento de intervenções com caráter preventivo. Estes fatores são: (1) influência do grupo de amigos, (2) fatores familiares, (3) fatores individuais, (4) fatores biológicos e (5) fatores socioculturais e comunitários. Dupre e cols. estudaram adolescentes ingleses que buscavam auxílio por telefone para problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Para aquela população, o principal fator relacionado ao início do consumo de álcool e drogas foi a influência do grupo de amigos, sendo a curiosidade citada por apenas 20% dos adolescentes<sup>(3)</sup>. Diferentemente do resultado do estudo britânico, as tendências apontadas pelo presente estudo mostram que, para a maioria dos adolescentes brasileiros de nessa amostra, a curiosidade pelos efeitos da droga e/ou álcool parece ser o principal fator de risco para a experimentação de todas as drogas. O mesmo foi encontrado no estudo qualitativo de 25 usuários de "crack" no Brasil<sup>(20)</sup>. As eventuais diferenças aqui apontadas com relação a outras pesquisas podem ser consequência do tamanho reduzido da amostra, não refletindo a importância quantitativa real de cada fator de risco. Qualitativamente, os fatores apontados por Dupre e cols. e também por Bukstein foram os mesmos relatados para os adolescentes brasileiros.

A análise da companhia de consumo de álcool e drogas também aponta para semelhanças entre os fatores de risco associados a estes usos para os adolescentes brasileiros estudados e trabalhos internacionais, onde a companhia de uso mais freqüente foram os amigos<sup>(3,22)</sup>. A principal forma de consumo, tanto de álcool como das outras drogas, é entre o grupo de amigos, apontando a influência deste fator no uso de substâncias psicoativas por parte dos adolescentes, ainda que de forma indireta. Para a nossa amostra, a pressão do grupo de amigos parece ocorrer com maior intensidade na fase inicial do consumo de drogas, quando ocorre o uso de álcool e maconha. A referência a fatores intrínsecos do usuário – tais como necessidade de estimulação, vencer o desânimo e quebrar a rotina – como motivadores do uso, principalmente de substâncias estimulantes como a cocaína, levantam a hipótese de prováveis sintomas depressivos precedendo o início do consumo de drogas ou álcool, sendo a depressão um diagnóstico diferencial que deve ser pesquisado no tratamento destes adolescentes<sup>(23)</sup>.

Este trabalho aponta alguns aspectos da dependência de drogas nesta população que podem direcionar as pesquisas futuras nesta área. Dentre estes achados está a constatação da baixa procura de tratamento por parte das usuárias de drogas do sexo feminino: nos levantamentos epidemiológicos elas consomem drogas com freqüência

bastante similar ao sexo masculino, porém são a minoria nos centros de tratamento. Outro aspecto importante a ser corroborado é a progressão do consumo de drogas em estágios para os adolescentes brasileiros que buscam tratamento, que se inicia com o consumo de álcool e tabaco, evoluindo para o uso de maconha, inalantes e cocaína via inalatória, com o "crack" aparecendo no estágio final desta evolução. Um terceiro aspecto refere-se aos fatores motivadores da experimentação destas substâncias, sendo a curiosidade um fator importante no consumo de todas as drogas, enquanto os motivos internos como "aliviar o desânimo" são mais importantes no consumo de cocaína via inalatória e álcool. Por fim, a pressão do grupo de amigos parece estar presente não só como motivador do início do uso, mas como companhia para a manutenção do consumo.

## Summary

### *Progression of drug consumption by adolescents who look for treatment*

Studies have shown that the involvement of adolescents with alcohol and drugs has different stages, beginning with consumption of fermented alcoholic beverages going to illicit drug use in the final stages, like crack. The "gateway drug" for children who live in the streets in Brazil is inhalant. However, there is not any study about the progression of alcohol and drug use among Brazilian adolescents who look for treatment. This paper shows qualitatively some patterns of alcohol and drug use among adolescents who are in treatment for alcohol and/or drug dependence in a public tertiary hospital.

Twenty-one patients, with ages between 11 and 17 were studied. The age of first use was around 11 years old with alcohol consumption, hastily followed by tobacco, marijuana, inhalants, opiates, snorted cocaine and crack around 14 years old. Patients used an average of three different drugs: alcohol, marijuana and cocaine. The main factor promoting the experimental use of all substances was the curiosity about their effects. The peer influence was important for the beginning of use only for alcohol, marijuana and inhalants in about 20% of cases. For snorted cocaine, the need for relief of depressive symptoms was the main risk factor for first use. These substances were most frequently used with peers.

Understanding the "press" and tendencies of the involvement of adolescents with alcohol and drugs may be useful to prevent to the evolution from experimental or recreational use to the situation of dependence, which has major consequences and a worst prognostic. These results point to some aspects that have to be studied by quantitative researches, with more numerous sample. The depressive symptoms referred by some patients show the importance of the differential diagnostic between depression and drug dependence in the treatment of adolescents' drugs and alcohol abuse, specially for stimulants' consumption.

**Uniterms:** progression of consumption; adolescents; marijuana; cocaine; alcohol

## Referências

1. MILLER NS, GOLD MS, MAHLER JC - Violent behaviors associated with cocaine use: possible pharmacological mechanisms. *International Journal of Addiction*, 26: 1077-1088, 1991.
2. NEWCOMB MD, BENTLER PM - Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychology*, 44: 242-248, 1989.
3. DUPRE D, MILLER N, GOLD M, ROSPENDA K - Initiation and progression of alcohol, marijuana, and cocaine use among adolescent abusers. *The American Journal on Addictions*, 4: 43-48, 1995.
4. KANDEL DB, YAMAGUCHI K, CHEN K - Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53: 447-457, 1992.
5. DONOVAN JE, JESSOR R - Problem drinking and the dimension of involvement with drugs. *American Journal of Public Health*, 73: 543-552, 1983.
6. KANDEL DB, YAMAGUCHI K - From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health*, 83(6): 851-855, 1993.
7. CARLINI-COTRIM BH, CARLINI EA - 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 grau da rede estadual. *Revista ABP-APAL*, 9(2): 49-58, 1987a.
8. CARLINI-COTRIM BH, CARLINI EA - O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na Grande São Paulo. Parte II: meninos de rua e menores internados. *Revista ABP-APAL*, 9(2): 69-77, 1987b.
9. CARLINI-COTRIM BH - Dados sobre o consumo de drogas por adolescentes no Brasil. *Revista ABP-APAL*, 9(3): 99-102, 1987.
10. CARLINI EA, CARLINI-COTRIM BH, NAPPO SA - Illicit use of psychotropic drugs in Brazilian cities: 1987-1989. Community Epidemiology Work Group - Epidemiologic Trends in Drug Abuse. Proceedings: II-2-1116, 1990.
11. SCIVOLETTO S, HENRIQUES Jr SG, ANDRADE AG - Proposta de tratamento para adolescentes usuários de drogas: a internação domiciliar como alternativa. Enviado para publicação.
12. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder, 3rd Edition - Revised, Washington, DC, p. 12, 1978.
13. KAMINER Y, WAGNER E, PLUMMER B, SEIFER R - Validation of the Addiction Severity Index (T-ASI). *The American Journal on Addictions*, 2(3): 250-253, 1993.
14. ANDRADE AG, BRUNFENTRINKER P - Avaliação de tratamento de alcoolistas. *Revista ABP-APAL*, 9: 94-98, 1987.
15. BUCHER R, DA COSTA ACL, OLIVEIRA JA - Consumo de inalantes e condições de vida de menores da periferia de Brasília. *Revista ABP-APAL*, 13(1): 18-26, 1991.
16. KANDEL DB, DAVIES M - Decline in the use of illicit drugs by high school students in New York state: a comparison with national data. *American Journal of Public Health*, 81(8): 1064-1067, 1994.
17. STEWART DG, BROWN SA - Withdrawal and dependency symptoms among adolescent alcohol and drug abusers. *Addiction*, 90: 627-635, 1995.
18. CARLSON RG, SIEGAL HA - The crack life: an ethnographic overview of crack use and sexual behavior among african-americans in a midwest metropolitan city. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23: 11-20, 1991.
19. KANDEL DB, ADLER I - Socialization into marijuana use among French adolescents: a cross cultural comparison with the United States. *Journal of Health Society Behavior*, 23: 295-309, 1982.
20. NAPPO SA, GALDURÓZ JCF, NOTO AR - Uso do "crack" em São Paulo: fenômeno emergente?. *Revista ABP-APAL*, 16(2): 75-83, 1994.
21. SMART RG - Crack cocaine use: a review of prevalence and adverse effects. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17: 13-26, 1991.
22. BUCKSTEIN OG - Adolescent Substance Abuse - Assessment, Prevention and Treatment, Wiley-Interscience Publication, New York, 1995.
23. SCIVOLETTO S, NICASTRI S, ZILBERMAN ML - Transtorno depressivo na adolescência: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, 51(9): 1211-1225, 1992.

ecn

KED

# A progressão do consumo de drogas entre adolescentes que procuram tratamento\*

Sandra Scivoletto<sup>1</sup>, Sérgio Gonçalves Henriques Jr.<sup>2</sup>, Arthur Guerra de Andrade<sup>3</sup>

## Resumo

Pesquisas mostram que o consumo de drogas e álcool entre adolescentes apresenta uma progressão em estágios, iniciando-se com o consumo de bebidas alcoólicas fermentadas e passando para o consumo de drogas ilícitas como o "crack" nos estágios finais. No Brasil, a droga de "estréia" dos meninos em situação de rua é o solvente, porém não há trabalhos que descrevam a evolução deste consumo entre os jovens que procuram tratamento para abuso ou dependência de álcool e/ou drogas. Este artigo aborda, de forma qualitativa, aspectos sobre o uso de drogas e/ou álcool entre adolescentes em tratamento em um hospital público terciário.

Foram estudados 21 pacientes com idades entre 11 e 17 anos. O início do consumo de drogas ocorreu por volta dos 11 anos com o uso de álcool, caminhando rapidamente para tabaco, maconha, solventes, opióides, cocaína inalada e "crack" por volta dos 14 anos. Os pacientes consumiam, em média, 3 tipos de drogas diferentes: álcool, tabaco e maconha ou cocaína. A curiosidade em relação aos efeitos foi o principal fator alegado como motivador da experimentação de todas estas substâncias. A pressão exercida pelo grupo de amigos foi importante para o início do consumo somente de álcool, maconha e solventes em cerca de 20% dos casos. Para a cocaína inalada, a necessidade de aliviar alguns sintomas depressivos foi o principal fator estimulador do início do consumo. O uso destas substâncias ocorria predominantemente entre os amigos.

O entendimento das várias "pressões" e tendências do uso de álcool e drogas entre os jovens pode ser útil nos esforços para prevenir a evolução do uso experimental ou recreacional, para a situação de dependência, cujas conseqüências são maiores, prevenindo o prognóstico pior. Os resultados encontrados apontam aspectos a serem estudados por trabalhos quantitativos futuros, com maior amostragem. Os sintomas depressivos refe-

ridos por alguns pacientes apontam para a importância do diagnóstico diferencial entre quadros depressivos e dependências de drogas, principalmente os estimulantes, no tratamento de adolescentes usuários de drogas e/ou álcool.

**Unitermos:** evolução do consumo; adolescentes; maconha; cocaína; álcool

\*Trabalho realizado no Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) em conjunto com o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP)

<sup>1</sup>Coordenadora Executiva do GREA (Grupo Interdisciplinar de Estudos de Alcoolismo e Farmacodependências do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), pós-graduanda do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, bolsista CAPES

<sup>2</sup>Médico residente de 2º ano de Psiquiatria do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP)

<sup>3</sup>Coordenador Geral do GREA

O consumo de álcool e drogas (A/D) entre adolescentes é um dos principais problemas que a sociedade atualmente enfrenta. Muitos estudos descrevem os efeitos orgânicos e também a incidência do consumo de A/D entre os adolescentes, porém pesquisas sobre a progressão deste consumo ainda são necessárias. Como o A/D têm importante impacto na vida dos adolescentes e afetam o seu desempenho na futura vida adulta, o entendimento das várias "pressões" e tendências a uso de álcool e drogas entre os jovens poderia ser útil nos esforços para prevenir a evolução do uso experimental ou recreacional, para a situação de dependência, cujas conseqüências são maiores, prevenindo o prognóstico pior.

As substâncias psicoativas afetam diretamente a cognição, capacidade de julgamento, humor e as relações interpessoais<sup>(1)</sup>. O prejuízo na capacidade de processar novas informações, juntamente com as alterações na capacidade de concentração e retenção causadas pelo uso dessas substâncias podem prejudicar o desempenho escolar e o rendimento final de muitos adolescentes que fazem uso de álcool e/ou drogas. Entretanto, novos estudos ainda são necessários para definir melhor a extensão destes efeitos na vida adulta destes indivíduos.

A adolescência é a passagem da infância para a vida adulta e um período crítico na formação da identidade e desenvolvimento da personalidade. O uso regular e a eventual dependência de álcool e drogas nesta fase pode resultar em inconsistências ou deficiências na personalidade futura<sup>(2)</sup>. Em muitos adolescentes e adultos dependentes de drogas foi identificado um corte no desenvolvimento, onde a maturação interrompeu-se quando se desenvolveu a dependência. Um dos principais pontos na formação da identidade na adolescência é a individualização que, quando completada com sucesso, é caracterizada pelo autocontrole e auto-estima. Caso a maturação seja interrompida durante o processo de individualização, a personalidade resultante pode ser excessivamente dependente em fatores externos, ao invés dos internos, na determinação de comportamentos e identidade. A baixa auto-estima encontrada nos adolescentes usuários de drogas e álcool faz com que eles se tornem mais influenciáveis pelo grupo no que diz respeito ao comportamento e estilo de vida<sup>(3)</sup>.

O uso de drogas e álcool na adolescência também afeta a aquisição de funções sociais e o estabelecimento de relações. Os adolescentes dependentes de drogas e/ou álcool são freqüentemente afastados dos outros jovens da mesma faixa etária, assim como das normas existentes nas atividades rotineiras da adolescência. Essas atividades, que são preparatórias para a vida adulta, incluem namorar, formar laços fortes de amizade e a participação em grupos e atividades que requerem o desenvolvimento de algumas habilidades sociais como cooperação e interdependência. Os relacionamentos estabelecidos pelos adolescentes dependentes são, muitas vezes, baseados no consumo mútuo de drogas e/ou álcool. Alguns adolescentes utilizam o álcool e as drogas inicialmente para recreação e acabam por não desenvolver outras formas saudáveis de divertimento ou de descontração. Uma parte deles terá dificuldades em manter relacionamentos afetivos sem o uso

destas substâncias, dificultando ainda mais o estabelecimento de laços mais fortes de relacionamento<sup>(3)</sup>.

Os adolescentes que tiveram suas capacidades cognitivas – como, por exemplo, aquisição de conhecimentos e capacidade de julgamento e crítica – e de relacionamento prejudicadas pelo consumo de A/D possuem menos estratégias para lidar com fatores estressantes que aparecem na vida diária. Com isso, o desempenho bem sucedido dos papéis na vida adulta fica comprometido, uma vez que os eventos estressantes estão relacionados com as responsabilidades de trabalho e de maridos ou esposas, dentre outras. A tarefa de educar filhos também fica comprometida, pois estes adolescentes, quando adultos, não terão desenvolvido estratégias adequadas para lidar com as demandas da paternidade<sup>(2)</sup>. Quanto mais cedo se desenvolve a dependência de substâncias psicoativas na adolescência, maior a probabilidade de ocorrerem atrasos no desenvolvimento e prejuízos cognitivos, com suas respectivas repercussões<sup>(4)</sup>. Kandel e cols.<sup>(4)</sup> apontam os adolescentes como sendo mais suscetíveis a estas conseqüências que os adultos que buscam tratamento para dependência, porque os adolescentes dependentes que procuraram tratamento apresentavam história de dependência mais precoce que os adultos. Da mesma forma, os adultos dependentes de múltiplas drogas também seriam mais suscetíveis, pois iniciam o consumo de A/D mais cedo que outros adultos dependentes de uma única droga ou somente de álcool.

Trabalhos anteriores mostram uma evolução em estágios no envolvimento e uso de drogas. As substâncias que são legalizadas para consumo pelos adultos, por exemplo álcool e tabaco, tendem a preceder e aumentam o risco de uso de outras drogas ilícitas<sup>(5,6)</sup>. Por exemplo, é pouco provável que um adolescente experimente maconha sem antes ter feito uso de álcool ou tabaco. Poucos são aqueles que iniciam o uso de drogas ilícitas que não maconha sem o uso prévio desta.

Existem levantamentos epidemiológicos importantes no Brasil sobre o uso de drogas entre adolescentes<sup>(7,10)</sup>, que apontam as principais drogas consumidas por estudantes de escolas públicas e privadas de várias capitais brasileiras, assim como entre os meninos de rua destas cidades. Entretanto, estes estudos não abordam a progressão do consumo de droga entre estes jovens. Poucos também são aqueles trabalhos que estudam os usuários de drogas desta faixa etária que buscam tratamento por problemas relacionados a este uso e, conseqüentemente, não há descrição da evolução no envolvimento de drogas para esta população específica no Brasil.

O Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP) em conjunto com o Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPLA), do mesmo instituto, vêm realizando, desde julho de 1993, o atendimento ambulatorial de adolescentes, entre 11 e 17 anos, com diagnóstico de uso abusivo ou dependência de álcool e/ou drogas<sup>(11)</sup>. O objetivo deste trabalho é apontar possíveis estágios na evolução do consumo de drogas para esta população específica. Os dados apresentados foram obtidos com uma amostra reduzida e serão apresentados

descritivamente. Esperamos, com a apresentação destes resultados, incentivar novas pesquisas sobre este tema, tanto em amostras maiores de adolescentes em tratamento assim como para os jovens brasileiros da população geral, meninos de rua ou não. Frente ao problema do uso de drogas por adolescentes, uma das principais formas de abordagem é a prevenção. Assim, o entendimento da progressão do consumo de drogas e de possíveis fatores de risco ligados a cada um destes estágios poderá auxiliar no aperfeiçoamento dos trabalhos de prevenção direcionados a esta camada da população.

### Pacientes e métodos

Foram estudados 21 pacientes, com idade mínima de 11 e máxima de 17 anos, com diagnóstico de abuso ou dependência de álcool e/ou drogas, segundo o DSM-III-R<sup>(12)</sup> que buscaram tratamento no GREA/SEPIA. Os critérios de inclusão foram: uso ocasional, abusivo ou dependência de drogas e/ou álcool e idade entre 11 e 17 anos de acordo com os critérios do DSM-III-R.

Os critérios de exclusão foram: diagnóstico de retardo mental, diagnóstico de síndrome esquizofreniforme e esquizofrenia, segundo o DSM-III-R; qualquer contra-indicação de tratamento ambulatorial, por patologia clínica (comprometimento orgânico moderado ou grave), uso excessivo de drogas que impossibilitasse a desintoxicação em regime ambulatorial ou estado psiquiátrico atual que necessitasse internação, assim como ausência de familiares que se dispusessem a comparecer, pelo menos uma vez, ao serviço de atendimento.

Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada, baseada na ASI-Teen (Addiction Severity Index)<sup>(13)</sup> e na ESA<sup>(14)</sup>, realizada por psicólogo especialmente treinado para tal, sendo enfatizado para o adolescente o caráter confidencial destes dados e a importância de respostas precisas. A entrevista é composta de um questionário de 75 questões com respostas de múltipla escolha, divididas em 9 áreas: (1) identificação e dados sócio-demográficos, (2) rendimento escolar, (3) padrão de consumo de drogas e álcool, (4) envolvimento em atividades ilegais, (5) atividades de lazer, (6) comportamento sexual, (7) situação familiar atual, (8) antecedentes familiares e (9) antecedentes pessoais. Para este artigo foram analisados os dados obtidos referentes a: (a) dados sócio-demográficos dos usuários de drogas; (b) padrão de uso de cada droga consumida – idade de início de consumo, idade de uso regular e idade de aparecimento de problemas; e, (c) fatores influenciadores na experimentação de cada substância.

Para a análise dos dados, o consumo de drogas e álcool foi dividido em 3 categorias seguindo apenas critérios de frequência de uso. Foi definido como *consumo* de substância psicoativa *qualquer utilização da mesma*, quer o uso tenha sido apenas experimental ou mantido posteriormente. Para maconha e álcool, foi definido como *uso regular* a utilização de substância *2 ou mais vezes por semana*, incluindo repetidas vezes em um mesmo dia. Para cocaína e "crack", esta categoria abrangia o uso *uma ou mais vezes por semana*. *Uso problemático* foi definido como qualquer problema referido pelo paciente, tendo como origem a

droga em questão, para as 5 substâncias estudadas (álcool, tabaco, maconha, solventes e cocaína).

A amostra estudada até o momento é limitada a 21 pacientes. Assim sendo, os resultados serão apresentados descritivamente. A importância da análise descritiva reside no fato de que não há trabalhos semelhantes no Brasil e a apresentação descritiva de algumas tendências iniciais podem auxiliar no planejamento e direcionamento de outras pesquisas sobre o tema.

### Resultados

Dos 21 pacientes estudados, 18 (85,7%) eram do sexo masculino, 12 (57,1%) de cor branca, todos solteiros e residentes no estado de São Paulo. Doze (57,1%) pacientes moravam com o pai e com a mãe, 7 (33,3%) residiam somente com a mãe e 2 (9,6%) moravam com outros familiares. A idade média no momento em que iniciaram o tratamento foi de 15 anos e 1 mês.

Com relação aos estudos, todos já haviam frequentado a escola, porém 13 (61,9%) não estavam estudando no momento da entrevista e 16 (76,2%) já haviam interrompido os estudos em algum momento anterior ao início do tratamento. Os motivos mais frequentes para interrupção dos estudos foram as faltas escolares em 4 casos, razões disciplinares para 5 pacientes e falta de motivação para os 7 restantes. Dez (47,6%) pacientes tinham antecedentes de expulsão da escola por razões disciplinares. O índice de reprovação escolar encontrado foi alto, com 16 (76,2%) adolescentes tendo sido reprovados pelo menos 1 vez e 11 (52,4%) com 2 ou 3 reprovações.

Onze pacientes (52,4%) exerciam atividades remuneradas de forma regular, sendo que 6 deles referiam ser o próprio trabalho a principal fonte de recurso financeiro para despesas pessoais. Porém, para o consumo de droga, a maioria (n=14 ou 66,7%) obtinha recursos de atividades ilegais como roubos ou furtos, sendo que a idade média de início das atividades ilegais foi de 13 anos e 7 meses, 2 meses após o início do consumo de maconha. No último ano, 13 deles praticaram atos delinqüenciais com esse fim. Oito adolescentes (38,1%) haviam se envolvido em tráfico de drogas, principalmente na forma de "avião" – atividade de entrega de drogas, geralmente pequena quantidade ou suficiente para uso pessoal –, em algum momento, sendo que 7 mantiveram esta atividade no último ano. Do total de pacientes, 10 (47,6%) apresentavam antecedentes de envolvimento com polícia e prisão, relacionado diretamente ou não com o uso de drogas (atividades ilegais para obtenção da droga ou por estar portando a droga para uso pessoal).

Na entrevista inicial, os pacientes identificaram, dentre as drogas consumidas, aquela ou aquelas que eles consideraram como "droga-problema", ou seja, que necessitava de abordagem específica para seu tratamento. A maioria apontou mais de um tipo de droga, incluindo álcool, com uma média de 2,9 tipos de "droga-problema" por paciente. Nenhum paciente consumia apenas um tipo de substância psicoativa quando do início do tratamento.

A tabela 1 mostra os dados referentes às idades de início de consumo das diferentes drogas, idade de início de *uso regular*, idade de aparecimento de problemas para cada droga e a idade de início de tratamento. Os dados

**Tabela 1** – Idades de início de consumo, início de uso regular e aparecimento de problemas para as principais drogas consumidas em adolescentes em tratamento no GREA/SEPIA – Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP.

Idades de	Tabaco	Álcool	Maconha	Inalante	Cocaína	Crack
Início de uso: (mín-máx)	12,00 ± 1,09 (6 – 15)	11,30 ± 2,85 (4 – 15)	13,40 ± 1,43 (10 – 15)	13,92 ± 1,08 (12 – 16)	14,35 ± 0,93 (13 – 16)	14,67 ± 1,23 (12 – 16)
Início de uso regular:	13,22 ± 1,26 (10 – 15)	14,25 ± 0,89 (13 – 16)	13,87 ± 1,25 (11 – 16)	14,25 ± 0,50 (14 – 15)	14,57 ± 0,94 (13 – 16)	14,43 ± 1,40 (12 – 16)
Início de problemas:	14,40 ± 1,14 (13 – 16)	15,00 ± 0,00 (15)	14,09 ± 1,22 (12 – 16)	14,00 ± 0,00 (14)	14,90 ± 0,74 (14 – 16)	14,43 ± 1,40 (12 – 16)
Início do tratamento:	15,10 ± 1,09 (13 – 17)	15,05 ± 1,10 (13 – 17)	15,10 ± 1,12 (13 – 17)	15,33 ± 1,23 (13 – 17)	14,24 ± 1,03 (13 – 17)	15,42 ± 1,16 (13 – 17)

Valores referem-se às idades, em anos, e os números entre parênteses referem-se aos extremos de idades em cada categoria

mostram que o consumo de drogas iniciou-se aos 11 anos e 4 meses em média, com o consumo de álcool, evoluindo para o uso de tabaco (12 anos), maconha (13 anos e 5 meses), inalantes (13 anos e 11 meses), opióides (14 anos), cocaína via inalatória (14 anos e 5 meses), "crack" (14 anos e 8 meses), alucinógenos (15 anos e 4 meses) e cocaína via endovenosa (16 anos). Porém, na evolução para uso regular houve uma inversão na ordem com relação a tabaco, álcool e maconha. O tabaco apareceu mais cedo (13 anos e 3 meses), seguido da maconha (13 anos e 10 meses), álcool e inalantes na mesma época (14 anos e 3 meses) e, posteriormente, deu-se o uso regular de "crack" (14 anos e 5 meses) e cocaína inalada (14 anos e 7 meses), não tendo sido relatado uso regular de opióides, alucinógenos e cocaína via endovenosa.

O uso problemático ocorre primeiramente para inalantes (14 anos) e, quase na mesma época, maconha (14 anos e 1 mês), seguidos de tabaco e "crack" aos 14 anos e 5 meses, cocaína via inalatória aos 14 anos e 10 meses e, por último, o álcool aos 15 anos. A idade média de uso problemático do "crack" é menor do que a média de início de uso (14 anos e 8 meses), porque os pacientes que referiam problemas haviam iniciado o consumo de "crack" aos 14 anos e 1 mês e os que não apresentavam problemas, aos 15 anos e 5 meses. Não foi relatado pelos adolescentes uso problemático de opióides, alucinógenos ou cocaína via endovenosa em nossa amostra, provavelmente porque o número de pacientes é pequeno. Globalmente, tanto o uso experimental quanto o uso regular de maconha e cocaína via inalatória antecederam o uso de "crack".

O consumo de drogas deu-se principalmente junto com os amigos (n=14 ou 66,7%), sendo uma atividade grupal, com a minoria referindo uso sem companhia (n=6 ou 28,6%).

A tabela 2 mostra os principais motivos alegados para a experimentação de drogas ou álcool, que de maneira geral podem ser divididos em fatores externos (pressão do grupo de amigos) e individuais ou internos ao adolescente (curiosidade e "para aliviar o desânimo ou quebrar a rotina"). A ordem de importância destes fatores variou conforme a substância utilizada. A curiosidade pelos efeitos da droga foi o único fator citado como influenciador

do uso para todas as substâncias sendo 100% dos usuários de tabaco, 83% dos consumidores de "crack", 75% no caso de solventes, 60% para a maconha, 40% (n=8) para o álcool e 17,6% para a cocaína inalada. O outro fator individual – a necessidade de "aliviar o desânimo" – foi citada pela maioria dos adolescentes apenas no caso da cocaína inalada (n=11 ou 64,7%), sendo minoritário no caso de álcool (n=7 ou 35%), maconha (n=4 ou 20%), "crack" (n=2 ou 17%) e solventes (n=1 ou 8%). O grupo de amigos teve menor influência que os fatores internos, com as seguintes proporções: 25% para o álcool, 20% no caso da maconha, 17% para os solventes e 5,9% para a cocaína inalada. É importante salientar que a pressão do grupo não foi determinante de uso para o tabaco e o "crack", nesta amostra.

**Tabela 2** – Principais fatores apontados pelos adolescentes como motivadores para o primeiro uso de drogas e/ou álcool

Tipos de drogas	Curiosidade	"Aliviar o desânimo"	Pressão dos amigos
Tabaco (n)	100% (21)	0	0
Álcool (n)	40% (8)	35% (7)	25% (5)
Maconha (n)	60% (12)	20% (4)	20% (4)
Inalante (n)	75% (9)	8% (1)	17% (2)
Cocaína (n)	17,6% (3)	64,7% (11)	5,9% (1)
"Crack" (n)	83% (10)	17% (2)	0

## Discussão

Os resultados apresentados acima devem ser analisados especialmente do ponto de vista qualitativo, tendo em vista que foram obtidos a partir de uma amostra reduzida

de 21 pacientes. Desta forma, os critérios empregados para a decisão do tamanho da amostra em estudos quantitativos não devem ser aqui aplicados, tornando este estudo primordialmente qualitativo. Ainda assim, os resultados encontrados são importantes devido à escassez de trabalhos sobre a progressão do consumo de drogas entre adolescentes brasileiros, especialmente aqueles que procuram tratamento para dependência em um centro de atendimento terciário como o Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP. Portanto, ainda que realizado com uma amostra pequena, este trabalho pode ser relevante como indicador de possíveis características sobre o consumo de drogas entre adolescentes brasileiros que buscam tratamento para dependência de drogas. Alguns dos resultados aqui apontados são semelhantes a outros obtidos com amostras similares no exterior. Outros, porém, deverão ser confirmados em estudos com amostras maiores, empregando-se metodologia quantitativa em adolescentes da população geral e no contexto de tratamento de adolescentes dependentes, visando suprir também a falta de artigos nesta área específica das farmacodependências.

Analisando as características da amostra estudada, constatou-se um predomínio do sexo masculino, que não se repete no SEPIA, que faz atendimento de outras patologias psiquiátricas da população desta faixa etária. Duas hipóteses foram levantadas para explicar este achado: (1) as meninas consomem menos drogas que os meninos; (2) elas apresentam menos problemas decorrentes do uso de drogas que os garotos, procurando tratamento com menor frequência. Considerando-se os levantamentos epidemiológicos sobre uso de drogas entre adolescentes no Brasil, a proporção de usuários entre os sexos é semelhante. Carlini-Cotrim e Carlini<sup>(7)</sup> mostraram que, entre estudantes, a proporção de usuários do sexo masculino é semelhante ao do sexo feminino, sendo 27,2% e 20% respectivamente. Em outro levantamento feito entre meninos em situação de rua, constatou-se um predomínio de consumo diário de solventes orgânicos entre as meninas, com proporção de 43,3% versus 27,8%<sup>(8)</sup>. Estes dados são diferentes dos encontrados para a população adulta, onde há um predomínio do sexo masculino entre os usuários de drogas ilícitas e um predomínio do sexo feminino para as drogas lícitas. Portanto, para a faixa etária de adolescentes em questão, a primeira hipótese pode ser descartada. Com relação à segunda hipótese apresentada, não há trabalhos na literatura que comparem o grau de problemas decorrentes do uso de drogas entre os sexos. Porém, na Inglaterra, os adolescentes que procuravam tratamento para dependência de drogas eram do sexo masculino em 70,3% dos casos<sup>(3)</sup>, o que reforça a idéia de que as adolescentes do sexo feminino buscam tratamento com menor frequência. São necessários trabalhos futuros que comparem eventuais diferenças entre os sexos na gravidade dos problemas conseqüentes ao consumo de drogas e os fatores motivadores para procura de tratamento. Os próximos estudos deveriam enfatizar as adolescentes usuárias de drogas e sua história natural de consumo de drogas, para determinar o motivo da baixa procura por tratamento específico.

As principais drogas consumidas entre os adolescentes estudados, excluindo-se o tabaco, foram álcool e maconha

(95,2%), seguidas por cocaína (76,2%), inalantes e "crack" (57,1%). Já os estudos realizados entre meninos em situação de rua mostram que as principais drogas consumidas são os solventes, maconha, anticolinérgicos e cocaína nesta ordem<sup>(8,15)</sup>. Entre os estudantes de 1º e 2º graus de escolas públicas e privadas de 10 capitais brasileiras, a principal droga consumida, excluindo-se álcool e tabaco, é o solvente (17,3%), seguido pelos ansiolíticos (7,2%), anfetamínicos (3,9%) e maconha (3,4%), sendo que a cocaína aparece em 8º lugar, com 0,7%<sup>(10)</sup>. Esta ordem se altera para os estudantes norte-americanos, onde, excluindo-se álcool e tabaco (que aparecem em 84,4% e 57,7% respectivamente), a principal droga consumida é a maconha (27,5%), seguida por estimulantes (11,1%), inalantes (6,3%), cocaína (5,9%), surgindo o "crack" em 10º lugar com 1,9%<sup>(16)</sup>, que não aparece nos levantamentos nacionais realizados até o ano de 1989. A diferença encontrada com relação aos outros trabalhos nacionais, com os inalantes sendo apenas a 3ª droga consumida entre os adolescentes do presente estudo, provavelmente deve-se ao fato de se estar estudando uma população que procura tratamento especificamente para dependência de álcool e drogas. Na Inglaterra, os adolescentes que buscam tratamento consomem, principalmente, álcool (66%), maconha (60,9%) e cocaína (60,9%), sem referência ao uso de inalantes<sup>(3)</sup>. Como apontaram Carlini e cols., a principal droga envolvida nas internações psiquiátricas por farmacodependência ocorridas em 1988 foi a maconha, seguida da cocaína, não aparecendo referência direta aos inalantes<sup>(10)</sup>. Isto faz supor que, apesar dos solventes serem consumidos com maior frequência, o seu uso está menos implicado na procura de tratamento.

Os adolescentes que buscaram tratamento por problemas pelo uso de drogas associam o consumo de 3 tipos diferentes de drogas, em média, número semelhante à média de 4,27 encontrada para adolescentes farmacodependentes em tratamento em regime de internação<sup>(17)</sup>. Esta associação de consumo também foi encontrada entre os adolescentes brasileiros da população geral - estudantes de escolas públicas e privadas e meninos em situação de rua - assim como entre menores internados por distúrbios de conduta<sup>(7,8,15)</sup>. Da mesma forma, os adolescentes americanos são caracterizados pelo abuso de múltiplas drogas de maneira associada<sup>(18)</sup>, o que também ocorreu em 57,4% dos adolescentes ingleses que buscaram tratamento para dependência de drogas<sup>(3)</sup>. Assim sendo, o poliabuso de drogas parece ser uma característica dos adolescentes usuários de drogas em geral e não apenas daqueles que buscam tratamento.

Segundo Kandel e Adler<sup>(19)</sup>, o consumo de drogas entre adolescentes ocorre em estágios, iniciando-se com o uso de cerveja e vinho, com posterior consumo de bebidas destiladas e tabaco. No terceiro estágio está a maconha e, posteriormente, se dá o consumo de opióides, cocaína, com os alucinógenos aparecendo em último estágio. Os dados aqui encontrados mostram uma evolução de consumo bastante semelhante: álcool, tabaco, maconha, inalantes, opióides, cocaína via inalatória, "crack" e alucinógenos. Novamente, as diferenças encontradas com outros estudos brasileiros aparecem com relação aos inalantes. Sem considerar o álcool e o tabaco, entre os meninos de rua, a principal "droga de batismo" foi o solvente.

Porém para os menores internados por problemas de conduta, a droga de estréia volta a ser a maconha<sup>(8)</sup>, como o encontrado no presente estudo. Esta seqüência de início de uso também foi encontrada por Kandel e Yamaguchi<sup>(6)</sup>, para os estudantes norte-americanos de 1º e 2º graus, com exceção dos inalantes, que não é referido pelos autores. Os autores concluem que as características do modelo de desenvolvimento em estágios do uso de drogas entre adolescentes proposto no início dos anos 70 continua válido para os adolescentes no final dos anos 80, porém sem considerar o "crack" especificamente. Em uma população de adolescentes que procuravam tratamento para dependência na Inglaterra, a evolução do consumo de drogas foi bastante semelhante ao encontrado nesta pesquisa: maconha aos 13 anos e 3 meses, álcool aos 13 anos e 7 meses e cocaína aos 14 anos e 8 meses, sendo esta última a mesma idade encontrada no presente estudo<sup>(3)</sup>.

Kandel e Yamaguchi<sup>(6)</sup> encontraram diferença entre os sexos no que diz respeito ao papel do álcool e do tabaco na progressão para o uso de outras drogas. Para o sexo feminino, o modelo de progressão de uso de substâncias psicoativas encontrado foi o do tabaco precedendo a experimentação de maconha, enquanto para o sexo masculino o álcool, mesmo na ausência do tabaco, precedia o uso de maconha. Para estes, o cigarro precede o uso de outras drogas ilícitas que não maconha e assume maior importância em estágios posteriores do consumo de drogas. Eventuais diferenças entre os sexos para os adolescentes brasileiros ainda não foram descritas em nenhum trabalho e não puderam ser analisadas no presente estudo visto que a amostra contava com apenas duas pacientes do sexo feminino.

Com relação ao "crack", para a amostra aqui analisada ela surge no estágio final do consumo de drogas, sendo precedido principalmente pelo uso de álcool, maconha e cocaína inalada, o que também foi encontrado em um estudo qualitativo sobre o uso de "crack" no Brasil<sup>(20)</sup>. Esta seqüência de uso se repete para os usuários americanos, inclusive com idades de início de consumo semelhantes: 14,5 anos em média para os americanos<sup>(21)</sup> e 14,7 anos no presente estudo. Entre os usuários de "crack", há um predomínio do sexo masculino, como foi aqui constatado, onde todos os adolescentes que referiam uso de "crack" eram deste sexo. Esta predominância também foi constatada no trabalho de Nappo e cols., onde observou-se aproximadamente 3 homens usuários regulares de "crack" para cada mulher, ainda que para população de adultos<sup>(20)</sup>.

Alguns fatores de risco para o consumo de substâncias psicoativas por adolescentes exercem maior influência no início do uso de determinadas substâncias e não sobre outras. Por exemplo, nos estágios iniciais do consumo de drogas, o uso de cerveja ou vinho geralmente é precedido pelo envolvimento em pequenos comportamentos delinqüenciais, alto nível de socialização com adolescentes da mesma faixa etária e por modelos dos pais e amigos como usuários de álcool. Fatores ambientais, na forma de mensagens a favor das drogas por parte dos amigos, pais e da mídia são mais importantes no início do consumo de drogas. Nos estágios posteriores da evolução do consumo, o uso de maconha é precedido pela aceitação de

crenças e valores favoráveis ao consumo desta, envolvimento com amigos que fumam maconha e participação em comportamentos delinqüenciais. Finalmente, o uso de drogas ilícitas pode ser previsto pelo relacionamento deficitário com os pais, pela exposição a modelos de amigos e pais usuários de cerveja, por estressores psicológicos, pelo uso regular de maconha e pelo agravamento do comportamento delinqüencial que precedem estes estágios finais<sup>(22)</sup>.

De forma geral, Bukstein aponta 5 fatores de risco relacionados ao consumo de todas as substâncias psicoativas pelos adolescentes e que devem ser analisados, principalmente para o aprimoramento de intervenções com caráter preventivo. Estes fatores são: (1) influência do grupo de amigos, (2) fatores familiares, (3) fatores individuais, (4) fatores biológicos e (5) fatores socioculturais e comunitários. Dupre e cols. estudaram adolescentes ingleses que buscavam auxílio por telefone para problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Para aquela população, o principal fator relacionado ao início do consumo de álcool e drogas foi a influência do grupo de amigos, sendo a curiosidade citada por apenas 20% dos adolescentes<sup>(3)</sup>. Diferentemente do resultado do estudo britânico, as tendências apontadas pelo presente estudo mostram que, para a maioria dos adolescentes brasileiros de nossa amostra, a curiosidade pelos efeitos da droga e/ou álcool parece ser o principal fator de risco para a experimentação de todas as drogas. O mesmo foi encontrado no estudo qualitativo de 25 usuários de "crack" no Brasil<sup>(20)</sup>. As eventuais diferenças aqui apontadas com relação a outras pesquisas podem ser consequência do tamanho reduzido da amostra, não refletindo a importância quantitativa real de cada fator de risco. Qualitativamente, os fatores apontados por Dupre e cols. e também por Bukstein foram os mesmos relatados para os adolescentes brasileiros.

A análise da companhia de consumo de álcool e drogas também aponta para semelhanças entre os fatores de risco associados a estes usos para os adolescentes brasileiros estudados e trabalhos internacionais, onde a companhia de uso mais freqüente foram os amigos<sup>(3,22)</sup>. A principal forma de consumo, tanto de álcool como das outras drogas, é entre o grupo de amigos, apontando a influência deste fator no uso de substâncias psicoativas por parte dos adolescentes, ainda que de forma indireta. Para a nossa amostra, a pressão do grupo de amigos parece ocorrer com maior intensidade na fase inicial do consumo de drogas, quando ocorre o uso de álcool e maconha. A referência a fatores intrínsecos do usuário – tais como necessidade de estimulação, vencer o desânimo e quebrar a rotina – como motivadores do uso, principalmente de substâncias estimulantes como a cocaína, levantam a hipótese de prováveis sintomas depressivos precedendo o início do consumo de drogas ou álcool, sendo a depressão um diagnóstico diferencial que deve ser pesquisado no tratamento destes adolescentes<sup>(23)</sup>.

Este trabalho aponta alguns aspectos da dependência de drogas nesta população que podem direcionar as pesquisas futuras nesta área. Dentre estes achados está a constatação da baixa procura de tratamento por parte das usuárias de drogas do sexo feminino: nos levantamentos epidemiológicos elas consomem drogas com freqüência

bastante similar ao sexo masculino, porém são a minoria nos centros de tratamento. Outro aspecto importante a ser corroborado é a progressão do consumo de drogas em estágios para os adolescentes brasileiros que buscam tratamento, que se inicia com o consumo de álcool e tabaco, evoluindo para o uso de maconha, inalantes e cocaína via inalatória, com o "crack" aparecendo no estágio final desta evolução. Um terceiro aspecto refere-se aos fatores motivadores da experimentação destas substâncias, sendo a curiosidade um fator importante no consumo de todas as drogas, enquanto os motivos internos como "aliviar o desânimo" são mais importantes no consumo de cocaína via inalatória e álcool. Por fim, a pressão do grupo de amigos parece estar presente não só como motivador do início do uso, mas como companhia para a manutenção do consumo.

## Summary

### *Progression of drug consumption by adolescents who look for treatment*

*Studies have shown that the involvement of adolescents with alcohol and drugs has different stages, beginning with consumption of fermented alcoholic beverages going to illicit drug use in the final stages, like crack. The "gateway drug" for children who live in the streets in Brazil is inhalant. However, there is not any study about the progression of alcohol and drug use among Brazilian adolescents who look for treatment. This paper shows qualitatively some patterns of alcohol and drug use among adolescents who are in treatment for alcohol and/or drug dependence in a public tertiary hospital.*

*Twenty-one patients, with ages between 11 and 17 were studied. The age of first use was around 11 years old with alcohol consumption, hastily followed by tobacco, marijuana, inhalants, opiates, snorted cocaine and crack around 14 years old. Patients used an average of three different drugs: alcohol, marijuana and cocaine. The main factor promoting the experimental use of all substances was the curiosity about their effects. The peer influence was important for the beginning of use only for alcohol, marijuana and inhalants in about 20% of cases. For snorted cocaine, the need for relief of depressive symptoms was the main risk factor for first use. These substances were most frequently used with peers.*

*Understanding the "press" and tendencies of the involvement of adolescents with alcohol and drugs may be useful to prevent to the evolution from experimental or recreational use to the situation of dependence, which has major consequences and a worst prognostic. These results point to some aspects that have to be studied by quantitative researches, with more numerous sample. The depressive symptoms referred by some patients show the importance of the differential diagnostic between depression and drug dependence in the treatment of adolescents' drugs and alcohol abuse, specially for stimulants' consumption.*

Uniterms: progression of consumption; adolescents; marijuana; cocaine; alcohol

## Referências

1. MILLER NS, GOLD MS, MAHLER JC - Violent behaviors associated with cocaine use: possible pharmacological mechanisms. *International Journal of Addiction*, 26: 1077-1088, 1991.
2. NEWCOMB MD, BENTLER PM - Substance use and abuse among children and teenagers. *American Psychology*, 44: 242-248, 1989.
3. DUPRE D, MILLER N, GOLD M, RÔSPENDA K - Initiation and progression of alcohol, marijuana, and cocaine use among adolescent abusers. *The American Journal on Addictions*, 4: 43-48, 1995.
4. KANDEL DB, YAMAGUCHI K, CHEN K - Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *Journal of Studies on Alcohol*, 53: 447-457, 1992.
5. DONOVAN JE, JESSOR R - Problem drinking and the dimension of involvement with drugs. *American Journal of Public Health*, 73: 543-552, 1983.
6. KANDEL DB, YAMAGUCHI K - From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health*, 83(6): 851-855, 1993.
7. CARLINI-COTRIM BH, CARLINI EA - 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 grau da rede estadual. *Revista ABP-APAL*, 5(2): 49-58, 1987a.
8. CARLINI-COTRIM BH, CARLINI EA - O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na Grande São Paulo. Parte II: meninos de rua e menores internados. *Revista ABP-APAL*, 9(2): 69-77, 1987b.
9. CARLINI-COTRIM BH - Dados sobre o consumo de drogas por adolescentes no Brasil. *Revista ABP-APAL*, 9(3): 99-102, 1987.
10. CARLINI EA, CARLINI-COTRIM BH, NAPPO SA - Illicit use of psychotropic drugs in Brazilian cities: 1987-1989. Community Epidemiology Work Group - Epidemiologic Trends in Drug Abuse. *Proceedings*: II2-II16, 1990.
11. SCIVOLETTO S, HENRIQUES Jr SG, ANDRADE AG - Proposta de tratamento para adolescentes usuários de drogas: a internação domiciliar como alternativa. Enviado para publicação.
12. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder, 3rd Edition - Revised, Washington, DC, p. 12, 1978.
13. KAMINER Y, WAGNER E, PLUMMER B, SEIFER R - Validation of the Addiction Severity Index (T-ASI). *The American Journal on Addictions*, 2(3): 250-253, 1993.
14. ANDRADE AG, BRUN-FENTRINKER P - Avaliação de tratamento de alcoolistas. *Revista ABP-APAL*, 9: 94-98, 1987.
15. BUCHER R, DA COSTA ACL, OLIVEIRA JA - Consumo de inalantes e condições de vida de menores da periferia de Brasília. *Revista ABP-APAL*, 13(1): 18-26, 1991.
16. KANDEL DB, DAVIES M - Decline in the use of illicit drugs by high school students in New York state: a comparison with national data. *American Journal of Public Health*, 81(8): 1064-1067, 1994.
17. STEWART DG, BROWN SA - Withdrawal and dependency symptoms among adolescent alcohol and drug abusers. *Addiction*, 90: 627-635, 1995.
18. CARLSON RG, SIEGAL HA - The crack life: an ethnographic overview of crack use and sexual behavior among african-americans in a midwest metropolitan city. *Journal of Psychoactive Drugs*, 23: 11-20, 1991.
19. KANDEL DB, ADLER I - Socialization into marijuana use among French adolescents: a cross cultural comparison with the United States. *Journal of Health Society Behavior*, 23: 295-309, 1982.
20. NAPPO SA, GALDURÓZ JCF, NOTÓ AR - Uso do "crack" em São Paulo: fenômeno emergente?. *Revista ABP-APAL*, 16(2): 75-83, 1994.
21. SMART RG - Crack cocaine use: a review of prevalence and adverse effects. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17: 13-26, 1991.
22. BUCKSTEIN OG - Adolescent Substance Abuse - Assessment, Prevention and Treatment, Wiley-Interscience Publication, New York, 1995.
23. SCIVOLETTO S, NICASTRI S, ZILBERMAN ML - Transtorno depressivo na adolescência: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Medicina*, 51(9): 1211-1225, 1992.

ecn

*KELK*

# Transtorno de conduta em crianças e adolescentes de rua no Brasil

Héctor M. León Castro<sup>1</sup>

## Resumo

*Crianças e adolescentes de rua são uma população de alto risco no que se refere a doenças físicas e psiquiátricas, considerando as severas formas de marginalização em que se encontram.*

*Recentes estudos demonstraram prevalência maior de transtorno de conduta nestes meninos, podendo ir de 25% até 70%, dependendo de uma série de fatores. Quando um menino tem dito transtorno, tem maiores probabilidades para apresentar outros transtornos psiquiátricos como depressão, abuso de drogas, transtorno de atenção por hiperatividade, etc.*

*A associação de dois ou mais transtornos psiquiátricos com bastante frequência são os responsáveis por uma maior severidade de conduta agressiva e dos atos anti-sociais, podendo apresentar-se, pela primeira vez, entre o período tardio da infância e o início da adolescência.*

*Determinadas formas de temperamento infantil "difícil" se associam com maior frequência a problemas de conduta quando não são regulados e socializados adequadamente, podendo transformar-se em um típico transtorno de conduta.*

*O transtorno de conduta tem sido definido pelo DSM-III-R como um padrão de conduta no qual se violam os direitos básicos dos demais e as normas apropriadas à idade, e são mais graves que as travessuras e jogos apropriados para a idade, podendo variar desde fugas de casa até violência sexual e assassinato.*

**Unitermos:** distúrbios de conduta; crianças e adolescentes de rua

Por muitos séculos tem-se conhecido o conceito de delinquência juvenil, expressão que, atualmente, se constitui um termo jurídico e que, comportalmente, exprime diversos atos anti-sociais.

Atualmente investigações têm documentado que as condutas anti-sociais podem apresentar-se, pela primeira vez, entre o período tardio da infância e o início da adolescência. Determinadas formas de temperamento infantil "difícil" se associam com maior frequência a problemas de conduta quando não são regulados e socializados adequadamente, podendo transformar-se em um típico transtorno de conduta.

Tal transtorno, estatisticamente, se associa, com mais frequência, ao transtorno anti-social de personalidade da vida adulta, o que torna esta pessoa mais vulnerável a uma história de vida de atos anti-sociais, alcoolismo, consumo de outras drogas, punições judiciais, morte violenta.

O transtorno de conduta tem sido definido pelo DSM-III-R como um padrão de conduta no qual se violam os direitos básicos dos demais e as normas sociais apropriadas à idade.

As mesmas são mais graves que as travessuras e jogos apropriados para a idade, podendo variar desde fugas de casa até violência sexual e assassinato.

Nestas condições, o menino poderia ser considerado "incurável" e um problema sério para os pais e à comunidade. Como fatores determinantes de tais condutas, têm-se apontado causas biológicas, psíquicas e sociais.

Como toda conduta humana, seu diagnóstico e compreensão são multicausais. Entretanto, tem-se destacado que a pobreza extrema e formas de marginalização familiar, social e pessoal atuam negativamente sobre o indivíduo, tornando-o mais vulnerável aos problemas emocionais, de conduta e transtornos psiquiátricos.

<sup>1</sup>Mestrando em Psiquiatria e Saúde Mental. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Bolsista da CAPES.

Crianças e adolescentes de rua são uma população de alto risco no que se refere a enfermidades físicas e psiquiátricas, considerando as severas formas de marginalização social em que se encontram.

Recentes estudos demonstram prevalência maior de transtorno de conduta nestes meninos, bem como de sintomas associados, tais como depressão, idéias e tentativas de suicídio, abuso de drogas e transtorno de inatenção por hiperatividade, tais transtornos fazem mais difícil sua integração pessoal, familiar e social, contribuindo para uma maior marginalização.

Dados governamentais e não governamentais revelam que, na atualidade, existem aproximadamente nove milhões de meninos de rua. 45% dos meninos e adolescentes do Brasil vivem em domicílios que se caracterizam por sua situação de "absoluta" pobreza. Estes setores formam uma população excedente, excluída do mercado formal de trabalho e que conformam, em sua maioria, os chamados pobres estruturais. Dos mesmos, novos contingentes de meninos e adolescentes engrossam as filas da população de meninos de rua.

### Transtorno de conduta: introdução

Transtorno de conduta é o termo usado para descrever crianças e adolescentes que apresentam uma variedade de comportamento, geralmente agressivo, e diferentes tipos de vulnerabilidades biopsicossociais subjacentes a esses comportamentos.

Estes comportamentos podem variar desde fugas de casa até estupro e assassinato. Os sinais de seus transtornos causam maior preocupação para as pessoas em torno deles do que para os próprios jovens.

### Definição e critérios de diagnóstico

O Manual de Diagnóstico e Estatística de transtornos mentais, 3ª ed., revisado (DSM-III-R) (APA<sup>(2)</sup>), define transtorno de conduta como um padrão persistente de conduta no qual são violados os direitos básicos dos outros e as principais normas ou regras da sociedade apropriadas para a idade.

A conduta é mais grave do que as travessuras e brincadeiras comuns das crianças e adolescentes. Para fazer o diagnóstico, eles devem ter tido transtorno de conduta que tenha durado pelo menos seis meses. Durante este período de tempo, três dos seguintes comportamentos devem ter estado presentes:

1. Roubou sem confrontação com uma vítima, em mais de uma ocasião (incluindo falsificação).
2. Fugiu de casa, durante a noite, pelo menos duas vezes, enquanto vivendo na casa dos pais ou em um lar adotivo (ou uma vez sem retornar).
3. Mentiu com frequência (por outro motivo que não seja para evitar abuso físico ou sexual).
4. Envolveu-se deliberadamente em provocações de incêndio.
5. Gazeteia habitualmente a escola (para pessoa mais velha: ausência no trabalho).
6. Violou a casa, edifício ou carro de uma outra pessoa.
7. Destruíu deliberadamente propriedade de outros (que não por provocação de incêndio).
8. Foi fisicamente cruel com animais.

9. Forçou alguém à atividade sexual com ele ou ela.

10. Usou uma arma em mais de uma briga.

11. Frequentemente inicia lutas físicas.

12. Roubou com confrontação de uma vítima (por exemplo, assalto, roubo de carteira, extorsão, roubo à mão armada).

13. Foi fisicamente cruel com pessoas.

O diagnóstico atual de transtorno de conduta é dividido em três subtipos:

1) Tipo gradual, no qual a maioria dos comportamentos acima ocorrem na companhia de pares.

2) Tipo solitário agressivo, no qual há uma predominância de comportamento agressivo, que é iniciado pela criança ou adolescente sozinho.

3) Tipo indiferenciado, para crianças ou adolescentes com uma mistura de aspectos clínicos que não são facilmente classificados nos dois subtipos anteriores.

A gravidade do transtorno de conduta no DSM-III-R é avaliada em uma escala de suave, moderado e severo, de acordo com os números de problemas de conduta, excedendo àqueles necessários para fazer o diagnóstico e de acordo com o grau de prejuízo ou dano físico real que tenha sido infligido a outras pessoas.

O termo transtorno de conduta deve ser diferenciado do termo delinqüente, que é um termo legal e não um termo diagnóstico, e a definição baseia-se na idade do momento em que foi cometida uma infração legal (Lewis e Wolkmar<sup>(30)</sup>).

Estudos feitos em jovens delinqüentes têm demonstrado que eles têm uma ampla gama de vulnerabilidades biopsicossociais e uma grande variedade de transtornos psicopatológicos.

A literatura é ampla a respeito. Neighbors et al<sup>(41)</sup> encontrou em uma amostra de delinqüentes juvenis uma forte relação entre conduta anti-social, transtorno de conduta e maior prevalência de abuso de substâncias. Os transtornos psicopatológicos podem ser de maior severidade se o jovem delinqüente faz parte de um grupo delinqüente juvenil (Lyon et al<sup>(29)</sup>).

Outras pesquisas encontraram uma forte relação entre transtorno de conduta, maiores níveis de agressividade e pior prognóstico (Gabel e Shindledecker<sup>(18)</sup>). E uma relação importante entre hiperatividade e impulsividade com graus de conduta anti-social (Moffitt<sup>(38)</sup>).

Nesse sentido, um delinqüente é uma criança ou adolescente que foi considerado culpado por um juiz de ter-se envolvido em alguma forma de comportamento legalmente condenado. A gravidade das ofensas não é necessariamente um bom indicador da adequação do diagnóstico de transtorno de conduta.

Por exemplo, um jovem recorrentemente agressivo, que se envolve em brigas sérias, aparentemente não provocadas e que, ocasionalmente, provoca prejuízo físico extremo, pode revelar-se extremadamente paranóide e muito mais perturbado psiquiatricamente do que o indicado pelo diagnóstico de transtorno de conduta (Lewis<sup>(31)</sup>).

Para fazer o diagnóstico de transtorno de conduta precisa-se ter excluído os outros tipos de condições neuropsiquiátricas que frequentemente estão subjacentes a tais comportamentos, como por exemplo sinais neurológicos

menores, depressão, transtorno de déficit de atenção por hiperatividade, abuso de substância etc.

O transtorno de conduta é uma perturbação que se produz em 9% dos homens e 2% das mulheres na população geral de crianças e adolescentes. É mais comum entre meninos do que entre meninas, numa proporção de 4 para 1 a 12 para 1. É mais comum em filhos de pais com comportamento anti-social, dependência de álcool, do que na população em geral (APA<sup>(2)</sup>; Lyon et al<sup>(29)</sup>).

### Fatores etiológicos

Nenhum fator isolado pode responder pelo comportamento do transtorno de conduta em crianças. Uma multiplicidade de diferentes tipos de estressores ou vulnerabilidades biopsicossociais, e suas combinações, parecem estar associados com ditos comportamentos.

As teorias sócio-culturais sugerem que as crianças sócio-economicamente privadas, com famílias disfuncionais e criadas num ambiente delinqüencial, são mais vulneráveis.

Susser et al<sup>(52)</sup> propõem três níveis de interrelação simultânea para explicar a importante relação de psicopatologia e pobreza.

a) Um nível amplo ou fatores sociais, relacionados ao complexo problema da industrialização e rápido crescimento das grandes cidades, o que produz desequilíbrio estrutural, desajuste funcional e afeta as instituições, os grupos, as famílias e os indivíduos.

b) Um nível intermediário ou familiar que apresenta variadas formas de disfuncionalidade em seu relacionamento interpessoal, criando mal-entendidos, rupturas, ansiedade, stress etc.

c) Um nível individual que reflete as contradições relacionais e individuais e que pode contribuir para a emergência de transtornos psiquiátricos, problemas emocionais, ou transtornos comportamentais. A interrelação entre esses fatores é sistêmica, de contínua retroalimentação entre os distintos níveis.

Sendo quase impossível levar em conta as numerosas variáveis em jogo, a literatura especializada assinala aspectos parciais do problema.

As teorias com ênfase no âmbito social sugerem que as crianças sócio-economicamente privadas, incapazes de obter status e bens materiais através de caminhos lícitos, são levadas a lançar mão de meios socialmente inaceitáveis para atingir esses objetivos, sendo tal comportamento aceitável sob circunstâncias de privação sócio-econômica importante, na medida em que estão simplesmente mantendo-se fiéis aos valores de sua própria subcultura (Lewis<sup>(31)</sup>; Kaplan e Sadock<sup>(25)</sup>).

Há, entretanto, certos correlatos de classe social que são, provavelmente, mais importantes que a situação sócio-econômica *per se*. As pesquisas destacam uma importante relação entre situação sócio-econômica baixa, tamanho amplo da família, má supervisão das crianças na disciplina e um maior nível de doença mental e física parental (O'Shaughnessy<sup>(44)</sup>; McLooyd<sup>(34)</sup>).

Determinadas formas de temperamento infantil "difícil" se associam com maior freqüência a problemas de conduta, quando não são adequadamente socializados e

podem transformar-se num típico transtorno de conduta (Oberklaid et al<sup>(43)</sup>; Windle<sup>(59)</sup>).

Há uma boa probabilidade de que diferentes tipos de práticas de criação dos filhos em diferentes grupos sócio-culturais inibam ou contribuam para o desenvolvimento de comportamento anti-social. Por exemplo, a indisciplina e o escasso controle de conduta das crianças se associa mais à psicopatologia (Feeham et al<sup>(16)</sup>).

Também há uma boa evidência de que a punição corporal extremamente severa contribui para os comportamentos agressivos das crianças e para sua fuga para a rua (Famularo et al, 1990).

Fortes restrições econômicas, condutas agressivas dos pais, transtornos psiquiátricos subjacentes podem gerar, mais freqüentemente, famílias disfuncionais e contribuir para importantes problemas emocionais nas crianças (Dadds e Powell<sup>(9)</sup>; Whittaker e Bry<sup>(54)</sup>), problemas de transtornos de conduta (Fergusson et al<sup>(16)</sup>).

O transtorno de conduta pode contribuir para o rechaço dos pares na escola e punição pelos professores. Seus problemas de impulsividade e inatenção contribuem, freqüentemente, para problemas de aprendizado. Schachter et al<sup>(49)</sup> examinaram 502 crianças com problemas de aprendizado, e encontraram 43% com problemas de transtorno de conduta.

Essa situação descrita pode provocar abandono escolar ou expulsão do sistema escolar. Assim, tirados de um principal meio de socialização - a escola - tratarão de completá-la com seus pares nas ruas e nas praças. Às vezes passam a formar turmas de consumo de drogas. Se o menino teve problemas de hiperatividade ou transtorno de conduta, a probabilidade de começar o consumo é maior (Mannuzza et al<sup>(33)</sup>; Milin et al<sup>(36)</sup>), e os problemas de hiperatividade e impulsividade, concomitantemente, aumentarão.

O uso de solventes (tinner, cola de sapateiro) contribui marcadamente para o consumo múltiplo de drogas e suas associações para uma maior psicopatologia subjacente (Demilio<sup>(10)</sup>; Dinwiddie et al<sup>(11)</sup>).

### Diagnóstico diferencial

Atos isolados de comportamento anti-social não justificam um diagnóstico de distúrbio de conduta. Esses comportamentos devem ser repetitivos por um período de 6 meses, ou mais. Se não preenche esse critério, deve ser diagnosticado como conduta anti-social da criança e do adolescente.

Crianças com distúrbios de conduta, geralmente, apresentam um prejuízo no funcionamento social e escolar. Também se deve fazer um diagnóstico diferencial com o transtorno oposicional desafiante. Nele não se viola os direitos básicos dos outros e as normas sociais adequadas à maioria (APA<sup>(2)</sup>).

O distúrbio bipolar deve também ser descartado. A irritabilidade e o comportamento anti-social, associados a episódios maníacos, são geralmente breves, enquanto os sintomas do transtorno de conduta tendem a persistir com o passar do tempo.

Distúrbio de hiperatividade por déficit de atenção é um diagnóstico associado ao distúrbio de conduta (Riederman et al<sup>(47)</sup>; Barkley et al<sup>(5)</sup>).

### Aspectos clínicos

O DSM-III-R relaciona três subtipos de distúrbio de conduta: solitário agressivo, grupal e indiferenciado. As crianças do primeiro tipo, além de satisfazerem os sintomas comportamentais dos critérios diagnósticos, apresentam um comportamento agressivo de tipo solitário.

Comportamento sexual, uso regular de bebidas ou drogas começam cedo nessas crianças (APA<sup>(2)</sup>). Podem ser hostis, verbalmente ofensivas, desafiadoras e negativas frente aos adultos. Mentiras persistentes, gazeta freqüente e vandalismo são comuns. Em casos graves, há destrutividade, furtos, violência física (Kaplan e Sadock<sup>(25)</sup>).

Muitas dessas crianças não conseguem desenvolver ligações sociais normais com o grupo de pares. Muitas delas têm uma baixa auto-estima, associada a sérios problemas familiares (Novy et al<sup>(42)</sup>). Caracteristicamente, jamais farão algo por alguém, têm uma facilidade para manipular os outros em benefício próprio, sem reciprocidade. Carecem de preocupação pelos sentimentos, desejos e bem-estar alheios.

Raramente têm sentimentos de culpa ou remorso por seus comportamentos insensíveis (APA<sup>(2)</sup>). O distúrbio de conduta, tipo grupal, ocorre em companhia de amigos que podem ter problemas semelhantes e aos quais o indivíduo é leal; às vezes, formam grupos de delinquentes, onde os problemas de conduta podem amplificar-se (Lyon et al<sup>(29)</sup>).

Dito comportamento ocorre fora de casa, inclui gazetas repetidas, vandalismo e agressão física ou ataques a outras pessoas, incluindo assaltos, brigas de quadrilhas e espancamentos. É provável que demonstrem preocupação pelo bem-estar dos amigos ou membros da turma, aos quais dificilmente culpam ou delatam (APA<sup>(2)</sup>).

Há uma influência significativa do grupo de pares sobre o comportamento dessas crianças e a necessidade de manter sua qualidade de membro do grupo. Jovens com transtorno de conduta não estão tão seriamente prejudicados neurologicamente como se achavam antes. Mas, nas pesquisas clínicas, eles apresentam com mais freqüência problemas de atenção e sinais neurológicos "leves" (Lewis<sup>(31)</sup>).

Sinais neurológicos leves não significam, por si só, uma lesão neurológica definitiva ou específica, mas - considerados em conjunto - podem indicar organicidade (Lewis e Wolkmar<sup>(30)</sup>).

Não é raro que eles tenham uma história de convulsões febris precoces ou um eletroencefalograma difusamente anormal. Isto poderia estar agravado pelo fato de que eles sofrem mais acidentes, ferimentos na cabeça e doenças em geral do que seus pares sem transtorno de conduta (Lewis<sup>(31)</sup>).

Armistead et al<sup>(4)</sup> documentaram, em uma amostra de adolescentes delinquentes, que eles tinham níveis mais altos de psicopatologia.

O mais predominante desses sintomas é a ideação paranóide de jovens anti-sociais, recorrentemente agressivos, tendem a sentir-se ameaçados, além de uma necessidade de se proteger e carregar armas (Lewis<sup>(31)</sup>). Eles freqüentemente percebem de forma errada os comportamentos e intenções dos outros e atacam quando se sentem provocados. Muitos desses quadros são reativos aos ambientes

hostis em que moram. Mundy et al<sup>(40)</sup> têm documentado esses problemas em adolescentes que moram na rua.

Entretanto suicídio, tentativas de suicídio e automutilação são comuns entre jovens delinquentes e com transtorno de conduta. Outros estudos têm relatado alta prevalência de transtornos depressivos maiores em delinquentes seriamente anti-sociais (Robins e Price<sup>(48)</sup>; Kutcher et al<sup>(26)</sup>). Feitel et al<sup>(15)</sup>, em uma amostra de 140 jovens de rua que apresentavam problemas emocionais e de conduta, encontraram 75% de pessoas com depressão.

### O problema dos meninos de rua no Brasil

#### Situação social do Brasil

No Brasil há uma dramática situação, no que se refere à pobreza; esta é resultante do modelo econômico desenvolvido na sua vida republicana, principalmente no pós-1964, o que se agravou com a recessão econômica do período 1979-84, e se aprofundou com os planos cruzado, Collor I e II. Tal situação não tem sido superada nem melhorada pelo atual governo.

Recentemente, o relatório Human Development Report, das Nações Unidas, assinala que os 20% dos brasileiros mais ricos têm uma renda 26,1 vezes superior à dos 20% mais pobres (Jornal do Brasil, 2/5/93). O Brasil tem uma redistribuição de renda inferior à de Bostwana. Gasta 35% da renda nacional no setor público e destina menos de 2% às questões sociais prioritárias.

Nestas condições, o desemprego aberto, de março de 1990 a fevereiro de 1991, aumentou 28% nas seis principais regiões metropolitanas. Em 1993, o Ministério do Trabalho aponta 1.061 demissões por hora útil. De janeiro de 1990 a fevereiro de 1993, foram registradas 20,2 milhões de demissões ou 531.213 por mês (Magalhães<sup>(32)</sup>).

As condições sociais dos setores considerados em situação de "absoluta" pobreza piorou nos últimos tempos. Foi necessária a mobilização da sociedade civil para que o governo decidisse tomar algumas medidas emergenciais.

Nesse esforço, os comitês de Ação pela Cidadania, fundados pelo sociólogo Betinho, refletem a incrível marginalização social em que se encontra um grande setor da população brasileira.

Em geral, essas políticas de assistência possuíam um caráter fragmentado, indefinido, instável, temporário ou emergencial no atendimento da população pobre (Faleiros<sup>(12)</sup>).

Não é possível corrigir as importantes diferenças de riqueza e de renda sem que se opere uma profunda mudança nas estruturas econômicas e sociais do país.

Embora a Constituição de 1988 consagre a assistência como direito social, é um direito formal e adquire uma lógica perversa, em que os direitos se transformam em ajuda, doação e que têm profundas características assistenciais, paternalistas, clientelistas e autoritárias (Kameyama<sup>(24)</sup>).

A política social no Estado liberal decorre da imperatividade de administrar o mais eficiente possível a desigualdade, mantendo-a dentro dos limites econômicos e políticos aceitáveis. Isto se resume em "a cada um segundo o seu trabalho ou à sua capacidade". É o modelo meritocrático-particularista, o qual acha que cada um deve

estar em condições de resolver suas próprias necessidades em base do seu trabalho, seu mérito, à produtividade. A política social intervém apenas parcialmente, corrigindo a ação do mercado (Faleiros<sup>(13)</sup>).

Esta visão produz e reproduz os processos de marginalização social que observamos amplamente no país.

### A marginalização social

A marginalização social é uma forma especial de estar na sociedade, e é produzida e reproduzida pelo sistema capitalista. De acordo com esta linha de pensamento, o capitalismo mostra em seu desenvolvimento uma incapacidade crescente de absorver todas as forças de trabalho, apesar do crescimento econômico.

Assim é que se vê, ainda em períodos de expansão econômica, como certa proporção de população fica permanentemente excluída e não integrada a esta expansão. Eles não seriam catalogados como exército industrial de reserva, pois sua perspectiva de inserir-se no mercado é muito escassa (Mello<sup>(35)</sup>), constituindo o setor de pobres estruturais que, durante gerações, se encontra frente à linha de pobreza absoluta (Abranches et al<sup>(1)</sup>).

Como conseqüência de tudo isto, e dependendo do grau de não participação, os indivíduos que resultam marginalizados vivenciam insegurança e alienação.

Contudo, a falta de participação do marginalizado não está circunscrita apenas às esferas econômicas do sistema, mas tem também um componente cultural. As realidades econômicas e sociais de hoje precipitam a exclusão de segmentos importantes da população, privando-os de uma participação completa na cultura das sociedades a que pertencem (Brody<sup>(6)</sup>).

Uma conseqüência deste processo é a aquisição de valores e metas do sistema dominante, os quais são contraditórios ou fragmentários, e concomitantemente produz uma capacidade defensiva e de adaptação diminuídas.

Isto influencia sua estrutura caracterológica e sua vulnerabilidade, e à enfermidade (McLooyd<sup>(34)</sup>). Tal perspectiva cultural não bem estruturada interfere com a edificação de uma identidade sócio-cultural adequada e influencia negativamente a visão que o homem marginalizado tem acerca do papel que lhe corresponde na sociedade.

### Pessoas sem teto e meninos de rua

As pessoas que vivem sem teto nas ruas das principais cidades do mundo expressam claramente os maiores níveis de marginalização social a que pode chegar um ser humano. Os meninos de rua constituem um subsegmento especial da população sem teto.

Nos últimos anos o problema das pessoas sem teto tem crescido dramaticamente em todo o planeta. Por exemplo, nos EUA a população sem teto tem se diversificado e inclui agora não somente indivíduos, mas grupos familiares, conformado por pessoas jovens, meninos pertencentes a minorias econômicas e raciais. Em meados da década de 80, seu número chegava a 2 milhões de pessoas, dos quais um milhão são crianças entre 10 e 17 anos (Mundy<sup>(40)</sup>).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância, em 1991, em todo o mundo havia 30 milhões de crianças morando nas ruas (apud Forster<sup>(17)</sup>). O Congresso Nacional

de Crianças de Rua (CNCR, 1990) considera que no Brasil existem nove milhões de crianças e adolescentes que vivem nas ruas.

Esta extrema forma de privação crônica, em que vivem as pessoas sem teto, se relaciona marcadamente a formas subclínicas de depressão, à desesperança e a um sentimento de impotência. Certos mecanismos amortizadores, como as redes sociais de apoio, não estão disponíveis para o marginalizado, de um modo rápido, oportuno e estável, e – como ele está exposto a uma frequência maior de stress – se vê com poucos mecanismos de ajuste psicossocial e com menos recursos de tratamento.

A literatura internacional tem documentado que os efeitos de viver sem teto, por parte dos meninos, está caracterizado por níveis altos de stress (Hagan e McCarthy<sup>(19)</sup>), fome, subnutrição, retardo de desenvolvimento, transtornos emocionais, problemas de conduta e educacionais (Rafferty e Shinn<sup>(45)</sup>).

Também se sabe que a deprivação e a discriminação no ambiente social podem depauperar as capacidades adaptativas, limitar a influência pessoal e restringir as oportunidades para conseguir apoio interpessoal ou institucional.

Em um estudo levado a cabo em Wisconsin, Rostowy (1985) (apud Arana<sup>(3)</sup>), descobriu que 22% dos insucessos que precipitaram a falta de teto se relacionavam com a perda de emprego; outros 16% com altas de instituições mentais e com liberações de instituições penais, e 24% com conflitos familiares.

Este último achado ilustra como é possível que, além das forças sociais e econômicas que subjazem ao fenômeno da marginalidade, a família e o indivíduo mesmo podem jogar um papel crucial na marginalização, particularmente quando existem conflitos importantes não resolvidos.

Em 1976, nos EUA, cerca de 733.000 jovens de 10 a 17 anos de idade deixaram suas casas sem o consentimento dos pais, pelo menos por uma noite inteira (Lewis e Wolkmar<sup>(30)</sup>). Fugir de casa é muitas vezes uma manifestação de desespero, cólera, desejo de ser amado. E também pode dever-se a que o menino já toma parte de um grupo: cuja motivação é o consumo de drogas, atividades ilícitas, sexo etc.

Pesquisas recentes, em seu afã de compreender melhor este fenômeno, propõem a seguinte classificação:

a) *Running from*: são aqueles meninos que têm importantes problemas de interrelacionamento familiar e, quando eles sentem que o conflito é intolerável, decidem abandonar a casa. O abandono é, geralmente, por curto período. Eles seriam pessoas mais reflexivas e de maior autocontrole que os *running to*.

b) *Running to*: são meninos que se implicam em atividades proibidas na casa (exemplo: sexo, drogas, álcool) e geralmente estão integrando grupos de delinquentes. Estes seriam mais impulsivos e com menos autocontrole; suas saídas de casa seriam por períodos mais longos (Miller et al<sup>(37)</sup>; Sharlin e Mor-Borak<sup>(51)</sup>).

Empiricamente considera-se que os meninos deste segundo grupo teriam mais possibilidades de passar a formar o amplo segmento dos meninos sem teto. A literatura especializada, no Brasil, não se reporta a estudos que considerem estas dimensões.

Os parentes do menino, às vezes, não compreendem a dinâmica de porque ele abandonou a casa e respondem a ela aumentando a distância entre a família e o menino de rua.

O menino pode se ver, assim, levado a adotar um grau de autonomia que não sabe manejar, engajando-se, ainda mais, a grupos de estilos de vida anti-social.

Ainda quando o menino, em um primeiro momento, tenta voltar para casa, a atitude da família obriga-o a colocar-se à margem dela.

As pesquisas feitas com meninos de rua, no Brasil, mostram que estes, antes de ficar na rua, procuram parentes e famílias sem sucesso. Quando ficam na rua, têm que introjetar a forma de funcionamento daquele novo grupo. Nele, há uma ética, uma moral própria, diferente das do mundo social.

As leis do mundo da rua são muito rígidas. Têm limites estritos que devem ser respeitados, sob pena de sofrer severas punições. Roubar, por exemplo, é uma qualidade positiva. Roubar para sobreviver é uma forma de preservar sua dignidade (Seligmann et al<sup>(50)</sup>).

Também seria uma forma de recobrar aquilo que sentem como lhes tendo sido privado ou uma forma de resistência (Leite<sup>(28)</sup>). Roubar pessoas com dinheiro é valorizado. Roubar sem ser apanhado pela polícia é o ideal do malandro decente (Violante<sup>(53)</sup>).

Mas, se não conseguem roubar, são vítimas da violência do seu próprio grupo. A violência na rua, pelos membros do próprio grupo (Seligmann et al<sup>(50)</sup>), o abuso físico e sexual dos meninos sobre as meninas (Moraes et al<sup>(39)</sup>), e a violência da polícia, nos remete novamente ao grau de violência familiar a que estes meninos são geralmente expostos.

O perfil mais conhecido dos meninos de rua nos informa que eles provêm de famílias pouco estruturadas, com pais alcoólatras, ausentes, padrastos, madrastas, abandonos precoces, criados por parentes ou em instituições. Há violência física e exploração do seu trabalho. Também há violência entre os pais. Têm irmãos mais velhos que sumiram de casa antes deles. Às vezes descrevem filicídios e fortes desejos de matar os pais (Seligmann et al<sup>(50)</sup>).

Recentemente o programa SOS Criança, do governo do estado de São Paulo, atendeu 4.791 denúncias de violência contra crianças e adolescentes nos quatro primeiros meses do ano (Jornal do Brasil, 11/6/93). Constatou-se que há uma relação entre miséria, desemprego e agressões contra crianças. Mais de 90% dos casos acontecem dentro do lar.

Deve-se lembrar que o maltrato infantil se associa ao maior grau de agressividade do menino e uma subjacente psicopatologia. Estes meninos, quando chegam à rua, já trazem vulnerabilidades psicossociais manifestas, relacionadas ao tipo de experiência vivida em seu lar de origem.

Uma vez que a condição sem teto se estabelece, o menino pode viver uma experiência de desincorporação e separação. O marginalizado sem teto é incapaz de obter atenção social e de saúde, carece de recursos pessoais e sociais para escapar de sua própria condição. A marginalidade e a exclusão se constituem, elas mesmas, uma razão a mais para manter uma distância social extrema (Arana<sup>(3)</sup>).

Nestas condições, a rua o expõe a maiores riscos de contrair enfermidades físicas e mentais. Assim, a dupla marginalidade, de viver sem teto e de padecer uma enfermidade, se institucionaliza como um fator a mais, que perpetua o alojamento da pessoa e leva a uma vida não-participante.

Estudos realizados com meninos de rua no exterior têm demonstrado que este segmento da população tem mais risco de apresentar problemas emocionais e de conduta (Rescorla<sup>(46)</sup>). Feitel et al<sup>(15)</sup>, em uma amostra de 150 jovens de rua, constataram que 90% reuniam critérios clínicos para serem diagnosticados com desordens emocionais e de conduta. Deles, 59% apresentavam desordem de conduta, 75% tinham depressão, 41% tinham idéias de suicídio, assim como 25% haviam tentado suicídio em algum momento.

No Brasil, tem-se documentado a grande prevalência de consumo de drogas "pesadas" em meninos de rua, envolvendo sobretudo solventes voláteis. Em uma amostra de 100 meninos de rua, constatou-se que 82% consumiam distintas drogas, associando isto com maior quantidade de furtos e outros atos anti-sociais (Forster<sup>(17)</sup>). Também se observou consumo de artane, que produz alucinações de grande intensidade e duração (Carlini-Cotrim<sup>(7)</sup>).

Na literatura revisada não existe informação de prevalência de transtornos de conduta em meninos de rua. Num estudo feito com meninos abandonados da Funabem encontrou-se 21,21% de transtorno de conduta (Alvarenga e Lencarelli, 1987).

## Summary

### *Conduct disorder in homeless children and adolescents from Brasil*

*Conduct disorder is a large and serious problem affecting approximately 2-9% of children in the general population. Typically children with this disorder exhibit severe and persistent antisocial behavior in which the basic rights of the others and major age-appropriate social norms are violated.*

*Common indicators of the disorders are physical aggression, destructiveness, lying and stealing. Adolescents who are homeless often report histories of alcohol abuse, conflicted relations with family members, conduct disorder, histories of physical and sexual abuse.*

*It is likely that homeless is a stressful life experience for most individual. Therefore, it is not surprising that research suggest that homeless children and adolescents experienced high rates of mental health problem.*

Uniterms: conduct disorder; homeless children and adolescent

## Referências

1. ABRANCHES SH, SANTOS WG, COIMBRA MA - Política Social e Combate à Pobreza, 2ª edição, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1989.
2. APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) - DSM-III-R. Manual diagnóstico e estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Ed. Masson S.A., 1988.
3. ARANA JD - Marginalidad y enfermedad mental. Acerca del paciente psiquiátrico sin techo. *Anales de Salud Mental*, 2:157-168, 1986.
4. ARMISTEAD L, WIERSON M, FOREHAND R, FRAME C - Psychopathology in incarcerated juvenile delinquents: does it extend beyond externalizing problems? *Adolescence*, 27(106):309-14, 1992.
5. BARKLEY RA, FISHER M, EDELBROCK CS, SMALLISH L - The adolescent outcome of hyperactive follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29(4):546-57, 1990.
6. BRODY EB - Cultural

# Alcoolismo em mulheres operárias no Ceará. Um estudo preliminar

M.P. Chaves<sup>1</sup>, F.G.M. Souza<sup>2</sup>

## Resumo

*Este trabalho tem por objetivos: 1) avaliar as relações e as condições de trabalho e o reflexo do uso indevido de drogas em um grupo de mulheres trabalhadoras em uma indústria de confecções; 2) analisar o impacto do uso de drogas por seus familiares em suas condições de vida.*

*Aplicou-se um questionário individual com as seguintes categorias: dados demográficos, dinâmica familiar, as relações e condições de trabalho, uso de psicotrópicos e o MAST (Michigan Alcoholism Screening Test).*

*A amostra constituiu-se de 67 mulheres com idade média de 31 anos, escolaridade média 7ª série do 1º grau, renda familiar média de salários 2,6 mínimos, casadas (51,5%) e número médio de dependentes 2,2. O significado do trabalho foi considerado por 65% como "preciso muito" e o retorno financeiro foi considerado péssimo por 54%. Os períodos mais estressantes foram noite (24,2%) e fim de semana (22,7%).*

*Apenas 6 (9%) mulheres obtiveram um índice acima de 5 no MAST mas 20,3% têm problemas com familiares todos os finais de semana devido ao álcool. Outros 19,4% tiveram separações provocadas pelo álcool enquanto 94,9% afirmam não terem tido problemas relacionados com outras drogas. Conclui-se, portanto, que o álcool é a droga que mais interfere na vida deste grupo de operárias.*

**Unitermos:** dependência química; alcoolismo

<sup>1</sup>Assistente Social. Especialista em Terapia Familiar Sistêmica pela Universidade de Fortaleza e em Consultoria para Problemas de Drogas pela Universidade Federal do Ceará.

<sup>2</sup>Prof., Ph.D., Universidade de Edimburgo. Professor Adjunto da Disciplina de Psiquiatria. Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Ceará.

A inserção da mulher no mercado de trabalho certamente é fator significativo no processo de transição e de profundas transformações que vem ocorrendo na sociedade brasileira. A luta pela sobrevivência obriga todos os membros da família à busca de emprego e renda. Nas famílias das camadas populares, as excessivas jornadas de trabalho, o assumir do papel da chefe de família em virtude do desemprego do cônjuge ou companheiro traz para a mulher, no momento atual da sociedade brasileira, o vivenciar novos papéis a cada minuto mais complexo, não só pelas questões econômicas, mas também pelas mudanças sócio-culturais da sociedade. Segundo o IBGE<sup>(10)</sup> (1995), de cada cinco famílias brasileiras uma é chefiada por mulher, proporção que se estende da profissional liberal, as executivas, operárias e empregadas domésticas.

Nas empresas, o álcool desponta como desencadeante de vários problemas, como absenteísmo, acidentes de trabalho, baixo desempenho e produtividade, qualidade de produtos e serviços, relacionamento interpessoal, instabilidade funcional e familiar (Ramos<sup>(17)</sup>). As condições de vida e as relações sociais estabelecidas no cotidiano dos trabalhadores refletem significativamente nos padrões comportamentais estabelecidos. Assim, pessoas submetidas a excessivas jornadas de trabalho em condições estressantes podem desenvolver condutas alcoolistas (Ramos<sup>(17)</sup>).

Um estudo realizado em uma empresa de computadores no Japão, as jornadas de trabalho, trabalho de turno, trabalho periculoso e com risco de acidentes foram correlacionadas com o alcoolismo. Outros aspectos se referiram ao significado dos trabalhos realizados e do reconhecimento pessoal. Participaram da amostra 2.581 empregados, sendo 1.043 homens e 225 mulheres com a faixa etária superior a 20 anos. Os resultados sugeriram que os problemas com bebidas para os homens estavam ligados às jornadas estressantes e às condições de trabalho,

já as mulheres relacionaram seus episódios com a insegurança no seu futuro, trabalhos rotineiros de pouca criatividade e do seu significado naquela relação de trabalho (Kawakami e col.<sup>(12)</sup>).

A questão da dependência química nos últimos anos vem merecendo atenção dos diversos segmentos da sociedade. Hoje, são 33,5 milhões de pessoas que usam bebidas alcoólicas com frequência no Brasil (Guerra<sup>(5)</sup>).

O alcoolismo feminino tem assumido importância cada vez maior em termos epidemiológicos. Nos Estados Unidos, entre mulheres de 35 a 55 anos, ele é a terceira causa de morte (Rosner<sup>(18)</sup>) e entre mulheres de 18 a 24 anos é o quarto distúrbio mais frequente (Mello<sup>(14)</sup>). Em mulheres negras americanas, o alcoolismo tem sido implicado em um terço dos suicídios, metade das mortes no tráfico e 25% das mortes acidentais (Thornton and Carter<sup>(20)</sup>). Paradoxalmente, o alcoolismo feminino tem sido pouco estudado; em uma avaliação de resultados de tratamento para alcoolismo entre os anos 1952-1980 Vannicelli<sup>(22)</sup> observou que apenas 7% destes estudos incluíam mulheres.

Este trabalho é a primeira pesquisa, do nosso conhecimento, enfocando o uso de substâncias psicoativas por mulheres operárias no Ceará e tem por objetivos avaliar as relações e as condições de trabalho e o reflexo do uso indevido de drogas em um grupo de mulheres trabalhadoras em uma indústria de confecção, analisando ainda o impacto do uso de drogas por suas famílias em suas vidas.

## Material e métodos

### Local da pesquisa

O presente estudo foi realizado em uma empresa industrial do ramo de vestuário masculino, com mais de 2.000 empregados sendo 700 mulheres. A empresa dispõe de um sistema de Assistência e Benefícios, além de Serviço Social, Setor de Psicologia e Higiene e Segurança no Trabalho. Localiza-se no pólo industrial de Barra do Ceará, em Fortaleza. O funcionamento da área operacional dá-se em três turnos de trabalho, com a seguinte escala: de 6 às 14, das 14 às 22 e 22 às 6, durante os 365 dias do ano. As mulheres não participam desse revezamento, elas são escaladas para os turnos regulares (7-11 h e de 12-16 h). A atividade desenvolvida pela maioria das entrevistadas é de costureira.

### Procedimento

A escolha das entrevistadas foi procedida por linha de produção. O expediente foi encerrado 40 minutos antes do horário previsto e as operárias que desejavam responder ao questionário dirigiram-se ao refeitório para as entrevistas. Foram liberadas 80 operárias do turno da tarde, destas 67 participaram espontaneamente da enquête. Evitamos a participação dos gerentes e de profissionais da área de recursos humanos na elaboração e aplicação do questionário, para evitar influências nas respostas. O tempo previsto para o preenchimento do questionário foi de 45 minutos. Os questionários foram aplicados em maio de 1995. Este período foi escolhido porque estava fora do

calendário de eventos comemorativos, tais como Carnaval, Fortal, São João, etc.

As variáveis estudadas se agruparam em torno das seguintes categorias: dados demográficos, relações e condições de trabalho, relações familiares, uso de álcool e drogas. Além disso, o teste de MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) foi aplicado (Selzer<sup>(19)</sup>).

Os questionários foram pré-testados em um grupo de 20 mulheres trabalhadoras de outra indústria de confecção.

### O questionário

Os dados demográficos procuram obter um perfil da mulher operária (Anexo 1). A vivência de 8 horas no contexto fabril é rica de possibilidades e problemas. Visando desnudar essa realidade, é que foram pesquisadas as variáveis referentes ao relacionamento direto com supervisor e quantas pessoas acompanham o seu trabalho, relacionamento com colegas, o significado do trabalho e como você enfrenta diariamente o seu trabalho. As condições de trabalho foram inseridas a partir da saúde das operárias, sendo indagados os aspectos referentes a exames médicos periódicos, licenças médicas e os problemas no trabalho.

O uso de álcool e drogas também foi pesquisado neste grupo de operárias e seus familiares, através de variáveis relativas à frequência do uso, como bebem, conseqüências do uso de bebidas. O uso de outras drogas, incluindo neurolépticos, ansiolíticos e antidepressivos, também foi avaliado. O escore no MAST foi dividido em: 1) abaixo de 5 = não indicativo de alcoolismo; 2) acima de 5 = indicativo de alcoolismo.

No questionário, foram utilizadas questões semelhantes a Kawakami<sup>(12)</sup> para facilitar comparações (e.g. estressores sociais) com outras realidades.

## Resultados

### Dados demográficos

No perfil da mulher operária, conforme indicado na tabela 1, verifica-se que tem um nível de escolaridade da 7ª série do 1º grau. A renda familiar é baixa, em torno de 3 salários. Os dados indicam uma população jovem com idade média entre 25 a 31 anos de idade com um percentual de 49,2% nascidas no interior do Estado. O número de separações conjugais tem índice de 19,4% e o número de dependentes é de 2,2. Além disso, o grupo familiar é extenso, o grau de parentesco comporta na constituição familiar, em 28% marido ou companheiro, filhos, irmãos, cunhados, sobrinhos e tios, percebe-se, assim, um elevado número de agregados, o tamanho médio das famílias é de  $\pm 8$  pessoas.

### Relações e condições de trabalho

Submetidas às excessivas jornadas de trabalho, já que a sua rotina na empresa é de 8 horas diárias, acrescidas de 2 a 3 horas por dia, em suas tarefas domésticas (Tabela 2).

Para a mulher trabalhadora, o seu emprego na fábrica tem um significado muito importante, é lá na maioria das vezes onde estão seus amigos, namorados e companheiros. Percebe-se que 95% informam que as relações

**Tabela 1** – Dados demográficos referentes a 67 mulheres operárias de uma indústria de confecção do Ceará.

Variável	Nº	%
N	67	-
Idade média ± DP	31 ± 6 anos	-
Nascidas no interior do Ceará	33	49,2
Escolaridade média	7 anos	-
Renda familiar	2,6 salários	-
Estado civil		
Casadas	34	50,7
Solteiras	18	26,9
Separadas	13	19,4
Número de dependentes	2,2	-
Jornada de trabalho	8 h	100,0
Trabalho em casa – 2 a 3 horas/dia	-	71,9

com colegas de trabalho são amigáveis. No significado do trabalho, encontra-se um resultado que confirma o que foi acima colocado. O trabalho é para ocupar-se, encontrar os amigos e, principalmente, porque precisa muito, onde se confirma a necessidade de trabalhar para manter-se e ter retorno financeiro, mas não representa realização pessoal pois apenas 52% gostam do que faz.

Subjacente ao significado do trabalho para elas, o período mais estressante é à noite (24,2%) e finais de semana (22,7%), o que indica a possibilidade de seus maiores problemas e conflitos estarem ligados aos estressores familiares.

O estudo aponta que esse grupo tem em torno de 4 anos de empresa, com um desvio padrão médio de ± 8 meses. A distribuição por ano de serviço na empresa é grande, com o mínimo de 2 meses e o máximo de 10 anos, indicando uma rotatividade elevada.

Nas análises a respeito de problemas ocasionados por elas, destacam-se: falta de atenção: 5,7%, saídas mais cedo: 7,5% e faltas justificadas: 32%. Já os problemas no trabalho, ocasionado por familiares, apontam para o atraso e ausência nas jornadas de trabalho: 5,9%.

Nas relações de trabalho, o reconhecimento pelo trabalho realizado não lhes traz expectativas de melhorias na qualidade de suas vidas, já que o retorno financeiro foi considerado péssimo por 29 delas, 23 não vislumbram promoções e a falta de treinamento é mencionada por 18 operárias. Observa-se, assim, que são pessoas que não nutrem sentimentos de pertencer à organização, onde labutam diariamente.

Os dados indicam ainda, a respeito do retorno financeiro, que a remuneração mensal é de um salário mínimo. Desta forma, encontramos operários com mais de 10 anos de empresa, recebendo apenas um salário mínimo mensal o que pode significar que a política salarial não considera a experiência no exercício do trabalho nem tempo de serviço.

Observa-se que essas mulheres realizam trabalhos rotineiros e parcializados, recebendo a supervisão direta por 2 pessoas, e o seu grupo de trabalho diário é composto de 80 pessoas.

**Tabela 2** – Condições de trabalho e reconhecimento profissional referentes a 67 mulheres operárias de uma indústria de confecções do Ceará.

Condições de trabalho	Nº	%
Relações amigáveis com colegas	64	95
Significado do trabalho		
Ocupo o tempo	56	83
Preciso muito	44	65
Retorno financeiro	40	60
Gosto do que faço	35	52
Período mais estressante		
Noite	16	24
Fim de semana	15	22

#### Reconhecimento profissional

Variável	Ótimo/ bom	Regular	Ruim/ péssimo
Financeiro	8	16	29
Profissional	12	14	19
Pessoal	8	18	19
Promoções	6	13	23
Treinamento	12	16	18

#### Uso de álcool e outras drogas e o teste de MAST

Evidencia-se, estudando o uso de álcool e outras drogas pelas mulheres operárias, que elas não se colocam como usuárias de substâncias psicoativas (Tabela 3) embora, no teste de MAST, tenham alcançado cerca de 9%. Mas, quando se enfoca quem bebe, ressalta um percentual de 24,6% entre esposo, companheiro, filho, pais, irmãos, cunhado

e outros agregados. Parece que o uso do álcool provoca sérias discussões, uma vez que 21% se referiram que discutem fortemente. Outro dado que chama atenção é como elas se sentem, ao vivenciar problemas com os familiares, quando 23% declararam decepcionadas com o abuso do álcool, igualmente manifestaram-se irritadas 14% e angustiadas 19,7%.

**Tabela 3** – Uso de álcool e outras drogas referentes a 67 mulheres operárias de uma indústria de confecção do Ceará.

Variável	Nº	%
Escore no MAST*	6	8,95
Problemas na família todo fim de semana	12	20,3
Separação provocada por álcool	13	19,4
Uso de drogas**	4	5,1

\*MAST-Michigan Alcoholism Screening Test, um escore acima de 5 é indicativo de alcoolismo.

\*\*Outras drogas = cola e maconha

Esses sentimentos são vivenciados com frequência, já que 20% expressam sofrer problemas nos finais de semana. Isso é um indicativo de que suas relações familiares são fortemente impactadas pelo uso abusivo de álcool no cotidiano de suas relações.

Constata-se que 20,3% destas mulheres têm o problema em suas famílias, as queixas de dores de cabeça, nervoso, choro fácil, indicado pelos seus supervisores, pode estar relacionado ao que se usa em linguagem popular "foi muito boneco no fim de semana". O que demonstra ainda ao estresse elevado no final de semana.

O reflexo do uso do álcool é um forte estressor para essas mulheres, com 19,4% de separações provocadas pelo álcool. O problema com outras drogas atinge apenas 5,1% da população estudada. O uso de ansiolíticos é pequeno (6%) assim como a maconha (4,5%). Entretanto, o cigarro é usado por 23% da amostra.

## Discussão

Trata-se de um estudo preliminar sobre a relação trabalho-família-uso de drogas, onde os dados coletados carecem ainda de estudos mais aprofundados. Em relação ao uso de álcool, a prevalência neste grupo (aproximadamente 9%) é superior à encontrada em outros estudos na América Latina. Em Lima, um estudo realizado por Yamamoto e col. (1993, apud Carovano<sup>(1)</sup>, 1995), revelou a prevalência de 34,8% em homens e 2,4% em mulheres, e que segmentos da população feminina tem sido identificadas sistematicamente com alto nível de alcoolismo. Na Costa Rica, os estudos demonstram que entre 1983 a 1990 a porcentagem de mulheres com beber excessivo passou de 3% para 5,8% (Madrigal<sup>(13)</sup>).

No Brasil, os estudos apresentados pelo GREA (Grupo Interdisciplinar de Estudos de Alcoolismo) através de Ho-

chgraf<sup>(8)</sup> e Hochgraf e col.<sup>(9)</sup> informam de maneira mais detalhada sobre mulheres dependentes de álcool em tratamento no GREA, de 1.041 pessoas, 13,4% são mulheres na faixa etária de 28 a 65 anos, como sendo a faixa de 39 anos a que apresentou maior incidência. O início do uso se dá com 18 e 19 anos, e elas tornam-se usuadoras abusivas com 31 anos.

Tem sido relatado que mulheres alcoolistas são mais propensas a beber em resposta ao estresse no seu ambiente (Murray<sup>(15)</sup>). Crises familiares e interpessoais mais frequentemente levam-nas a procurar ajuda psicológica que problemas relacionados ao trabalho e saúde (Murray<sup>(15)</sup>). Nesta amostra, observa-se uma alta taxa de problemas familiares como discussões frequentes e separações conjugais mas que até o momento não desencadearam taxas maiores de alcoolismo. Uma possível razão para este fato seja a idade destas operárias (média = 31 anos) que é exatamente a idade que Hochgraf e col.<sup>(9)</sup> encontraram para o aumento do consumo de álcool em uma amostra de alcoolistas femininas em São Paulo.

As relações de trabalho verificadas nesta amostra sugerem uma situação semelhante à encontrada em mulheres alcoolistas no Japão caracterizada por insegurança no futuro, trabalhos rotineiros de pouca criatividade e sem significado (Kawakami e col.<sup>(12)</sup>). Confrontando estes dados com o estudo do Japão, os indicadores nos encaminham para um maior aprofundamento desta pesquisa e acompanhamento deste grupo de mulheres pois estes fatores podem estar sinalizando como fatores preditivos para o desenvolvimento de alcoolismo.

Sabe-se que a organização do trabalho nas empresas de confecção é fragmentada. As tarefas por elas executadas são rotineiras e sem criatividade. O método utilizado na programação da produção individual é o sistema de facção, onde cada operador só pratica um tipo de operação, repetindo-a inúmeras vezes por dia. O que na prática é enfadonho e repetitivo, passar 8 horas fazendo costura reta, fechando bainha e pernas de calças; ao final, as operárias não vêem a peça finalizada, o resultado do seu trabalho só aparece na linha de produção. Tal contexto justifica ausência de promoções e treinamento bem como a percepção desfavorável do retorno financeiro.

Apesar de ter sido considerado o significado de trabalho como "local de encontro" com amigos, percebe-se certa contradição, quando confrontado com a resposta, quando se pergunta "como você enfrenta diariamente o seu trabalho", onde 12,1% das entrevistadas se declararam temerosas; observa-se também que o relacionamento com os colegas aponta como amigável, 95,5%, isso só reforça a posição de que não são as relações de trabalho que lhes causa desconforto e sim, o próprio contexto da operacionalização das suas tarefas.

No que se refere às drogas psicotrópicas, a evidência é que as mulheres são mais usuadoras e abusadoras do uso de tranqüilizantes que os homens (Gomberg<sup>(6)</sup>; Galbraith<sup>(7)</sup>). Em cinco cidades do Panamá, o uso de analgésicos por mulheres chega a 30,3% e em homens, 18,3% o que revela um alto nível; e a faixa etária é de 35 a 39 anos, o uso aumenta para 30,5% na faixa de 40 a 45 anos e entre as mulheres que não trabalham e com escolaridade mais baixa chega a 56,9% (Jutkowitz<sup>(11)</sup>). Em São Paulo,

nas famílias pesquisadas em um ano, a prevalência de uso de substâncias psicotrópicas de 76 para 100 (7,6%) para homens e 163 por 100 (16,3%) para mulheres. De acordo com as pesquisas do GREA, o uso problemático de benzodiazepínicos vem em terceiro lugar, acompanhado de perto o abuso de álcool e cocaína (Hochgraf<sup>(8)</sup>). Um achado difícil de ser explicado é que, na amostra pesquisada, a porcentagem de mulheres usando psicotrópicos é bem mais baixa. Uma possível explicação seria que apenas operárias que não apresentassem distúrbios psiquiátricos continuariam empregadas.

As limitações deste trabalho são próprias de um estudo preliminar. Primeiro, os questionários aplicados ao final do expediente podem ter sido preenchidos apressadamente. Para minimizar este problema, a participação na pesquisa era feita de maneira voluntária. Segundo, deve-se admitir a possibilidade das entrevistadas tenham ocultado dados significativos, o que pode ser considerado como defesa do trabalhador. Afinal, é o espaço fabril locus privilegiado das relações de poder. Finalmente, deve-se evitar a generalização destes resultados devido ao tamanho da amostra ser pequeno e ser proveniente de uma única indústria.

Em conclusão, apesar de não terem sido observadas altas taxas de mulheres alcoolistas nesta amostra – apenas 6 (9%) mulheres obtiveram um índice acima de 5 no MAST mas 20,3% têm problemas com familiares todos os finais de semana devido ao álcool enquanto outros 19,4% tiveram separações provocadas pelo álcool. Nesta amostra, a taxa de problemas relacionados com outras drogas que não o álcool foi pequena (94,9% afirmam não usarem). Portanto, o álcool é a droga que mais interfere na vida deste grupo de operárias.

Uma possível explicação seria o fato de que só continuariam empregadas aquelas funcionárias que não apresentassem distúrbios psiquiátricos.

## Summary

### *Alcoholism in work women in Ceará. A preliminary study*

*The objectives of this paper are: 1) to evaluate the relationship between work conditions and use of abusive substances in a group of female work women in a cotton industry; 2) the impact of family drug abuse in their life conditions.*

*They were asked to fill an individual questionnaire with the following topics: demographic data; family life; work conditions and use of drugs. The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) was also applied.*

*The sample was composed of 67 women with the following characteristics: mean age = 31 years, mean years of education = 7; family monthly income = 260 dollars, married with 2.2 dependents.*

*The meaning of their work was described by 65% as "I need very much" but the economic return was classified as "bad" by 54%. The most stressing period in their lives were nights (24.2%) and weekends (22.7%). Only 6 of them score 5 or more on MAST but 20.3% had problems with alcohol in their families every weekend. Alcohol problems caused divorce in 19.4%. 94.9% reported no abuse or dependence on other drugs. In conclusion, alcohol is the most importance drug interfering their daily life.*

**Uniterms:** chemical dependence; alcoholism

## Referências

1. CAROVANO K – Drug Lesson & Education Program in Developing Countries. Library of Congress, USA, Editor Kirsch Henry, 1995.
2. CEDRO – Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuse de Drogas, nº 10, Lima, Peru, 1993.
3. IBGE – Censo Industrial do Ceará. Rio de Janeiro, 1987.
4. EDWARDS G – O Tratamento do Alcoolismo. Editora Martins Fontes, São Paulo, 1987.
5. GUERRA A – Curso de treinamento em Drogas para Países Africanos de Língua Portuguesa. Edição Loyola, 1994.
6. GOMBERG ES – Problems with Alcohol and Other Drugs. Em: Gomberg ES, Franks V (eds.). Gender and Disordered Behavior: Sex Differences in Psychopathology. Bruner/Mazel, 204-240, New York, 1979.
7. GALBRAITH S – Women and Legal Drugs. Em: Roth P (ed.). Alcohol and Drugs are Women's Issues. Vol. 1, Metuchen, Scarecrow, 150-154, 1991.
8. HOCHGRAF PB – Drogas: Atualização e Tratamento GREA-ICAA. Edições Loyola, São Paulo, 1994.
9. HOCHGRAF PB, ZILBERMAN ML, DE ANDRADE AG – Women alcoholics – social, demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. *Alcohol & Alcoholism*, 30(4):427-432, 1995.
10. IBGE – Anuário 1995. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1995.
11. JUTKOWITZ JM – Survey on Drugs Prevalence and Attitudes in the Dominican Republic – Development Associates, Inc., 1993.
12. KAWAKAMI N, ARAKI S, HARATANI T, HEMMI T – Relations of work stress to alcohol use and drinking problems in male and female employees of a computer factory in Japan. *Environmental Research*, 62:314-324, 1993.
13. MADRIGAL E – Patterns of alcohol and psychoactive substance consumption and dependency in women. Pan American Health Organization, Scientific Publication, 541:149-162, 1993.
14. MELLO NK – Effects of alcohol abuse on reproductive function in women. *Recent Dev Alcohol*, 6:253-76, 1988.
15. MURRAY JB – Psychologists and alcoholic women. *Psychol Rep*, 64:627-44, 1989.
16. PEYSER, GITLOW – Alcoolismo. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1987.
17. RAMOS SP – Alcoolismo Hoje. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1987.
18. ROSNER J – Women and mental health: issues of special concern. *NM Nurse*, 30(4):10-1, 1985.
19. SELZER ML – The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*, 127:1653-1658, 1971.
20. THORNTON CI, CARTER JH – Treating the black female alcoholic: clinical observations of black therapists. *J Natl Med Assoc*, 80:644-7, 1988.
21. TUMBUL EJ – Early background variables as predictors of adult alcohol problems in women. *The International Journal of Addictions*, 29(6):707-728, 1994.
22. VANNICELLI M – Treatment Outcome of Alcoholic Women: The State of the Art in Relation to Sex Bias and Expectancy Effects. In: Wilsnack SC & Beckman LJ (eds.). *Alcohol Problems in Women*. Guilford Press, 369-412, New York, 1984.

ecn

## Anexo 1

1. Ano do seu nascimento \_\_\_\_\_ 2. Sexo M ( ) F ( )
3. Estado civil Casada ( ) Solteira ( ) Viúva ( ) Separada ( ) Desquitada ou divorciada ( )
4. Onde nasceu Fortaleza ( ) Interior do Ceará ( ) Qual? \_\_\_\_\_  
Outro Estado ( ) Qual? \_\_\_\_\_
5. Mora na cidade de \_\_\_\_\_ 6. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_
7. Escolaridade Analfabeta ( ) Assina o nome ( ) Alfabetizada ( )  
Se estudou, até que série do 1º grau \_\_\_\_\_ 2º grau \_\_\_\_\_
8. Quantas pessoas moram atualmente com você? \_\_\_\_\_
9. Quais? Filho(a) ( ) Marido ( ) Companheiro(a) ( ) Pai ( ) Mãe ( )  
Irmão(ã) ( ) Sobrinho(a) ( ) Cunhado(a) ( ) Avô(ó) ( ) Tio(a) ( )
10. Número de dependentes \_\_\_\_\_
11. Tempo na empresa \_\_\_\_\_ 12. Função \_\_\_\_\_
13. Número de salários na carteira 1 SM ( ) 2 SM ( ) 3 SM ( ) + de 3 SM ( )
14. Horas extras Sim ( ) Não ( ) Diárias \_\_\_\_\_ Semanais \_\_\_\_\_
15. Percentual de produtividade das peças produzidas 10% ( ) 15% ( ) + 15% ( )
16. Horário de trabalho Diário Das \_\_\_\_\_ h às \_\_\_\_\_ h De turno \_\_\_\_\_
17. Renda familiar R\$ \_\_\_\_\_ 18. Quantos trabalham na família? \_\_\_\_\_
19. Você se relaciona diretamente com seu supervisor? Sim ( ) Não ( )
20. Quantas pessoas acompanham seu trabalho? \_\_\_\_\_
21. Como você classificaria seu relacionamento com os colegas de trabalho?  
Amigável ( ) Suportável ( ) Indiferente ( ) Ruim ( ) Outro \_\_\_\_\_
22. Este trabalho significa para você:
- ... Ocupa o tempo ( )
  - Encontro meus amigos ( )
  - Retorno financeiro ( )
  - Preciso muito ( )
  - Gosto do que faço ( )
  - Outro \_\_\_\_\_ ( )
23. Como você enfrenta diariamente o trabalho?
- Disponível ( )
  - Alegre ( )
  - Temerosa ( )
  - Desmotivada ( )
  - Outro \_\_\_\_\_ ( )
24. Em relação ao seu trabalho, como você se sente no que se refere a:
- |                             | Ótimo | Péssimo |
|-----------------------------|-------|---------|
| Recompensa financeira       | _____ | _____   |
| Reconhecimento profissional | _____ | _____   |
| Reconhecimento pessoal      | _____ | _____   |
| Promoções                   | _____ | _____   |
| Treinamento                 | _____ | _____   |

25. Qual a hora mais estressante para você? Manhã ( ) Tarde ( ) Noite ( )  
Fim de semana ( ) Outra \_\_\_\_\_
26. Quantas horas você trabalha em sua casa por dia? \_\_\_\_\_
27. Quando foi seu último exame de saúde? 6 meses ( ) 6-12 meses ( ) + 1 ano ( )
28. Você já tirou licença médica por doença neste emprego? Sim ( ) Não ( )  
Se sim, quantas vezes?
29. Você já teve falta justificada neste emprego? Sim ( ) Não ( ) Se sim, quantas vezes?
30. Qual(quais) foi(foram) a(s) queixa(s) da(s) falta(s) justificada(s)?  
Doença no estômago ( ) Dor de cabeça ( ) Crise de choro ( )  
Falta de ânimo ( ) Insônia ( ) Problema no coração ( )  
Problema na coluna ( ) Doença nervos ( ) Acidente de trabalho ( )  
Problema no pulmão ( ) Outro \_\_\_\_\_
31. Frequência que você usa bebida alcoólica? Não bebo ( ) Anual ( ) Mensal ( ) Semanal ( ) Diário ( )
32. Você costuma usar bebida alcoólica: Em casa ( ) No bar ( ) No clube ( )  
Na praia ( ) No futebol ( ) Outro \_\_\_\_\_
33. Costuma beber: Sozinha ( ) Acompanhada ( ) Outro \_\_\_\_\_
34. Você sente mais disposição para o beber:  
Quando sai do trabalho ( )  
Durante suas folgas ( )  
No final de semana ( )
35. Qual a bebida alcoólica de sua preferência?  
Cachaça ( ) Cerveja ( )  
Whisky ( ) Rum ( )  
Batida ( ) Outras \_\_\_\_\_
36. Se você usa bebida alcoólica, como se sente ao acordar?  
Normal ( ) Envergonhado(a) ( )  
Deprimido(a) ( ) Não se lembra de nada ( )  
Promete que foi a última vez ( )
37. Experimentou outras drogas fora o álcool?
- |              | Nunca | Uma vez na vida | Último ano | Último mês |
|--------------|-------|-----------------|------------|------------|
| Cigarro      | _____ | _____           | _____      | _____      |
| Cheirar cola | _____ | _____           | _____      | _____      |
| Calmantes    | _____ | _____           | _____      | _____      |
| Maconha      | _____ | _____           | _____      | _____      |
| Outro _____  | _____ | _____           | _____      | _____      |
38. Uso de remédios controlados passados por médico:
- |                            | Nunca usei | Já usei | Uso atualmente |
|----------------------------|------------|---------|----------------|
| Lorax                      | ( )        | ( )     | ( )            |
| Lexotan                    | ( )        | ( )     | ( )            |
| Diazepan (Valium, Dienpax) | ( )        | ( )     | ( )            |
| Tofranil                   | ( )        | ( )     | ( )            |
| Tryptanol                  | ( )        | ( )     | ( )            |
| Haldol                     | ( )        | ( )     | ( )            |
| Amplictil                  | ( )        | ( )     | ( )            |
| Outros _____               | ( )        | ( )     | ( )            |

39. Quem em sua família consome regularmente bebidas alcoólicas?

Filho(a)	( )	Esposo(a)	( )
Pai	( )	Companheiro(a)	( )
Mãe	( )	Irmão(ã)	( )
Sobrinho(a)	( )	Cunhado(a)	( )
Avô(ó)	( )	Tio(a)	( )

40. Frequência de problemas (por exemplo, discussões, brigas, etc.) relacionadas ao uso de álcool/outras drogas em sua família?

	Álcool	Drogas
Todos os dias	( )	( )
Todos os finais de semana	( )	( )
Repetidas vezes	( )	( )
Eventualmente	( )	( )
Já tive no passado	( )	( )
Nunca tive	( )	( )

41. Tipo de problema causado pelo familiar

Discute fortemente	( )
Quebra objetos	( )
Agride as pessoas	( )
Separação	( )

42. No momento, como você se sente tendo problemas devido ao álcool em sua família?

Irritado	( )
Indiferente	( )
Angustiado	( )
Decepcionado	( )
Desesperançoso	( )
Acostumado	( )

Outro \_\_\_\_\_

43. Alguma vez o uso de álcool/outras drogas ocasionou problemas no seu trabalho provocado por você ou familiar?

	Você	Familiar
Falta de atenção	( )	( )
Ausência	( )	( )
Atrasos	( )	( )
Saídas mais cedo	( )	( )
Reclamações	( )	( )
Punições	( )	( )
Licença	( )	( )
Demissão	( )	( )

Outro \_\_\_\_\_

## MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)

	Sim	Não
1. Você se sente um bebedor normal? (normal significa que você bebe menos ou igual a outras pessoas)	( )	( )
2. Você alguma vez já acordou após ter bebido na noite anterior e não se lembrou de parte daquela noite?	( )	( )
3. Sua mulher, marido ou parente próximo já se preocupou ou se queixou acerca de sua bebida?	( )	( )
4. Você pode parar de beber após um ou dois drinques sem ter que fazer força?	( )	( )
5. Você já se sentiu culpado pela sua bebida?	( )	( )
6. Amigos e parente pensam que você é um bebedor normal?	( )	( )
7. Você é capaz de parar de beber quando você quer?	( )	( )
8. Você já frequentou alguma vez uma reunião dos Alcoólicos Anônimos?	( )	( )
9. Você já teve alguma briga enquanto estava bebendo?	( )	( )
10. Por causa de sua bebida, você já teve algum problema criado para você, sua mulher ou algum parente?	( )	( )
11. Sua mulher (marido) ou outro membro da família já pediu ajuda a alguém por causa de sua bebida?	( )	( )
12. Você já perdeu amigos por causa de sua bebida?	( )	( )
13. Você já teve problemas no trabalho ou escola por causa de sua bebida?	( )	( )
14. Você já perdeu algum emprego por causa de sua bebida?	( )	( )
15. Você já deixou de lado suas obrigações, família, ou seu trabalho por mais de dois dias seguidos porque você estava bebendo?	( )	( )
16. Você já bebeu antes do meio-dia?	( )	( )
17. Você já ouviu que você tinha problemas com o fígado? ou cirrose?	( )	( )
18. Após ter bebido muito, você já experimentou delirium tremens, fortes tremores, ouviu vozes ou ouviu coisas que não existiam?	( )	( )
19. Você já pediu ajuda a alguém por causa de sua bebida?	( )	( )
20. Você já esteve no hospital por causa de sua bebida?	( )	( )
21. Você já se internou em hospital psiquiátrico ou hospital clínico enquanto estava bebendo e a bebida provocou pelo menos em parte a hospitalização?	( )	( )
22. Você já foi examinado em uma clínica psiquiátrica ou de saúde mental ou foi a qualquer médico, assistente social, ou padre, mãe ou pastor para pedir ajuda com qualquer problema emocional no qual a bebida era parte do problema?	( )	( )
23. Você já foi preso alguma vez por dirigir embriagado(a)? (Se responder sim, quantas vezes _____)	( )	( )
24. Você já foi preso ou detido por algumas horas por causa de outros comportamentos causados pela bebida?	( )	( )

## IDÉIAS, DEBATES E ENSAIOS

# Heroína: a próxima epidemia de drogas no Brasil?

Ronaldo Laranjeira<sup>1</sup>, Lilian Ratto<sup>2</sup>, John Dunn<sup>1</sup>

## Resumo

*Nos últimos vinte anos existiu uma tendência do consumo de drogas ilícitas mudar constantemente no Brasil. Devemos nos perguntar qual seria a próxima mudança que deverá ocorrer entre nós. Como existe uma tendência, já notada há alguns anos, de internacionalização do uso da heroína, e, além disso, como alguns países andinos estão plantando ópio, uma das possibilidades é que a heroína seja a próxima droga de abuso que surgirá no Brasil. Descrevemos um caso clínico que buscou ajuda num serviço público e que consumiu heroína até tornar-se dependente. As possíveis implicações deste caso são discutidas.*

Unitermos: heroína; nova droga; epidemia; Brasil; política de drogas

O padrão de consumo de drogas tem mudado constantemente e de uma forma dramática nos últimos vinte anos no Brasil<sup>(1)</sup>. Até o começo dos anos oitenta praticamente não tínhamos uso de cocaína, pois o acesso desta droga era restrito às pessoas muito ricas ou com ligações muito especiais no mundo das artes e negócios. Esta situação mudou rapidamente e substancialmente por vários fatores. Em primeiro lugar, passou-se a plantar maiores quantidades de coca nos países andinos, visando o mercado americano. Em segundo, os traficantes passaram a utilizar a mesma rede de distribuição que já existia para a maconha e portanto, com maiores possibilidades de atingir um maior número de consumidores. Em terceiro lugar e relacionado com os fatores anteriores, o preço da cocaína caiu muito. Em quarto lugar, no caso especial do Brasil, viramos um país importante na rota do tráfico e por isto, uma parte substancial da droga acaba transbordando para o nosso mercado interno.

Esses fatores contribuíram para a grande mudança do padrão de consumo das drogas nos anos oitenta e começo dos anos noventa. Foi quando aumentou extraordinariamente o consumo de cocaína e as complicações do seu uso. No começo houve um predomínio do padrão de uso da cocaína aspirada, mas em seguida um grande número de usuários passou a injetar-se, o que ocasionou uma das maiores tragédias no campo das drogas no Brasil nas últimas décadas<sup>(2)</sup>. Milhares de usuários acabaram ficando infectados pelo HIV, muitos deles já morreram ou acabaram infectando suas parceiras e filhos.

A partir do começo dos anos noventa, principalmente em São Paulo, uma nova forma de padrão de uso da cocaína passou a ficar mais freqüente, que foi a cocaína fumada ou crack<sup>(3)</sup>. Este novo padrão ofereceu um novo desafio em termos de prevenção e tratamento pois acabou atingindo um novo tipo de usuário, mais jovem e inoperante e morador da periferia das Grandes Cidades.

<sup>1</sup>UNIAD (Unidade de Pesquisas em Alcool e Drogas), Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP).

<sup>2</sup>Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

A grande pergunta que devemos nos fazer no momento é: qual seria a próxima mudança no padrão de consumo de drogas que inevitavelmente se instalará no Brasil? O que será que poderíamos fazer para não repetirmos o sentimento de paralisia com que temos sentido durante os últimos anos em relação às políticas de drogas? Como prevenir os eventuais danos dessas novas drogas que inevitavelmente surgirão?

Vários fatores podem estar contribuindo para que a heroína seja a próxima droga que produzirá danos sociais no país. Em primeiro lugar, existe uma tendência à internacionalização dessa droga, dela expandir-se para além dos mercados tradicionais europeus, norte-americanos e asiáticos. Em segundo lugar, existem evidências de que começou-se a plantar ópio em vários países andinos. Em terceiro lugar, muito provavelmente a mesma rota de distribuição da cocaína será usada para a heroína, e portanto com muitas chances de transbordar para o mercado brasileiro.

Em São Paulo já há muito tempo sabia-se que uma parte da comunidade oriental que habita uma região central da cidade consumia heroína, muito embora fosse um consumo bastante localizado e somente em indivíduos dessa comunidade. Uma outra fonte de eventuais pacientes consumidores de heroína que chegavam aos serviços de usuários de drogas ou nos consultórios particulares eram de indivíduos que haviam ido para a Europa ou EUA e ficado dependentes de heroína nesses países. Nunca havia chegado ao nosso conhecimento pacientes que faziam uso regular de heroína fora dessas duas condições descritas acima. Abaixo descreveremos o primeiro caso identificado de um usuário de heroína que ficou dependente de heroína em São Paulo, que não fazia parte da comunidade oriental, nunca havia saído do país e buscou ajuda profissional num serviço público.

### **Caso clínico**

O paciente de 30 anos, branco, masculino, natural e procedente de São Paulo, católico, joalheiro, cursou até o segundo ano do curso de enfermagem. Atividade atual: tráfico de drogas. Atividades anteriores: garimpeiro, piloto de teste de motocicletas, microempresário.

*Histórico Escolar:* início aos 7 anos; sem reprovações; curso em escolas particulares em bairros de classe média de São Paulo.

*Sexualidade:* início aos 13 anos; muitas parceiras e uso esporádico de preservativos; nega relacionamentos homossexuais; casado por três vezes, pai de três filhos, com 11, 6, 4 anos respectivamente.

### **Primeiras drogas:**

11/12 anos (1977/78). Tabaco, álcool, maconha. Inicialmente aos finais de semana; em 1 mês uso diário acompanhado de um ou dois amigos, antes e depois das aulas; 3 a 4 cigarros de maconha/dia; cerveja "até o final do dinheiro".

### **Evoluindo para:**

*Segunda droga:* 14/15 anos (1980/81). Cocaína aspirada. Uso diário 1g a 2g, sempre antes do trabalho, ao sair e antes da escola; mantinha o uso da maconha. Recursos do próprio trabalho (balconista de loja de sapatos).

*Terceira droga:* 15/16 anos (1981/82). Optalidon (prop. fenazona). Mantinha o uso das demais drogas, esta usava semanalmente.

Entre (1984 a 1989), incrementou o uso de cocaína aspirada, usando cerca de 5g/dia, conforme a disponibilidade. Chegou a ir para um país andino para trabalhar na colheita e refino de coca, recebendo 350g de coca/dia por uma jornada de 8 horas de trabalho, além do uso livre durante o dia. Trazia cocaína para o Brasil, vendendo-a a amigos principalmente no garimpo. Em 1991 soube que em São Paulo, na Capital, era possível encontrar heroína. Passa cerca de 4 dias consecutivos no "ponto onde a droga era vendida, "tentando convencer a vendedora". Segundo ele, esta só lhe passou a droga após ter se tornado "sua amante".

O preparo era feito em "banho maria", aspirando o vapor. Com uma colher de sobremesa, com um cabo de cada lado, apoiada dentro de uma panela rasa com água, aspirava os vapores da água em ebulição e a cabeça coberta por uma toalha plástica. Não usou a droga de forma aspirada, pois um amigo que assim fez por três dias consecutivos falou que causava perfuração do septo nasal e na asa do nariz. Consumia a droga semanalmente, sempre aos domingos, pois a venda era feita nesse dia em uma barraca de quadros localizada numa feira de artesanato no bairro da Liberdade. Na época, preparava a droga dessa forma para grupos de 10 a 15 pessoas, não sabendo informar quantas gramas eram usadas. Normalmente, cada 4 pessoas compravam 1g por 280 dólares.

Aos 27 anos de idade (1993), passou a fazer uso de heroína injetável, por não mais sentir os efeitos da forma inalada. Por 6 meses, conseguiu usar somente de 1 a 3 vezes por semana, e ao final de um ano, de 4 a 5 vezes por semana. Aos 28 anos, passa a fazer uso diário, 5 a 6 vezes ou mais usando atualmente cerca 1g/dia. Para não compartilhar seringas, antes mesmo de usar pela primeira vez, mandou confeccionar uma seringa semelhante às usadas por dentista, inclusive com "cartuchos". Preparava os "cartuchos" com antecedência para uso próprio e seringas para 18 a 20 pessoas. Usa gotas de casca de limão com ácido para cozinhar e dissolver a heroína em água destilada. Fazia uso da droga em casa de amigos, ou no metrô, escondido dos transeuntes. Estas casas são geralmente mansões na zona sul e no litoral norte de SP aparentemente usadas apenas para este fim pois não moram pessoas lá. O grupo era constituído de 6 mulheres e 12 homens, com profissões variadas de modelos a empresários, todos adultos jovens.

Há três anos passou a integrar o "tráfico", fazendo viagens de moto, para Porto Strossner - Paraguai, sem paradas, retornando no mesmo dia. Trazia a droga na carenagem da moto e/ou numa mochila. Cerca de 35 a 40 kg por viagem lhe rendiam no máximo U\$ 1.000, e pelo menos 5 g de heroína. Sabe que a droga vem do Oriente, mas não por onde chega e qual o meio de transporte. Refere, ainda, que há aproximadamente 6 anos, freqüenta com certa regularidade algumas casas do bairro da Liberdade onde se fuma ópio. O preço é alto, cerca de U\$ 150,00 a dose, e as casas são freqüentadas quase exclusivamente por orientais.

### Queixas físicas decorrentes do uso crônico

1. Perda de todos os dentes, o que é referido como um fenômeno comum a todos os "empregados e patrões" desse comércio que usam próteses móveis, pelas quais podem se identificar (são feitas apenas por um protético ou dentista e passam de boca em boca com pequenos ajustes). Atualmente, a ausência das gengivas quase expõe o osso da arcada superior.

2. Úlcera gástrica que o levou ao hospital "com risco de cirurgia"(sic).

3. Flebites: no início, fazia uso da heroína injetável nos braços. Com a piora gradativa da funcionalidade das veias, passou a fazer uso das veias do pés, principalmente sob a unha do primeiro artelho.

### Internação

Durante dois meses ficou internado num hospital público. Na sua entrada apresentava sintomas de intoxicação aguda leve pelos opiáceos: lentificação global, humor normal, miose, pele seca. Em seguida desenvolveu sintomas de abstinência pelos opiáceos: sudorese, bocejos frequentes, rinorréia, lacrimejar, midríase, tremores, piloereção, vômitos, cólicas abdominais, diarreias, febre (38°C), espasmos musculares, taquicardia e hipertensão arterial discreta, ansiedade, inquietação, arrepios, insônia, perda de energia e do apetite, fissura, delirium. Foi medicado com benzodiazepínicos, prometazina, metoclopramida e metilbrometo de hioscina (Buscopan). Esses sintomas desapareceram progressivamente ao longo da primeira semana. Alguns sintomas como rinorréia, insônia, sudorese e a piloereção só desapareceram na semana seguinte. Foi usado neste período propranolol para alívio dos sintomas simpáticos e manteve benzodiazepínicos em doses altas (100 mg diazepam) devido à irritabilidade e insônia. Após dois meses de internação houve remissão completa dos sintomas.

### Discussão

O encontro de um paciente que relate o uso de uma droga não facilmente disponível no mercado pode ser o começo de um novo padrão de consumo de drogas que se instalará numa comunidade. Os estudos epidemiológicos mostram que esses casos sentinelas possam ser importantes na detecção de epidemias. Devido à importância de uma nova epidemia de uma nova droga no Brasil este caso pode servir como um alerta<sup>(4)</sup>. Existe obviamente a limitação inerente a informação de um único caso que possa estar sujeito a uma série de meias verdades, a excepcionalidade da situação vivida pelo usuário, fantasias e mentira plena. No entanto o caso relatado manteve a versão dos fatos consistente ao longo de toda a internação e a maior parte das informações foi confirmada pelos familiares. Além disso, apesar dos sintomas de abstinência dos opiáceos não serem absolutamente patognomônicos, a sequência e o relato dos sintomas foram convincentes de abstinência aos opiáceos.

O que preocupa com as informações obtidas são duas coisas. Em primeiro lugar uma rede de distribuição regular de heroína com uma conexão com o Paraguai. A implicação desta rede pode ser um começo de um sistema de distribuição de heroína que possa atingir um público grande.

Em segundo lugar, pelo relato deste paciente, começa a existir um tipo de usuário de heroína fora do círculo restrito da comunidade oriental paulistana. Esses usuários seriam profissionais de classe média alta dispostos a experimentar com a heroína. Algo semelhante está acontecendo também nos EUA atualmente com o ressurgimento da heroína. Profissionais bem sucedidos estão deixando a cocaína e passando a usar heroína. A alegação é que a heroína apresenta menores consequências no dia seguinte, além do fato de que como esta droga está chegando de uma forma mais pura ela pode ser usada aspirada ou inalada.

Se essas informações forem confirmadas por outros pacientes, podemos estar diante de uma nova onda de uso de drogas com consequências imprevisíveis para a saúde pública no Brasil. Os usuários de drogas brasileiros não estão acostumados com os opiáceos, pois a América Latina, historicamente sempre foi poupada deste tipo de droga. Em oposição à Europa e aos EUA que desde o século passado apresentam um consumo constante de opiáceos. Um dos principais riscos com essa droga é que no começo, inúmeros usuários despreparados possam ter overdose, por desconhecerem a dose que deveriam usar ou a real pureza da droga. Além disso o uso crônico e o aparecimento dos sintomas de abstinência, com o predomínio de desconforto físico, possa ser mais um fator envolvido na criação de um grupo de usuários desorganizados e que possam envolver-se em comportamentos anti-sociais para conseguir a droga.

O desafio para os organizadores da saúde pública que estão envolvidos na prevenção de drogas e na organização de serviços aos usuários de drogas é enorme. Podemos ter em alguns centros urbanos um novo grupo de usuários de drogas, com problemas que se aglutinarão aos enormes problemas já existentes relacionados ao crack e à cocaína. Devemos nos próximos meses monitorar muito de perto novos casos que eventualmente possam surgir para não repetirmos a demora exagerada na organização de serviços e políticas preventivos que ocorreu nos últimos vinte anos.

### Summary

#### *Heroin: the next drug of abuse in Brazil?*

*Over the last twenty years in Brazil, there has been a constant tendency for the pattern of consumption of illicit drugs to change. We need to be ever ready to ask what will be the next change. As there has been a trend for the internationalization of heroin as a drug of abuse, indeed some Andian countries are now known to be planting the opium poppy, raising the possibility that heroin will become the next drug of abuse in Brazil. We describe a clinical case of heroin dependency that recently presented for treatment at a public clinic in São Paulo. The implications of this case are discussed.*

Uniterms: heroin; new drug; epidemic; Brazil; drug policies

### Referências

1. LARANJEIRA R - Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. *J bras Psiq*, 45(4):191-199, 1996.
2. DUNN J, LARANJEIRA R - The epidemic that was allowed to happen. *Addiction*, 91(8):1089-1099, 1996.
3. DUNN J, et al. - Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in Sao Paulo: 1990-1993. *Substance Use & Misuse*, 31(4):519-527, 1996.
4. LARANJEIRA R e cols. - Éxtase (3,4 metilendioximetanfetamina, MDMA): uma droga velha e um problema novo? *Revista da ABP-APAL*, 18(3):77-81, 1996.

# Mensagem aberta ao público

---

"Estamos em janeiro, segunda semana de 96 e minha filha Lia não voltará nunca mais para casa.

Lia tinha recentes 22 anos, era alegre, extremamente afetuosa e transitava com liberdade pelo mundo holístico. Desde pequena ela gostava de preparar sua própria refeição, carne de soja, arroz integral, muitas frutas. Gostava dos bichos, sempre tinha um a seu lado, agora era Kete, uma american cokier branca, que nosso amigo Damião teve que enviar de Nova York, alguns dias depois de sua chegada ao Brasil, no final de 94. Tinha também anjos e guias, em especial Rosa Clara que havia descoberto por ocasião do Processo Hoffman, em São Paulo.

Lia se preparava para a quarta dimensão, um novo mundo em que anjos e pessoas, natureza e vida, o planeta Terra vivesse em perfeita harmonia. Na floreira de seu quarto tem um jardim onde os gnomos, os cristais e as pedras, vindas de cada lugar por onde passasse, recebem a luz e energia do sol que entra todos os dias. É seu santuário, é claro, onde estão as pirâmides e as árvores de pedras coloridas. As paredes são cobertas de postais e cartazes, de John Lennon e Ghandi e muitos, muitos anjos.

Bonita por dentro e por fora, cultivava um frescor de flor de campo misturado a uma desenvoltura natural, fruto da sua espontaneidade. Com seus brincos, anéis, colares, todos contendo um significado e estórias próprias, ela ia expondo num mosaico, a reunião de várias culturas da sua juventude. Fez teatro, aquarela, capoeira e atualmente dava aula de inglês.

Um dia, alguém bateu à nossa porta, levou minha filha para sempre.

Um dia, alguém bateu à nossa porta, levou minha filha e a encontramos morta, jogada em algum lugar da cidade. Já tinha visto e já tinha lido, como todo mundo, sobre outras Lias, incontáveis vezes. Mas, eram outras. Por mais que me sensibilizassem, eram outras, nunca a minha Lia. Minha vez chegou. É por isso que posso dizer a todos da solidão, do desamparo em que vivemos todos nós, em uma sociedade impune, sem proteção, sem rumos, sem valores.

Aos pais e mães que, como nós, pais da Lia, um dia sonhamos filhos perfeitos, sadios e felizes é que dedico este profundo lamento. Diálogo, afeto, terapias, missas, cultos, viagens, lágrimas, gritos ajudam, mas não são suficientes. Existe um mundo aí fora e o jovem tem que sair por ele e este mundo está doente. Nossos antissépticos, nossas trancas, muralhas, portões eletrônicos não impedem os micróbios, as bactérias que, muito sorratoriamente, vão se infiltrando pelas frestas, pelos cantinhos e, quando descobrimos, já se alastraram, já nos corroeram com suas garras poderosas.

As drogas, muito mais usuais que a nossa imaginação alcança, são voláteis, estão no ar que respiramos. O jovem que as experimenta pode se livrar delas, mas nunca de seus mercados. Estes encerram nossas crianças em uma prisão e sentenciam-lhes a pena máxima.

Atenção todos: quem ouvirá este grito de dor lancinante? Quero me juntar aos outros gritos que ainda não foram ouvidos. Quero me juntar às famílias das outras Lias, quero incomodar todos ouvidos. Quero que saibam que é insuportável, que dilacera a alma, verga a nossa espinha, quebra o nosso sonho. Quero que este grito ecoe agora com a urgência e a força de um raio para que todos escutem, todos sintam; Que as vendas que tapam os olhos caiam e possam todos enxergar o horror dessa violência contra a vida. A violência que extirpou da minha filha o futuro, os sonhos, uma família, o amor.

Ela anda solta pelas ruas, vai às escolas, aos clubes, bares, está em todos os lugares.

Não posso aceitar que nos cabe apenas enterrar nossos mortos.  
Eu choro a perda de minha filha.  
Eu repudio e execro a violência por que passou.  
Eu conclamo os jovens a se unirem.  
Eu convoco a sociedade a se manifestar."

*Maria Abadia Silva 14/01/96*

# Illicit Substance Use, Gender, and the Risk of Violent Behavior Among Adolescents

Carolyn Piver Dukarm, MD; Robert S. Byrd, MD, MPH; Peggy Auinger, MS; Michael Weitzman, MD

**Objectives:** To analyze data from a nationally representative sample of high school students to investigate the relationship between substance use and violent behavior among adolescents and to examine this relationship in both male and female adolescents.

**Design:** Cross-sectional analyses of the 1991 Centers for Disease Control and Prevention's Youth Risk Behavior Survey.

**Setting:** Public and private schools in the 50 states.

**Participants:** The participants were 12 272 high school students.

**Main Outcome Measure:** To determine the prevalence of weapon carrying and physical fighting among male and female adolescents.

**Results:** A significant increase in the number of male

and female adolescents carrying weapons and physically fighting was associated with all forms of substance use. Reports of carrying a weapon increased with recent alcohol consumption (34% vs 17%,  $P < .001$ ) and use of marijuana (48% vs 22%,  $P < .001$ ), cocaine (71% vs 25%,  $P < .001$ ), and anabolic steroids (62% vs 25%,  $P < .001$ ). The prevalence of physical fighting was also significantly higher among adolescents who used illicit substances than among adolescents who denied drug use. The risk of violent behavior increased significantly, and was of equal magnitude, for adolescent females and males who were illicit substance users.

**Conclusions:** Alcohol and illicit substance use are highly associated with an increased risk of violent behavior. These data also demonstrate that the risk of violence by adolescent females who are substance users is substantial.

*Arch Pediatr Adolesc Med.* 1996;150:797-801

**Editor's Note:** Women might be from Venus and men from Mars, but on earth both react the same way to alcohol and illicit substances: BADLY!

Catherine D. DeAngelis, MD

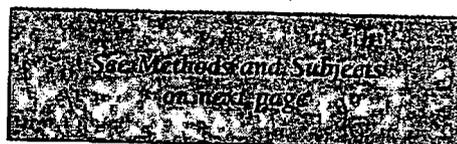
**V**IOLENCE IS reaching epidemic proportions among American youth and has become the leading cause of death in African American adolescents and the second leading cause of death in adolescents overall.<sup>1-3</sup> The risk factors identified for the increase in violence in the United States include the increase in poverty,<sup>4</sup> family violence,<sup>5</sup> and easy access to firearms.<sup>6-8</sup>

Firearms account for most of the escalation of the homicide rate in US youths.<sup>9-12</sup> According to the Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta,

Ga, from 1985 to 1991, 97% of the increase in adolescent homicides was ascribed to firearms. In a recent study, easy access to handguns was reported by 34% of high school students in Seattle, Wash.<sup>13</sup> Other studies have demonstrated that a notable number of adolescents reported having carried a weapon to school.<sup>14</sup> The most common weapon reported was a handgun. Physical fighting is often a precursor to other violent interactions and may become potentially fatal in the presence of a weapon. The risk-taking behavior associated with aggressiveness and physical fighting may have lethal consequences when a weapon is involved.

Use of illicit substances by adolescents is also a widespread phenomenon,

From the Divisions of Adolescent Medicine (Dr Dukarm) and General Pediatrics (Drs Dukarm, Byrd, and Weitzman and Ms Auinger), Department of Pediatrics, the University of Rochester (NY) School of Medicine and Dentistry.



## METHODS AND SUBJECTS

### METHODS

The 1991 National Youth Risk Behavior Survey, conducted by the Centers for Disease Control and Prevention as part of a national surveillance of adolescent risk behaviors, uses a complex, multistage survey design to provide a nationally representative sample of high school students. This cross-sectional survey samples schools with notable numbers of African American and Hispanic students at relatively higher rates than other schools to make more precise estimates regarding these racial minorities. A weighting factor is applied to the analysis of each individual's record to adjust for the oversampling of minority youth and for nonresponse.

### SUBJECTS

The total number of respondents in 1991 was 12 272, most of whom were aged 15 to 18 years. The 1991 Youth Risk Behavior Survey contained a 75-item questionnaire, which included questions concerning demographic characteristics (**Table 1**) and risk-taking behaviors (including violence and illicit substance use). All information was derived from self reports of behavior. However, the Youth Risk Behavior Survey has been found to be reliable for reports of adolescent health risk behaviors.<sup>25</sup>

Violence, or potential for violent behavior, was assessed by responses to questions concerning weapon carrying and physical fighting. Subjects were asked if they had carried a weapon, such as a gun, knife, or club, in the past 30 days, and what type of weapon they had carried most often. A distinction between illegal and legal weapons could not be made with this data set. Questions about fighting surveyed the number of times in the previous year that subjects had been in a physical fight, with whom they had

fought, and the number of times that an injury requiring treatment by a physician or nurse had been sustained.

Illicit substance use included alcohol consumption and use of marijuana, cocaine (including powder, crack, or freebase), and anabolic steroids. Questions regarding alcohol, marijuana, and cocaine use assessed age at initiation, frequency of use in the previous month, and lifetime use. Anabolic steroid use was assessed only by lifetime use.

Subjects were categorized as having carried a weapon if they had participated in this behavior 1 or more times in the previous month; they were categorized as having been in a physical fight if they reported fighting within the previous 12 months; they were categorized as having used alcohol, marijuana, or cocaine if they had used these substances 1 or more times in the past month; and they were categorized as having used anabolic steroids if they had any lifetime use.

### STATISTICAL ANALYSES

All survey responses were weighted to account for the oversampling of racial minorities and nonresponses. Analyses included stratification by gender of the prevalence of violent behavior (weapon carrying and physical fighting) and substance use (alcohol, marijuana, cocaine, and anabolic steroids). Bivariate analyses used a  $\chi^2$  test analogous to the Pearson Chi-Square<sup>26</sup> for nonsurvey data.<sup>27</sup> The prevalence of violent behavior in substance users was compared with nonusers, and stratified analyses contrasted male and female substance users. Odds ratios were determined for gender differences regarding increased risk of violent behavior.

Statistical software (Epi Info Version 6, Centers for Disease Control and Prevention) was used to complete the preliminary analyses,<sup>28</sup> and different statistical software (SUDAAN, Research Triangle Institute, Research Triangle Park, NC) was used to account for the complex multistage survey design.<sup>27</sup>

and a substantial number of youths use these substances.<sup>15</sup> Associated problems include suicide, unintentional injuries (eg, motor vehicle accidents, drownings,<sup>16</sup> and overdoses<sup>17</sup>), adverse health effects (eg, respiratory, cardiovascular, and hepatic dysfunction), and an increase in other forms of risk-taking behavior.<sup>18</sup> These mind-altering substances may evoke emotional states or transient diminutions in higher-level cognitive functioning that could increase the potential for intentional, in addition to unintentional, injuries.<sup>18</sup> The use of illicit substances is a documented risk factor for violent interactions in adults<sup>19</sup>; however, little data exist concerning this relationship in adolescents.<sup>20,21</sup> Although the consensus in the literature<sup>16-18</sup> is that substance use contributes notably to certain areas of adolescent morbidity, the relationship between adolescent illicit drug use and the prevalence of youth violence remains largely unexplored and thus unclear.

While adolescent males are at the greatest risk of being victims and perpetrators of violence,<sup>22,23</sup> to date very little attention has focused on the risk of violent behavior in adolescent females. This segment of the popula-

tion may be at notable risk but may also be inadvertently omitted from detailed study and clinical and public health interventions because of misperceptions about their risk status. Risk-taking behaviors cluster in adolescents in a "syndrome" of problem behaviors; adolescents who participate in 1 form of risk-taking behavior are more likely to be involved in other forms of health risk behavior.<sup>24</sup>

We analyzed data from a nationally representative sample of high school students to investigate the relationship between illicit substance use and the prevalence of violent behavior (ie, physical fighting and weapon carrying) among adolescents; we also examined this data to determine any differences in this relationship between adolescent males and females.

### RESULTS

Almost 51% of the respondents reported alcohol consumption within the past month, 15% reported marijuana use within the past 30 days, 2% reported cocaine use in the previous month, and 3% reported a history of

**Table 1. Demographics of Violent Behaviors Among US Adolescents\***

Variable	No. In Sample	% of Respondents Reporting†	
		Physical Fighting	Weapon Carrying
Gender			
Male	5984	50‡	41‡
Female	6283	34‡	11‡
Race			
White	5385	41§	25
Hispanic	3185	41	26
African American	2822	51	33
Other	857	43	23
Age, y			
≤14	1093	50§	25
15	2667	45§	24
16	3137	44	29
17	2990	40§	25
≥18	2380	37	26

\*Violent behaviors reported refer to physical fighting 1 year before the survey and weapon carrying 30 days before the survey. Data based on 1991 Youth Risk Behavior Survey (N=12 272).

†All percentages presented are weighted percentages, accounting for oversampling and nonresponse.

‡P<.001.

§P<.05.

||P<.01.

anabolic steroid use. As given in **Table 2**, the prevalence of substance use varied by gender; adolescent males reported higher rates of use of all types of illicit substances.

The prevalence of weapon carrying was 27% among all subjects, and physical fighting was reported by 43% of the subjects. Adolescent males reported a higher prevalence of weapon carrying (41% vs 11%) and physical fighting (50% vs 34%) than adolescent females ( $P<.001$  for each comparison) (Table 1). Knives were the most commonly reported weapons carried by adolescent males and females. The percentages of the different weapons carried by adolescent males vs females were as follows: knives (50% vs 75%), clubs (19% vs 8%), and handguns (12% vs 7%), respectively. Because of notable developmental differences between early and late adolescence, comparisons of violence-related behaviors by different age levels were calculated. The data in Table 1 indicate that weapon carrying was initiated at an early age and remained fairly consistently distributed throughout adolescence. However, physical fighting was initiated at an early age but declined in frequency with aging.

The relationship between illicit substance use and violence-related behavior was examined. Weapon carrying and physical fighting were reported with greater frequency by adolescents who used illicit substances (**Table 3**).

Data relating to the relationship between illicit substance use and violent behavior among adolescent males compared with adolescent females are given in **Table 4**. The odds ratios for increased risk of weapon carrying and physical fighting among adolescents are shown accord-

**Table 2. Demographics of Illicit Substance Use Among US Adolescents\***

Variable	% of Respondents Using†			
	Alcohol	Marijuana	Cocaine	Anabolic Steroids
Gender				
Male	52.7‡	16.7§	2.4	4.1§
Female	48.8‡	12.5§	1.0	1.2§
Race				
White	52.9	15.2	1.7	2.7
Hispanic	54.3	14.4	3.1	2.6
African American	42.0§	13.5	0.6§	2.1
Other	42.9	12.7	2.4	3.6
Age, y				
≤14	38.6§	5.9§	1.7	2.7
15	40.6§	10.2	0.8	1.5§
16	51.6	15.0	1.8	3.5‡
17	57.0§	18.2§	2.0	2.4
≥18	61.2§	20.0§	2.5	3.4

\*Illicit substance use refers to use 30 days before the survey, except for anabolic steroid use which refers to ever having used anabolic steroids. Data based on 1991 Youth Risk Behavior Survey (N=12 272).

†All percentages presented are weighted percentages, accounting for oversampling and nonresponse.

‡P<.05.

§P<.001.

||P<.01.

ing to use of illicit substances and stratification by gender. The risk of weapon carrying and physical fighting increased notably, and was of equal magnitude, for female adolescents who were substance users as for male adolescents who reported using alcohol or illicit substances.

## COMMENT

These data from the nationally representative 1991 Youth Risk Behavior Survey indicate that alcohol and illicit substance use are notably associated with an increased risk of adolescent weapon carrying and physical fighting. This association is true for use of alcohol, marijuana, cocaine, and anabolic steroids. Anabolic steroids were included in the study because of the resultant effect on aggression,<sup>29</sup> as well as a previously documented correlation between use of anabolic steroids and use of other illicit drugs.<sup>30</sup> The data also demonstrate that 27% of US adolescents report having carried a weapon in the past month, including 11% of female high school students. Thus, although adolescent males report a higher prevalence of weapon carrying overall, it cannot be overlooked that a notable percentage of female adolescents also elect to carry a weapon.

Much of the focus of the recent literature regarding violence in adolescents has centered on adolescent males.<sup>22</sup> Although violent behavior and illicit substance use are more common among males than females, these data demonstrate that the risk for violence-related behaviors by adolescent females, especially illicit substance users, cannot be discounted. Moreover, adolescent females who are illicit substance users are at as great an increased risk as

**Table 3. Violent Behaviors Among US Adolescents by Illicit Substance Use\***

Variable	% With Violent Behavior†		Odds Ratio (95% Confidence Interval)
	Users	Nonusers	
<b>Weapon Carrying by Substance Use</b>			
Alcohol	34	17	2.5 (2.3-2.8)
Marijuana	48	22	3.2 (2.8-3.6)
Cocaine	71	25	7.4 (4.7-11.5)
Anabolic steroids	62	25	4.8 (3.1-7.6)
<b>Physical Fighting by Substance Use</b>			
Alcohol	51	33	2.1 (1.9-2.3)
Marijuana	63	39	2.7 (2.3-3.1)
Cocaine	74	42	3.8 (2.3-6.5)
Anabolic steroids	74	42	4.0 (2.8-5.7)

\*Data based on 1991 Youth Risk Behavior Survey (N=12 272).

†All comparisons are significant at P<.001.

adolescent male illicit substance users for participation in the violence-related behaviors ascertained. Therefore, illicit substance use should be further emphasized because of the fact that this risk is substantially increased for adolescent females who use drugs vs adolescent females who deny drug use.

Many limitations of this study should be acknowledged. All information in this study is based on self reports of illicit substance use and violent behavior and, therefore, must be interpreted as such. In addition, the questionnaire design was cross-sectional and, hence, no inferences about temporal relationships can be made. Because of the limited data in the questionnaire regarding other characteristics of interest concerning the adolescent participants, no additional analyses could be conducted about such areas of interest as socioeconomic status, psychological profiles, and prior exposures to illicit drug use and violence-related behaviors. These additional questions could have clarified potential confounding variables. Further, no differentiation was made between legal weapon carrying (eg, hunting and marksmanship) and illegal weapon carrying. No specific questions addressed illicit drug trafficking. In a small number of previous studies, illicit drug trafficking in adolescents has been demonstrated to be associated with violence-related behavior.<sup>31,32</sup> We could not assess whether the intent of weapon carrying by male and female adolescents was for the purpose of protection or aggression using data from this survey, but this information is crucial for developing a theoretical framework for potential preventive and therapeutic interventions. In addition, because the survey was conducted among adolescents in school settings, it is impossible to generalize these results to adolescents who were not in school to investigate whether early school termination or excessive school absence is associated with higher rates of illicit substance use or violence.<sup>15,33</sup> In previous studies,<sup>33,34</sup> an increased incidence of risk-taking behaviors (including illicit substance use) was shown among adolescents with poor academic achievement.

Individual and societal implications of weapon car-

**Table 4. Increased Risk of Violent Behavior Associated With Illicit Substance Use Among US Adolescents by Gender\***

Variable	Odds Ratio (95% Confidence Interval)	
	Males	Females
<b>Weapon Carrying by Substance Use</b>		
Alcohol	2.6 (2.1-3.2)	2.8 (2.1-3.7)
Marijuana	3.0 (2.4-3.6)	3.9 (3.1-4.8)
Cocaine	6.4 (3.2-12.5)	7.4 (3.2-17.0)
Anabolic steroids	3.3 (1.8-5.9)	5.4 (2.8-10.3)
<b>Physical Fighting by Substance Use</b>		
Alcohol	2.2 (1.8-2.6)	2.0 (1.7-2.3)
Marijuana	2.8 (2.3-3.4)	2.3 (1.8-3.1)
Cocaine	3.2 (1.7-6.0)	4.0 (2.0-7.9)
Anabolic steroids	3.4 (2.3-5.1)	3.4 (1.5-7.6)

\*Data based on 1991 Youth Risk Behavior Survey (N=12 272).

rying, physical fighting, and illicit drug use by both male and female adolescents remain profoundly important, yet these are largely unexplored areas of risk-taking behavior. In the recent medical literature,<sup>35-37</sup> the subject of violence has been referred to as an urgent public health priority, and the medical and public health communities have been urged to mobilize available resources toward a preventive end. Although much debate exists about the optimal preventive and therapeutic options,<sup>38</sup> the serious consequences of unabated youth violence remain undisputed. The number of adolescents, both male and female, involved in substance abuse and affected by increasing violence is substantial. The data presented in this article suggest areas for future investigation regarding the etiology, interrelationship, and prevention of these 2 potentially devastating domains of adolescent behavior. The data highlight the fact that youth violence interventions can no longer exclusively focus on adolescent males but must include adolescent females as well because they, too, are at notable risk.

Because the same adolescents are at risk for both illicit substance use and violence, an integrated approach to prevention may be warranted and necessary. The rigorous evaluation of future preventive and therapeutic interventions should test whether integrated approaches are more effective and efficient than categorical approaches.

Accepted for publication December 2, 1995.

This study was supported in part by institutional training grant T32-PE-12002 from the National Research Service Award Bureau of Health Professions, Washington, DC.

Presented in part at the Society for Pediatric Research Conference, Washington, DC, May 9, 1996.

We thank Elizabeth R. McAnarney, MD, for her review of the manuscript.

Reprints: Carolyn Piver Dukarm, MD, Department of Pediatrics, Box 777, University of Rochester School of Medicine and Dentistry, 601 Elmwood Ave, Rochester, NY 14642.

REFERENCES

1. Fingerhut LA, Ingram DD, Feldman JJ. Firearm and nonfirearm homicide among persons 15 through 19 years of age: differences by level of urbanization, United States, 1979 through 1989. *JAMA*. 1992;267:3048-3053.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Violence-related attitudes and behaviors of high school students: New York City, 1992. *MMWR CDC Surveill Summ*. 1993;42:773-777.
3. Wilson MD, Joffe A. Adolescent medicine. *JAMA*. 1995;273:1657-1660.
4. Jenkins EJ, Bell CC. Adolescent violence: can it be curbed? *Adolesc Med: State Art Rev*. 1992;3:71-86.
5. Widom CS. Does violence beget violence?: a critical examination of the literature. *Psychol Bull*. 1989;106:3-28.
6. Fingerhut LA, Ingram DD, Feldman JJ. Firearm homicide among black teenage males in metropolitan counties. *JAMA*. 1992;267:3054-3058.
7. Sloan JH. Handgun regulations, crime, assaults, and homicide: a tale of two cities. *N Engl J Med*. 1988;319:1256-1262.
8. Schubiner H, Scott R, Tzelepis A. Exposure to violence among inner-city youth. *J Adolesc Health*. 1993;14:214-219.
9. Weil DS, Hemenway D. Loaded guns in the home. *JAMA*. 1992;267:3033-3037.
10. Webster DW, Gainer PS, Champion HR. Weapon carrying among inner-city junior high school students: defensive behavior vs aggressive delinquency. *Am J Public Health*. 1993;83:1604-1608.
11. Mercy JA, Rosenberg ML, Powell KE, Broome CV, Roper WL. Public health policy for preventing violence. *Health Aff*. 1993;12:7-29.
12. Earls FJ. Violence and today's youth. *Future Child*. 1994;4:4-23.
13. Callahan CM, Rivara FP. Urban high school youth and handguns. *JAMA*. 1992; 267:3038-3042.
14. Cotten NU, Resnick J, Browne DC, Martin SL, McCarragher DR, Woods J. Aggression and fighting behavior among African-American adolescents: individual and family factors. *Am J Public Health*. 1994;84:618-622.
15. Newcomb MD, Maddahian E, Bentler PM. Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses. *Am J Public Health*. 1986; 76:525-531.
16. Friedman IM. Alcohol and unnatural deaths in San Francisco youths. *Pediatrics*. 1985;76:191-193.
17. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, et al. Fatal injuries after cocaine use as a leading cause of death among young adults in New York City. *N Engl J Med*. 1995; 332:1753-1757.
18. Eckardt MJ, Harford TC, Kaelber CT, et al. Health hazards associated with alcohol consumption. *JAMA*. 1981;246:648-649.
19. Scribner RA, MacKinnon DP, Dwyer JH. The risk of assaultive violence and alcohol availability in Los Angeles county. *Am J Public Health*. 1995;85:335-340.
20. Bass LE, Kane-Williams E. Stereotype or reality: another look at alcohol and drug use among African-American children. *Public Health Rep*. 1993;108 (suppl 1):78-84.
21. Middleman AB, Faulkner MA, Woods ER, Emans SJ, DuRant RH. High-risk behaviors among high school students in Massachusetts who use anabolic steroids. *Pediatrics*. 1995;96:268-272.
22. Fingerhut LA, Kleinmen JC. International and interstate comparisons of homicide among young males. *JAMA*. 1990;263:3292-3295.
23. Rosenberg ML, Mercy JA. Homicide: epidemiologic analysis at the national level. *Bull N Y Acad Med*. 1986;62:376-398.
24. Jessor R. Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health*. 1991;12:587-605.
25. Brener ND, Collins JL, Kann L, Warren CW, Williams BI. Reliability of the Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *Am J Epidemiol*. 1995;141:575-580.
26. Fleiss JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2nd ed. New York, NY: John Wiley & Sons; 1981:22.
27. Shah BV, Barnwell BG, Hunt PN, LaVange LM. *SUDAAN Reference Manual, Release 6.40*. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute; 1995; 6:1-37.
28. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, et al. *Epi Info, Version 6: A Word Processing, Database, Statistical Program for Epidemiology on Microcomputers*. Atlanta, Ga: Centers for Disease Control and Prevention; 1994:185-190.
29. Uzych L. Anabolic-androgenic steroids and psychiatric-related effects: a review. *Can J Psychiatry*. 1992;37:23-28.
30. DuRant RH, Escobedo LG, Heath GW. Anabolic-steroid use, strength training, and multiple drug use among adolescents in the United States. *Pediatrics*. 1995; 96:23-28.
31. Stanton B, Galbraith J. Drug trafficking among African-American early adolescents: prevalence, consequences, and associated behaviors and beliefs. *Pediatrics*. 1994;93:1039-1043.
32. Li X, Feigelman S. Recent and intended drug trafficking among male and female urban African-American early adolescents. *Pediatrics*. 1994;93:1044-1049.
33. Brooks-Gunn J, Guo G, Furstenberg FF. Who drops out of and who continues beyond high school? a 20-year follow-up of black urban youth. *J Res Adolescence*. 1993;3(3):271-294.
34. Centers for Disease Control and Prevention. Health risk behaviors among adolescents who do and do not attend school—United States, 1992. *MMWR CDC Surveill Summ*. 1994;43:129-132.
35. Rosenberg ML, O'Carroll PW, Powell KE. Let's be clear: violence is a public health problem. *JAMA*. 1992;267:3071-3072.
36. Christoffel KK. Reducing violence—how do we proceed? *Am J Public Health*. 1994;84:539-541.
37. Koop CE, Lundberg GD. Violence in America: a public health emergency. *JAMA*. 1992;267:3075-3076.
38. Yung BR, Hammond WR. The positive case for school-based violence prevention programs. *Health Aff*. 1994;13:170-173.

Taka  
 Esta pag. A ver  
 for pensar, pero de  
 publicarse en ingles.  
 Measmo asi, hacer  
 para ver se localiza.

Announcement

Free Patient Record Forms Available

Patient record forms are available free of charge to ARCHIVES readers by calling or writing FORMEDIC, 12D Worlds Fair Dr, Somerset, NJ 08873-9863, telephone (908) 469-7031.

**ANEXO - 05**  
**MÓDULO FICHAMENTO**

"Entre os estágios do desenvolvimento, a adolescência ganhou uma reputação questionável, se não de todo má, que perde apenas para o período que os "terríveis dois anos" representam para os jovens pais.

Estas opiniões populares são surpreendentes, em vista do fato de que a adolescência é relativamente nova, no cenário do desenvolvimento, em parte porque ainda existe alguma incerteza quanto a como defini-la e se a adolescência existia na sociedade pré-industrial ou se existe nas comunidades não ocidentais. A partir de um ponto de vista sociológico, os ritos da passagem que marcam o término da infância, são bem conhecidos. Incluem direitos de iniciação à religião e à sociedade, na forma de confirmação, aquisição de cicatrizes e subincisões que permitem a entrada na comunidade adulta dos homens e mulheres em várias culturas. Entretanto, estes jovens ingressam em uma idade adulta, em vez de uma idade intermediária. Por outro lado, em algumas comunidades tão distantes como a Grécia pré-Pérides, havia uma clara distinção entre o homem jovem (na Grécia o *efebos*) e a garota nubente em idade de casamento, e aqueles que se tornavam membros procriadores de toda a comunidade. Na verdade, os sociólogos, às vezes observam a adolescência como se esta consistisse de um grupo alienado de uma certa idade, que é definido pela exclusão. Estes seres não são nem crianças, nem adultos, e a definição de sua posição na sociedade é a de estarem parcialmente excluídos de qualquer daquelas comunidades mais dominantes; assim como uma subcultura distinta com suas próprias regras.

Enquanto as alterações corporais estão ocorrendo, os desenvolvimentos intelectuais e cognitivos também se desenvolvem. Piaget (1952) sugere que a inteligência operacional, adquirida aos 7 anos, está dividida em duas formas sequenciais: inteligência *concreta* e *abstrata*. O adolescente, agora, pode amadurecer para operações formais, deixando as operações concretas para trás. Este raciocínio mais sofisticado, envolvendo o pensamento causal e combinatório, caracteriza a atitude abstrata. Esses progressos, tanto na maturação cognitiva, quanto biológica, proporcionam o terreno e a matéria-prima para variados problemas psicossociais, dando surgimento às muitas observações que formam o conceito de adolescência.

A adolescência foi amplamente ignorada pelos analistas, até que Anna Freud (1937) descreveu uma rápida oscilação entre o excesso e o asceticismo durante a adolescência. Ela visualizou as rápidas mudanças de comportamento e humor como secundários ao efeito dos impulsos estimulados pela maturidade sexual e pelos hormônios da puberdade, sobre o comportamento. A instabilidade das defesas recém-enfatizadas contra o impulso era vista como a contribuição do ego para o comportamento errático observado. Esta visão da adolescência como tumulto e agitação coloriu as opiniões dos investigadores subsequentes. Na verdade, o conceito de *tumulto adolescente* criado por Erikson (1959) e sua noção concomitante de *difusão de identidade* tornaram-se os pontos fundamentais de nossa visão da adolescência normal. Embora Erikson alertasse que a difusão era um estado mal-adaptativo e temporário, implicou que todos nós passamos pelo estágio com maior ou menor intensidade. Estudos normativos do desenvolvimento posteriores, empregando a observação direta de adolescentes, mostram menos tumulto e revolta do que se pensava anteriormente.

A *sexualidade* pode ser vista como uma subestrutura da identidade, mas é bastante importante na adolescência não apenas em termos de estabelecimento do papel, mas em termos de combinação da identidade sexual central com o papel sexual e escolha do objeto. Somente a medida que o adolescente entra na segunda parte da adolescência (dos 15 aos 20 anos), o exagero da masturbação como um canal de descarga da tensão para o alívio da ansiedade, dá lugar a uma atividade sexual mais diferenciada, que é orientada por fantasias sobre outros, com uma determinação mais clara dos parceiros mentais no prazer corporal. Em resumo, o adolescente pode ser ativo ou passivo em sua própria cabeça, sádico e submisso, terno e vigoroso, homem ou mulher.

À medida que o adolescente penetra no mundo e tenta expressar sua sexualidade, busca também uma pessoa que combine, mais ou menos com seu objeto mental. A experiência sexual pode ocorrer. Após isso, é estabelecida uma relativa rigidez no padrão de escolhas sexuais."

**ANEXO - 06**  
**GRUPO QUE CONHECEMOS**

## VISITANDO O GRUPO DOS NARCÓTICOS ANÔNIMOS

A simplicidade é a chave do nosso símbolo; reflete a simplicidade da nossa Irmandade. Vários tipos de conotações ocultas e esotéricas podem ser encontradas nos seus traços simples, mas, para os membros da Irmandade, existem, antes disso, significados e relações facilmente compreendidos.

O círculo externo denota um programa universal e total, onde há espaço para toda as manifestações do indivíduo em recuperação.

O quadrado, cujas linhas estão definidas, é facilmente visto e compreendido, mas existem outras partes não visíveis do símbolo. A base do quadrado denota Boa-vontade, o alicerce da Irmandade e dos membros da nossa sociedade. A Boa-vontade é melhor exemplificada nos serviço; serviço é “Fazer a coisa certa pelo motivo certo”. Quando a Boa-vontade apoia e motiva o indivíduo da mesma forma que a Irmandade, somos plenamente inteiros e inteiramente livres. Provavelmente, o último estágio para alcançar a liberdade está perder estigma de ser uma adicto.

Os quatro lados da pirâmide, que se elevam da base numa figura tridimensional, representam o Eu, Sociedade, Serviço, Deus. Todos se elevam para o ponto da Liberdade. Todas as partes estão intimamente relacionadas com as necessidades e objetivos do adicto em busca de recuperação e com o propósito da Irmandade, que é tornar a recuperação acessível a todos. Quanto maior a base, (à medida que crescemos em unidade - em número e companherismo), mais amplos os lados da pirâmide, e mais elevado o ponto da liberdade.

Os princípios que possibilitam a recuperação são os 12 passos:

- 1) Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis;

- 2) Viemos acreditar que um poder maior do que nós poderia devolver-nos a sanidade;
- 3) Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, de maneira como nós O compreendíamos.
- 4) Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmas.
- 5) Admitimos a Deus, a nós mesmas e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas.
- 6) Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
- 7) Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos.
- 8) Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, e dispusemo-nos a fazer reparações em todas elas.
- 9) Fizemos reparações diretas a tais pessoas, sempre que possível, exceto quando fazê-lo pudesse prejudicá-las ou a outras.
- 10) Continuamos fazendo o inventário pessoal quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
- 11) Procuramos, através de prece e meditação, melhorar o nosso contato consciente com Deus, da maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento da Sua vontade em relação a nós, e o poder de realizar essa vontade.
- 12) Tendo experimentado um despertar espiritual, como resultado destes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

O Narcóticos Anônimos - N.A. é uma Irmandade ou sociedade sem fins lucrativos, de homens e mulheres para quem as drogas se tornaram um problema maior.

São adictos em recuperação, que se reúnem regularmente para ajudarem-se uns aos outros a se manterem limpos. É um programa de total abstinência de todas

as drogas. Há somente um requisito para ser membro: o desejo de parar de usar drogas.

N.A. não tem subterfúgios, não são filiados a nenhuma outra organização, não tem matrícula nem taxas, não há compromissos escritos, nem promessas a fazer a ninguém.

Não estão ligados a nenhum grupo político, religioso ou policial, e sem discriminação de sexo, idade, raça, identidade sexual, crença, religião ou falta de religião.

N.A. é uma Irmandade de homens e mulheres que estão aprendendo a viver sem drogas. Adictos reúnem-se regularmente, identificam-se no partilhar honesto e escutam, nas histórias dos companheiros, a mensagem de recuperação, há portanto, esperança para todos.

Os doze passos são ferramentas positivas que possibilitam a recuperação. O propósito primordial é se manter “limpo” e levar a mensagem ao adicto que ainda sofre, estando unidos pelo problema em comum - a adicção.

A mensagem de recuperação, baseia-se na experiência adquirida.

Assim, trabalhando com os doze passos e mantendo a abstinência, aliviam, diariamente suas condenações, tornando-se livres para viver.

N.A. não oferece aconselhamento ou serviços de assistência social.

As reuniões são um processo de identificação, esperança e partilha.

No início da reunião, lêem-se literatura de N.A., algumas reuniões têm oradores, temas para discussão, etc..

Reuniões fechadas são para adictos ou para quem possa ter problemas com drogas. Nas reuniões abertas, é bem-vinda qualquer pessoa que queira conhecer a Irmandade.

A atmosfera de recuperação é protegida pelas doze tradições.

Segundo o N.A., o adicto é um homem ou uma mulher cuja vida é controlada pelas drogas. É uma doença grave e progressiva que envolve mais do que o uso de drogas, e termina sempre da mesma maneira: prisões, instituições e morte.

Um aspecto da adicção é a incapacidade de lidar com a vida como ela é.

## CONHECENDO O PROGRAMA DO ADOLESCENTE

O programa do adolescente está inserido na Policlínica de Ref. Regional/Centro, no Ambulatório de Adolescentes, situado na Rua Esteves Júnior, 390, 1º andar, bloco M.

O programa de Atendimento ao adolescente, visa a assistência de vários profissionais, voltada a pessoas de faixa etária de 10 a 20 anos, na Grande Florianópolis. Essa assistência pode ser no atendimento individual e grupal.

**Atendimento individual:** é um atendimento específico, realizado no nosso ambulatório, com vários profissionais a sua disposição, que contribuirão na resolução dos seus problemas de saúde, de relacionamento na escola e na família.

**Atendimento grupal:** é feito através de reuniões, desenvolvendo atividades (recreativas, culturais, educativas, etc.) e discutindo assuntos de interesse dos participantes. Tem como proposta desenvolver um trabalho de atenção holística, visando integração do adolescente na família e na sociedade.

Atuam neste programa uma equipe multidisciplinar, composta por médicos (clínicos gerais, ginecologistas, ortopedistas, endocrinologistas, enfermeiras, assistentes sociais, pedagogos, dentistas, outras).

A demanda é espontânea ou encaminhada pelos ambulatórios do SUS, entidades particulares, órgãos públicos e programas da comunidade que atendem a essa faixa etária.

Os atendimentos são sistemáticos e de intercorrências. No atendimento sistemático, o primeiro atendimento é realizado pela assistente social, seguido pelo médico, enfermeira e, quando necessário pelos pedagogos.

O programa do adolescente tem como objetivos gerais:

- \* promover e recuperar a saúde, considerando-se os aspectos biológicos, psicoespirituais e sócio-culturais do adolescente.
- \* promover educação, ensino e pesquisa.

#### Objetivos Específicos:

- \* acompanhar o desenvolvimento biopsicossocial do adolescente durante a sua permanência no Programa do Adolescente.
- \* Orientar os adolescentes sobre os agravos de saúde.
- \* Orientar os adolescentes sobre a sexualidade, DST e saúde reprodutiva, incluindo gestantes.
- \* Orientar a adolescente gestante durante o pré-natal e puerpério.
- \* Fazer atendimento de puericultura até o primeiro ano de vida dos filhos de mães adolescentes.
- \* Propiciar campo de estágio para estudantes da graduação.

É realizado também um trabalho de grupo com os pais que é organizado através de um ciclo de palestras, com a duração de 06 meses, em encontros quinzenais. Tem como objetivo informar aos pais as transformações biopsicossociais da adolescência e orientá-los na maneira de lidar com o adolescente, diminuindo as tensões entre eles.

Fomos convidadas pela coordenadora do Programa do Adolescente, a Enfermeira, Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão, a participar do grupo de pais, com o temas que se seguem:

- \* Desenvolvimento Físico na Adolescência: 20/05/97
- \* Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência: 03/06/97
- \* O Adolescente e a Nutrição: 17/06/97
- \* Sexualidade: 01/07/97
- \* Orientação Sexual: 15/07/97
- \* Gravidez na Adolescência: 29/07/97
- \* Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS: 12/08/97

- \* O Adolescente e a Escola: 26/08/97
- \* O Adolescente e a Família: 09/09/97
- \* Drogas: 23/09/97
- \* O Adolescente e a Liberdade: 07/10/97
- \* Distúrbios de Comportamento na Adolescência: 07/10/97
- \* O Estatuto da Criança e do Adolescente: 21/10/97

(Grupo de Pais - Horário 15:30 hs., 5º andar da Policlínica)

“

**A**nseio, auto-afirmação

**D**esejo do conhecer

**O**usadia, descontrole

**L**aços desfeitos, aflição

**E**ntretanto, a este ser

**S**ó fala o coração

**C**arinho, afeto

**E**ntendimento correto

**N**inho fecundo de amor ...

**T**em sede de querer ser

**E**sperança no amanhecer

”

(AMI)

## VISITA A COMUNIDADE TERAPÊUTICA ESPERANÇA E VIDA (EV7)

Trata-se de uma casa evangélica, que acredita que só Jesus Cura, só ele tem esse poder. Haverá de ter por parte do residente uma entrega total a Deus.

Diz: “O Espírito Santo na atividade, é a direção certa na pré e pós-recuperação”.

Afirmam trabalhar com fatos objetivos acerca do comportamento, ou você tem Deus ou o Demônio dentro de você.

A Comunidade Terapêutica está localizada na Rua das Flores, nº 40, em Canasvieiras, Florianópolis.

Funciona há mais de 04 anos. Escreveram um manual contendo informações para auxiliar os pais, profissionais e para ajudarem seus filhos a saírem das drogas.

Realizam palestras em escolas, empresas, presídios, nas casas.

Trabalham com a linguagem da **cura**. “Estou curado só para sempre”.

### PROCESSO PARA UMA CURA COMPLETA

1. **O INÍCIO DE TUDO:** quando o jovem chega ao programa ele se sente:
  - a) deprimido - cheio de dúvidas, angústias e problemas;
  - b) ansioso - em busca de “algo” que ele não sabe definir;
  - c) revoltado - com pessoas ou fatos (o passado?);
  - d) sem motivação - já não espera nada da vida;
  - e) vazio - sem significado, sem valores.

**O que fazer com essa pessoa?** Nosso alvo, na verdade, é levá-lo a uma cura completa: corpo, mente e espírito e para isso haverá de percorrer uma rota longa e difícil. Daí porque é importante aliviá-lo de alguns desses problemas que traz

consigo através de um trabalho individual: aliviá-lo dessa carga pesada, despertar confiança e iniciar um aconselhamento positivo.

**Mente complexada:** a cultura e certas filosofias de vida criam embaraços mentais, levando o jovem a pensamentos desencontrados, estranhos, com idéias e decisões impróprias. Daí sua frustração diante da família e da sociedade.

**A droga:** é elemento básico para esse tipo de vida, pois influencia o indivíduo, distorce a sua personalidade e cria expectativas erradas, levando-o a um comportamento totalmente inadequado.

**Procedimento:** O obreiro deverá estar preparado a fazê-lo compreender que há uma solução para o seu problema - que Jesus Cristo é a solução para isso, levando-o a cura total, que o seu passado pode ser esquecido e ele começar um vida diferente. Para isso deve: crer que é possível (ter fé); buscar uma experiência (reconhecer a Sua grandeza). TEXTO: Romanos 8:26 a 30 (comentar sobre a ação do Espírito Santo, que o levará a esse alvo).

2. **CAMINHO DA CRUZ:** só uma solução para o jovem: palmilhar o caminho que leva a Cruz!

**Como?** Resistindo a todo tipo de tentação; Jesus foi tentado e resistiu;

3. **FAMÍLIA:** a participação da família é de fundamental importância para o tratamento. Levar o jovem a reconhecer isso e buscar entender o valor dos pais e irmãos (ele deve abrir o coração se tiver restrições nessa área); por outro lado, os familiares deverão compreender que devem se esforçar no sentido de modificar seu comportamento. Nesse ponto, entram vários fatores;

\* Idolatria - que tipo de religião professam; pensamentos; relacionamento em casa; hábitos (bebidas, fumo, jogo, palavrão, etc.).

\* Falta de exemplo - principalmente dos pais; como é convívio entre eles; ler Gênesis 3:16/17 (fala do pecado original) e a hereditariedade;

\* Falta de espiritualidade: de vida religiosa, temor de Deus, não freqüentam igreja, não há o hábito de oração, etc.

\* Despertamento - levar o jovem a compreender a necessidade de mudanças.

PROCEDIMENTO - LEVAR O JOVEM A RECONHECER QUE ESSES PROBLEMAS CONTRIBUÍRAM PARA A MUDANÇA DE SEU COMPORTAMENTO, DENTRO E FORA DA FAMÍLIA. Conscientizá-lo disso e levá-lo a desejar uma total mudança de vida.

Seu tratamento está fundado nas 7 transmissões:

**1. Transmissão - Sabedoria**

*“Reconhecer que sem os princípios e razões não tínhamos controle sobre as situações.*

**2. Transmissão - Instrução**

*“Reconhecer a necessidade da instrução de Deus*

**3. Transmissão - Entendimento**

*“Nossa vitória depende de nosso poder de assimilação das situações*

**4. Transmissão - Justiça**

*“Sabemos que a justiça de Deus é diferente da justiça dos homens e precisamos compreender”*

**5. Transmissão - Juízo**

*“O juízo de cada um vem de Deus, a capacidade de julgamento tem-na o indivíduo dentro de si próprio”.*

**6. Transmissão - Equidade**

*“Devemos reconhecer o direito de cada um e buscar a ajudar a si mesmo”*

**7. Transmissão - Prudência**

*“Buscando evitar tudo o que julga fonte de erro ou de dano”.*

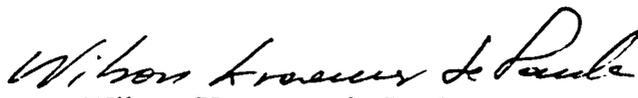
**ANEXO - 07**  
**DECLARAÇÃO**

Universidade Federal de Santa Catarina  
Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Enfermagem  
Trindade - Florianópolis

### DECLARAÇÃO

Declaro para fins de abono de faltas, que as alunas Karina Kelly Vieira, Luana Barros Conceição, Georgia M. Botelho e Jucélia R. Rosa, estudantes do Colégio Estadual Getúlio Vargas, estiveram participando de um Grupo de Estudos, monitorado pelo professor Wilson Kraemer de Paula, na UFSC, dia 30 de abril de 1997, no período noturno, acompanhadas pelas acadêmicas de Enfermagem Carine e Cleusa.

Florianópolis, 30 de Abril de 1997

  
Wilson Kraemer de Paula

**ANEXO - 08**  
**ATAS DAS REUNIÕES DO GAEPD NO CEGV**

## Ata nº 01 - Reunião do Grupo de Estudo dos Problemas da Droga

Aos vinte e sete dias do mês de maio de hum mil novecentos e noventa e sete, as 19:00 hs, no Colégio Estadual Getúlio Vargas, sala 41, reuniram-se 34 pessoas em reunião que foi facilitada pelo professor Wilson de Paula, contando ainda com a presença das acadêmicas de enfermagem Carine Vendruscolo e Cleusa Vieira, a enfermeira Adriana Duarte da Silva e os diretores do colégio Lenir Sacco e Isaías Regis, com o objetivo de estudar o tema "Drogas". Cleusa externou: apresentou-se, apresentou as pessoas acima citadas e cedeu a palavra ao professor. Este esclareceu sobre o GAEPD, em funcionamento na Universidade Federal de Santa Catarina, explicou o que vem a ser tratamento a nível primário, secundário e terciário. Argumentou sobre tráfico e postura dos professores e escolas na comunidade, e importância da fundamentação para argumentar com os alunos. Falou da importância e compromisso com o colégio para se tratar a questão drogas. Sobre o Projeto Pré-Vida do Ministério da Educação e do grande número de usuários de drogas na UFSC, principalmente maconha, motivo pelo qual surgiu o GAEPD. Referiu que não existe droga "leve", explicando que as características das pessoas interferem no efeito da droga, bem como tipo, quantidade e qualidade da droga. Falou ainda sobre as plantações, influência da Engenharia Genética, e Surtos Psicóticos decorrentes. Regis externou: questionou sobre Esquizofrenia. Wilson respondeu dizendo que a Psicose Canábica são alucinações decorrentes das transformações sofridas pela maconha. Regis cita um caso conhecido de tetraplegia causada pelo uso de drogas. Aluno questionou sobre a Psicose não ter mais volta. Conta caso conhecido sobre a "viagem sem volta" causada pelo cogumelo. Wilson esclarece que uma mulher grávida não pode beber do 15º dia ao 9º mês de gravidez, pois a presença de álcool pode causar deformidades no feto se houver a presença de álcool em um determinado momento da formação do embrião. Comparou às drogas - cogumelo - e à "viagem sem volta". Professor cita caso de jovem que injetou na veia sangue contaminado e não pegou AIDS (discussão). Regis questiona sobre idade que uma pessoa começa a usar drogas. Wilson esclarece que desde criança, ao tomar certos medicamentos como "Bentil" e "Elixir Paregórico", drogas que causam dependência. Esclarece como deve ser o estudo das drogas e que o doente - dependente - deve ser absorvido por um meio sadio. Aluno que refere ser usuário recuperado, fala sobre discriminação que sofre em consequência disto. Conta sua história. Cita exercícios, espiritualidade e "companhia" para recuperação. Recomenda tirar seus filhos da companhia de drogados. Regis concorda e recomenda falar sobre o tema em casa com os filhos. Cleusa fala sobre cultura e sua influência no uso de drogas (discussão). Aluno usuário novamente conta vivência. Professor passa a palavra aos usuários e seguem depoimentos dos drogados em recuperação presentes. Questionamentos de alunos e discussão sobre cigarro e drogas. Regis fala sobre a influência de amigos. O depoimento de um dos usuários é elogiado. Professor esclarece o motivo de trabalhar com drogados e refere que aprendeu com eles que os livros nem sempre falam a verdade no que diz respeito à drogadição. Diz que não devemos temer os drogados quando "limpos". Agradece ao aluno usuário que manifestou-se. Regis também agradece o trabalho do professor juntamente com as acadêmicas e manifesta sua preocupação com os alunos. Cleusa faz uma pequena dinâmica de encerramento e a reunião é dada por encerrada sob uma salva de palmas, às 22:00 hs, e eu, Carine Vendruscolo, lavrei a presente ata, que após lida e aprovada será devidamente assinada:

Aos três dias do mês de Junho de hum mil novecentos e noventa e sete, as 19:00hs, reuniram-se na sala 41 do Colégio Estadual Getúlio Vargas, as acadêmicas de Enfermagem Carine Vendruscolo e Cleusa Vieira, o Professor Wilson Kraemer de Paula e Professora Tânia Scoz, além das Enfermeiras Adriana Duarte da Silva e Janaina Meri Ribeiro, para a realização da segunda reunião do Grupo de Estudo dos Problemas das Drogas. Com a palavra o Professor Wilson, cumprimenta os alunos participantes e faz um breve histórico do GAEPD da Universidade Federal de Santa Catarina, partindo do principio de que temos que aprender a conviver com o problema das drogas. Ressalta que os cientistas utilizam substâncias lícitas e ilícitas para seus experimentos, e que a humanidade precisa destas experiências, embora tenham vantagens e desvantagens. Numa pesquisa realizada na UFSC em 1988, constatou-se que 33,5% alunos usavam ou usam drogas, hoje supõe-se que o número cresceu para mais de 40%, e há um número bastante elevados de alunos usuários no curso de Ed. Física. Discutiu sobre a questão orgânica e psicossocial das drogas. Disse que o Ministério da Educação e Saúde colocam a importância dos professores trabalharem essas questões. Ressalta que a droga surge para modificar a personalidade do homem e está em todos os lugares. Fala ainda que palestras na UFSC não davam certo, ainda há uma grande idolatria pela maconha e esta é a droga mais difícil de ser tratada, pois o usuário nunca acha que tem problemas com ela. As correntes que defendem que é uma droga natural e artesanal, tem que admitir que todas as drogas vem da natureza de uma forma ou de outra. Diz ainda que não existem drogas “leves ou pesadas”, vai depender do usuário (jovem, criança, emocionalmente abalado), e do tipo de droga (maconha tipo “palhão”). O grupo da UFSC começou a aceitar conviver com o problema das drogas, os drogados em recuperação assistem cursos, participam de atividades esportivas, almoçam e jantam no Restaurante Universitário... Existe ainda um telefone - 1427 - para atender 24hs pessoas que queiram ter qualquer informação sobre drogas. Existem mais de 40 locais para recuperação de drogados, é necessário que o usuário queira ser ajudado. Iniciou o depoimento A, 22 anos, usou drogas durante mais ou menos nove anos, iniciou com a maconha, parecia não ter problemas quando usava, foi levado pela turma e sua curiosidade. Fala que a maconha é a porta de entrada, ninguém fica só nela, uma vez foi ao hospital três vezes na semana com overdose, não queria trabalhar, não aceitava ajuda e foi levando a vida assim... A maconha leva algum tempo pra fazer com que a pessoa deixe de se alimentar, a pessoa fica esquecida, desmotivada... Mesmo querendo parar, não conseguia, olhava para o espelho e pedia a Deus o ajudar chorando. Perdeu os amigos, deixou de estudar... “Tive que ver o capeta na minha frente!”. Refere que na verdade, não se considera uma pessoa ruim. Que é difícil admitir que com 22 anos tem uma doença incurável. E como toda doença, essa também tem seus picos agudos, já teve recaídas mais está há 4 meses sem usar. Wilson coloca que já consumiu álcool, hoje não bebe em respeito ao grupo e cita exemplos de ocasiões em que teve a oportunidade, mais não bebeu. Diz que não gosta de trabalhar com drogados, só o faz porque são pessoas fragilizadas, insocializáveis e ninguém quer essa bomba. Descobriu que por trás desses drogados, existem pessoas sensíveis, entretanto quando estão sob efeito “não quero nem por perto”. A droga permeia toda a sociedade. Pessoas usuária tem uma grave doença mental, precisam das drogas pois estas alteram seu comportamento, sua personalidade. É o que está escrito no Código Internacional de Doenças (CID). Segue o depoimento de E, 21 anos, drogado em recuperação “10 anos de destruição”. Wilson admite que a droga proporciona algum prazer inicialmente, “o prazer das drogas está no desafio à morte”. Inicialmente o indivíduo pode experimentar sensações muito agradáveis. Fala que o remédio para o drogado entra pelo ouvido: ele fala para si mesmo, até se convencer. O ponto central do tratamento é a ajuda mútua, fazendo uma proposta diária de “somente hoje”. Um dos drogados em recuperação fala que está atento a tudo, tem que levar uma vida controlada e regrada, e diz que a primeira coisa que fez foi admitir que tem

uma doença tem que aprender a conviver com ela. E continua o depoimento e conta como foi a “recaída” que teve. Wilson diz que o ser humano é impotente frente à droga. A recaída faz parte da doença. Diz que no momento está muito preocupado com a maconha, pois hoje em dia ela está com 27% a mais de THC do que nos anos 70. Um aluno diz que acha que a Universidade é um paraíso para as drogas. Wilson responde que é porque lá a polícia não tem acesso, é um lugar de garantia à cidadania, mas a UFSC está alerta. Uma professora diz que tem um irmão usuário, e manifesta sua preocupação. Wilson diz que a drogadição é igual a uma doença qualquer, só que esses doentes nunca são protegidos por atestados médicos. A professora coloca que seu irmão é uma pessoa boa e as drogas é que o tornam diferente. Inicia-se discussão pois alunos discordam de que seja uma doença. Wilson encerra discussão manifestando sua satisfação por ela ter acontecido mas vê-se obrigado a encerrar a reunião em consequência do horário. Agradece a todos e a reunião é encerrada sob uma salva de palmas:

### Ata nº 3 - Reunião do Grupo de Estudo dos Problemas da Droga

Aos dez dias do mês de Junho de hum mil novecentos e noventa e sete reuniram-se na sala de vídeo do Colégio Estadual Getúlio Vargas, inicialmente cerca de 40 pessoas, sob a supervisão do Professor Wilson Kraemer de Paula, contando com a presença das acadêmicas de enfermagem Cleusa Vieira e Carine Vendruscolo e as enfermeiras Adriana Duarte da Silva e Maria de Lourdes, além dos diretores do Colégio, Lenir Sacco e Isaías Regis. Com a palavra Wilson que sugere que a dinâmica das próximas reuniões do grupo seja mudada, e cada um se apresente e dê o seu depoimento. Iniciou com um breve histórico do Grupo de Estudo dos Problemas das Drogas da UFSC, enfatizando a figura de um aluno que um dia o procurou pedindo ajuda pois queria sair das drogas, assim surgiu o GAEPD e posteriormente o Grupo de Ajuda Mútua (GAM). Fala que a experiência de drogados pode ser ruim mas também nem tanto. Como acontece com a maioria das mulheres, que tem mais dificuldade de usarem álcool, provavelmente por problemas hormonais, então acham inconcebível que alguém o faça, assim não respeitam os usuários. Existem pessoas intolerantes à certas drogas, porém diz-se que uma pessoa é doente quando ela usa sem querer usar. Começam as apresentações. Aluna questiona se uma pessoa que convive com fumantes pode tornar-se dependente da nicotina. Wilson fala que as crianças, filhos de drogados, quando nascem, apresentam sintomas de abstinência. Dependendo do momento da formação do embrião, se uma mulher usar álcool pode haver malformação ou não, isso do 15º dia ao 9º mês de gestação. A única droga que não tem relação direta com a malformação é a maconha. O convivente com um tabagista não deixa de ser um dependente. Depoimento de "E", 21 anos, drogado em recuperação. Em seguida, depoimento de "J". Professor fala a respeito dos 150 dia que "J" está no grupo, dos quais teve duas recaídas, muito embora, há anos atrás, não era capaz de ficar dois dias sem usar drogas. Diz que acha a maioria dos drogados inteligentes, pois os de baixo QI não sobrevivem, é como uma seleção natural. Aluno pergunta à usuário se já usou drogas injetáveis e quando começou. "J" responde que começou com 16 anos, com maconha, depois cocaína e só então passou a injetar. Wilson diz que os iniciantes normalmente acham que podem parar facilmente, quando quiserem. Mas há uma certa tolerância às drogas. Diz que conhece casos de alcoolistas que bebem todos os dias e não batem na mulher, nem param de trabalhar. Conhece também um cara que bebe todo ano no dia 23, nos outros 364 dias ele primeiro se preocupa um bom tempo com os estragos que causou quando bebeu, depois tem um período de acalmia e enfim começa a ter vontade de beber novamente. Esse cara é um alcoolista. Alcoolista é aquele que bebe todos os dias, toda semana ou uma só vez no ano, e não só o cara que tá na sarjeta. Fala que a dependência é caracterizada pelo tempo, a quantidade (geralmente progressiva, exceção ao álcool) e a habitualidade. Diz que não conhece alguém que usa droga e está bem. Uma pedagoga de Itajaí pergunta sobre o "crack". Professor responde que trata-se de uma droga cara. Os pobres resolveram improvisar e misturaram à cocaína uma série de coisas (diz que não dá a receita) e assim criaram uma substância que, queimada, vai para o pulmão e tem um efeito muito rápido, porém muito mais forte que o da cocaína. Fala que o cigarro de Balli (cigarro de cravo e/ou canela) não contém drogas, mas a canela e o cravo quando queimados, em combustão com brasa, tem o poder de lesão por contato muito maior que o cigarro comum, queimando assim a orofaringe. Aluno fala sobre o charuto e prof. diz que é "dos males do menor". Diz ainda que o crack produz uma dependência muito forte, em seis meses a pessoa morre. Comenta ainda que nem mesmo o traficante gosta do drogado injetável, ele incomoda muito. Professor Anésio (religião) pergunta sobre o cigarro, se é mais nocivo que a maconha. Wilson responde que são substâncias diferentes e, embora não saiba qual produz maior dependência, o usuário de maconha é mais difícil de recuperar, enquanto que a nicotina não altera a sensopercepção, mas não deixa de ser uma droga, com a única vantagem de aumentar a memória. Fala que "alucinação" não é só visual e auditiva, há a

**ANEXO - 09**  
**MÓDULO CONSULTA**

**CONSULTA DE ENFERMAGEM -  
20 de maio, primeiro dia de aula depois da Visita Domiciliar**

Chego na sala de L.F., bato na porta:

Acad: - Bom dia professora, como é o seu nome?

Prof.: - Me chamo A., de Religião.

Acad: - Eu sou C., acadêmica de Enfermagem, lembra de mim?

Prof.: - Do projeto das drogas!

Acad: - Isso. Gostaria de saber se o L.F. está na sala.

Prof.: - Está sim.

Acad: - Pode chamá-lo por favor? Queria retirá-lo da sala por uns minutos, é possível?

Prof.: - É sim. L.F., pode vir até aqui por favor?!

Acad: Obrigada.

Veio até a porta. Parecia preocupado, ansioso...

Acad: - Bom dia! - sorri - Que bom ver v. aqui novamente! Fico contente por ter voltado à aulas! - ele sorri - Que acha de conversarmos um pouco lá na salinha?

LF.: - Eu mal cheguei e já vou sair, né! - sorri - Vamos lá.

Acad: - Que aula v. tem depois?

LF.: - Português.

Acad: - E se eu pedir para a professora para v. se ausentar por 30', que tal?

LF.: - Ai é melhor.

Descemos as escadas e, no "Cantinho da Enfermagem", sentou-se em frente a mim.

Acad: - Queria lhe desejar as boas vindas e dizer que estarei disponível sempre que precisar O.K.?

LF.: - Obrigado - sorriu

Acad: - Como se sente voltando as aulas e às suas atividades normais?

LF.: - Estou bem. Em casa não fazia nada. Só dormia o tempo todo. Minha mãe não deixava sair de casa.

Acad: - Por que ela não deixava?

LF.: - Diz que, se eu sair de casa, vou deixá-la triste. Tem medo que eu use drogas, sabe...

Acad: - E v., o que acha disso?

LF.: - Não quero que ela fique triste. Tem problema de pressão... Eu não quero mais usar drogas!

Acad: - Que bom que v. pensa assim!

LF.: - Eu quero esquecer do que aconteceu. Chega!

Acad: - Por que quer esquecer?

LF.: - Passou né! Depois desse rolo, eu não quero mais nem saber de drogas!

Acad: - Por que?

LF.: - Ah! Conversei com a mãe e a minha irmã e prometi que vou sair dessa!

Acad: - Então vou à direção pedir uma agenda nova. Quer vir?

LF.: - Não. Acho que eu vou subindo...

Acad: - Depois eu vou na sala te entregar.

LF.: - Tá bom.

Acad: - Tá aqui a agenda. Agora é só preencher com os seus dados pessoais e não esquecer que é um documento

LF.: - Tá, obrigado!

Acad: - Esquecemos de combinar sobre a ida ao grupo ( de estudo do problema das drogas). "F", é um grupo aberto à família de pessoas que usam drogas, também participam usuários em recuperação e pessoas que não usam drogas. V. que ir?

LF.: - Vamos sim.

Acad: - É quarta-feira à noite, 19:00 horas.

LF.: - Eu posso te encontrar aqui no Colégio às 18:00.

Acad: - Eu marquei com outros alunos às 19:00, pode ser?

LF.: - Tudo bem, te encontro lá!

Acad: - Tchau!

LF.: - Tchau! - me abraçou, deu um beijo no rosto e entrou...

**CONSULTA DE ENFERMAGEM**  
**No dia da visita ao GAEPD, na UFSC**

Cheguei no Colégio Estadual Getúlio Vargas às 18:00 horas e fiquei no “Cantinho da Enfermagem” recortando mosquitinhos de divulgação do GAEPD, quando “L.F.” bateu na porta, abriu e pediu para entrar.

L.F.: - Oi, boa noite.

Acad: - Oi, entre “F”, sente... Quer me ajudar a recortar esses mosquitinhos? São para convidar os alunos para participarem do GAEPD!

L.F.: - Claro, como é que faz?

Acad: - Recorta desse jeito assim, sabe?

L.F.: - Ah! Tá bom...

Acad.: - Me diz uma coisa... O que v. gosta de fazer nas horas vagas?

L.F.: - Gosto de pedalar de bicicleta com a galera. As vezes vamos até o Ribeirão, Campeche, pedalando...

Acad: - Nossa! Haja pernas!

L.F.: - Minha bicicleta é Cross, não ajuda muito, mas... As vezes vou pedalar na Universidade. Onde v. estuda?

Acad: - Eu estudo na UFSC. Sabe o prédio das Ciências da Saúde, perto do H.U.?

LF.: - Conheço pouco. Conheço mais aquele lado de cá.

Acad: - Ali no Anatômico, Planetário?

LF.: - É, sempre vou lá a tarde, ver os alunos da Capoeira. É que eu adoro, queria participar!

Acad: - O que v. acha de praticar algum esporte?

LF.: - Acho legal, mas Capoeira tem que pagar 20,00, e eu não trabalho, não tenho dinheiro!

Acad: - Quem sabe eu posso te ajudar de alguma forma. Eu estudo ali perto, e a UFSC tem interesse de abrir à comunidade suas atividades.

LF.: - Tá legal!

Acad: - Vamos esperar as meninas em frente ao Colégio?

Chegaram as outras alunas, eram 4:

Elas: - Oi, tudo bom? - apresentações...

Acad: - As outras meninas não vêm?

Elas: - Elas vão direto pra lá! Nós podemos ir com o meu pai, que está de carro logo ali.

Acad: - Eu e o “F” vamos a pé porque não cabe todo mundo. Nos encontramos lá na frente do CCS!

L.F. estava quieto, parecia tímido... Nos encontramos em frente ao CCS, 15' mais tarde. Subimos, entramos na sala onde acontece a reunião e subimos. Nos aguardava minha colega. Participamos da dinâmica habitual, ouvindo e questionando. Mais tarde, outra aluna junta-se a nós. 21:00 horas, mais ou menos L.F. pede para que eu o acompanhe de volta pra casa, pois tinha que acordar cedo no dia seguinte. Saímos todos da sala para nos despedir e tirar uma foto juntos. De volta pra casa:

Acad: - O que achou da reunião?

LF.: - É bem legal! Dá pra participar das reuniões da manhã - falava do GAM - também?

Acad: - Claro, posso inclusive te acompanhar um dia desses, é só marcar!

LF.: - Tá combinado então, já sei onde te achar!

Deixei-o na porta de casa, como combinado:

Acad: - Boa noite, então. Voltamos a conversar?

LF.: - Sim, obrigado. - Deu-me um beijo no rosto e entrou...

DIAG. SITUACIONAL	DIAG. NATUREZA	DIAG. SUFICIÊNCIA	PLANO	EVOLUÇÃO	PROGNÓSTICO
<p>"<i>Em casa não fazia nada</i>"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criatividade</li> <li>- Ambiente</li> <li>- Sono/Repouso</li> <li>- Atividade Física</li> </ul>	Auto-Insuficiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O que você quer dizer com "não fazia nada"?</li> <li>Como é seu dia em casa</li> <li>- O que costuma fazer?</li> <li>- Que horas acordas?</li> <li>- Que horas costumava dormir?</li> </ul>	<p>"<i>Só dormia o tempo todo</i>"</p> <p>"<i>Minha mãe não deixava sair de casa</i>"</p> <p>"<i>Gosto de pedalar de bicicleta com a galera.</i></p> <p><i>As vezes vou até o Ribeirão, Campeche... pedalando</i></p>	<p>Cliente permanece em Auto-Insuficiência pois é contraditória sua informação de não fazer nada e no entanto colocar que as vezes pedala até o Ribeirão, Campeche...</p> <p>Os dados são insuficientes para a elaboração do prognóstico.</p>
<p>"<i>Minha mãe não deixava sair de casa</i>"</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imagem</li> <li>- Espaço</li> <li>- Ambiente</li> <li>- Liberdade</li> </ul>	Auto-Insuficiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onde gostarias de ir?</li> <li>- Por que?</li> <li>- Onde sua mãe costuma deixar tu ires?</li> <li>- O que achas disso?</li> </ul>	<p>"<i>Tem medo que eu use drogas</i>"</p> <p>"<i>Vou deixá-la triste</i>"</p>	

<p>“...que eu use drogas”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendizagem</li> <li>- Ambientação</li> <li>- Imagem</li> </ul>	<p>Auto-Insuficiente</p>		
<p>“onde você estuda?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprendizagem</li> <li>- Orientação</li> <li>- Imagem</li> </ul>	<p>Auto-Insuficiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Eu estudo na UFSC...”</li> </ul>	
<p>“É que eu adoro Capoeira. Queriam participar!”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criatividade</li> <li>- Atividade Física</li> <li>- Locomoção</li> <li>- Estima</li> <li>- Gregária</li> </ul>	<p>Auto-Insuficiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por que adoras Capoeira?</li> <li>- Como é a Capoeira pra ti?</li> <li>- Qual é o significado?</li> <li>- Como te sentes quando vês outras pessoas praticando?</li> <li>- Por que não participas?</li> </ul>	<p>“Não tenho dinheiro...”</p>

**ANEXO - 10**  
**VISITA DOMICILIAR**

## Plano de Visita Domiciliar

### 01. Dados de Identificação

- Nome: *LFG*
- Sexo: *masculino*
- Idade: *14 anos*
- Endereço: *Saco dos Limões*

### 02. Condições de Saúde do Cliente/Família

*Casa de madeira, 6 peças, luz, água encanada. Sete pessoas na família: mãe, pai, irmãs de 24, 22 e 17 anos, irmão de 19 anos. Mãe hipertensa, boas condições de higiene e limpeza.*

### 03. Objetivos da Visita

*Geral: Possibilitar o retorno do cliente à escola*

- Específicos:*
- *Saber o real motivo da evasão escolar*
  - *Observar o relacionamento familiar*
  - *Garantir ao cliente a recuperação dos trabalhos escolares perdidos*
  - *Tranquilizar à família a segurança do cliente em relação a novo envolvimento com drogas*

### 04. Atividades Previstas

- *Apresentação da acadêmica e do trabalho que desenvolvem na escola*
- *Observação da moradia*
- *Observação do relacionamento familiar*
- *Conversa informal com familiares do cliente, explicando o objetivo da visita*
- *Verificar a opinião do cliente sobre o retorno ao Colégio*
- *Agendar Consulta de Enfermagem com o cliente*

### 05. Material Previsto

- *Passes para transporte e crachá de identificação*

## Registro da Visita Domiciliar

Em visita domiciliar realizada em 19/05/97, as 20:00 horas pela Acadêmica de Enfermagem e Coordenadora de Turno do Colégio Estadual Getúlio Vargas à residência do aluno L.F.G., após contato telefônico para agendar a visita, relato:

Ainda no Colégio, soubemos que o aluno L.F. parou de frequentar o Colégio, caracterizando evasão escolar, após ter sido flagrado portando maconha.

Mantivemos contato telefônico com a irmã do adolescente que referiu que a família achou melhor que L.F. não voltasse à escola, receosos de que se envolvesse novamente com drogas e más companhias.

Após o consentimento para a visita, anotamos o endereço residencial da família do adolescente e nos dirigimos até lá.

Batemos na porta da casa de madeira:

Acad: - Boa noite. Eu sou acadêmica de Enfermagem da UFSC e esta é a Coordenadora de Turno do Colégio Estadual Getúlio Vargas, onde L.F. estuda, ele está?

Uma senhora se aproximou:

- Boa noite, entrem por favor. Vocês conversaram com minha filha sobre o "L", não é?

Acad: - Exatamente.

Senhora: - Sentem-se por favor.

Acad: - Obrigada. Bem, como é o seu nome?

Senhora: - Sou M.T., mãe do "L".

Acad: - Sabe por que estamos aqui?

Senhora: - Sei, é sobre os problemas que o meu filho está tendo na escola.

Acad: - Sabe quais são esses problemas?

Senhora: - Sim, eu estou muito triste e não quero mais que ele volte pra escola.

Acad: - Por que a Senhora acha isso?

Senhora: - Porque foi na escola que ele começou a se envolver com droga.

Acad: - Conte-nos como isso aconteceu.

Senhora: - O "F" deve estar chegando e ele sabe que vocês estão aqui tá! Me voltando ao assunto, eu acho que ele começou a se envolver com drogas por influência dos colegas e não quero que ele volte à escola por isso. Assim ele fica só em casa e não se mete mais com isso!

Acad: - D. M.T., na fase que o "L" está, a adolescência, é normal dar muita importância para os amigos da mesma idade, que gostam das mesmas coisas, e querem fazer tudo que os amigos fazem. As vezes, por influência desses "amigos", acabam se envolvendo com drogas até. Queria pedir para a senhora pensar melhor sobre deixar o "L" trancado em casa, sem lazer, sem estudar, para que não se envolva mais com drogas. Se a senhora achar melhor que ele volte a estudar, nós podemos orientá-lo melhor sobre os riscos de se usar drogas, fazendo com que ele mesmo veja que não é uma boa se envolver com isso e parar de estudar. O que a senhora acha disso?

Senhora: -É, eu sei que não é certo ele parar de estudar, mas é que eu não sei o que fazer, por isso tomei essa atitude de deixar o "F" trancado em casa! Quem sabe vocês me ajudam?!

Acad: - Sim, nós vamos ajudar no que for preciso. O Colégio também. Pra começar precisamos da sua autorização para "F" poder voltar à escola. O que acha?

Senhora: -Eu concordo. Mas vocês tem que encontrar uma forma desse menino não usar mais droga nenhuma!

Acad: - Bem, conversaremos com ele para saber o que ele pensa sobre voltar ao Colégio. Também podemos estabelecer algumas metas para dificultar o envolvimento dele com drogas. Não podemos garantir que ele não volte a envolver-se, mas posso garantir que se nós todos nos unirmos para ajudá-lo, cada uma fazendo a sua parte teremos bons resultados. Compreende?

Senhora: - Como assim? Me explique melhor o que vocês pretendem fazer.

Acad: - Quero dizer que estaremos alerta. Providenciaremos uma agenda para que "F" só saia do Colégio com a autorização da Direção quando as aulas terminarem mais cedo. A senhora também pode entrar em contato conosco para tranquilizar-se, saber se está tendo aula, essas coisas...Pode ficar atenta para os horários dele, observar o seu comportamento em geral. Sabe, quando uma pessoa usa drogas, em geral é mais agressiva, sonolenta, os olhos ficam vermelhos. No caso dessa droga que "F" experimentou, ela dá muita fome, deixa a pessoa "no mundo da lua"...Qualquer dúvida que a senhora tiver, é só nos ligar, "F" precisa de um voto de confiança. Precisamos nos mostrar presentes sempre que ele precisar. É bom ele ter certeza que todos o amam e só querem que ele fique bem.

No Colégio, nós nos comprometemos a que ele não seja prejudicado pelas aulas que perdeu. Falaremos com os professores para ele recuperar os trabalhos que perdeu. Já sabemos que ele tem boas notas, isso não será problema. Vamos oferecer ao "F" os caminhos, aí ele é quem vai escolher! Mas fale um pouco a senhora?

Emocionada, M.T. chora parecendo constrangida, e agradece: - Eu acho ótimo, muito obrigada!

Acad: - Não precisa agradecer, é com todo prazer que a gente vai tentar ajudar a senhora e o "F", nos deixa muito feliz!

Senhora: -O "F" tá aqui perto, na casa do vizinho, eu vou chamar, tá?

Acad: - O.K., esperamos aqui.

Quando chegaram, L.F. parecia meio nervoso, preocupado...

Acad: - Oi "F", como vai?

L.F.: - Bem, só que não saio mais de casa ultimamente.

Acad: - Por que não?

L.F.: - A mãe não deixa, pensa que eu vou fumar maconha de ovo!

M.T. se retira para fazer o jantar.

Acad: - O que v. acha daquilo que ela diz?

L.F.: - Eu acho que ela já teve motivo para acreditar nisso, mas agora eu não quero mais usar drogas.

Acad: - Sabe o que estamos fazendo aqui?

L.F.: - Não sei não.

Acad: - Viemos saber o que você acha de voltar à escola. Gostaríamos que v. voltasse, e foi por isso que viemos.

L.F.: - Não sei não... A mãe não deixa mais eu ir pra aula e nem sair de casa.

Acad: - E você, o que pensa?

L.F.: - Eu até gostaria de voltar, já estou cansado de ficar em casa. Ou se eu começasse a trabalhar... Queria fazer alguma coisa! Mais será que a mãe iria deixar?

Acad: - Vamos perguntar à ela. - Pedimos que ela voltasse à sala. -D. M.T., pode dizer ao seu filho o que acha sobre ele voltar para a escola?

Senhora: - É filho, eu acho bom você voltar. E as moças disseram que vão te ajudar, o que v. acha?

L.F.: - Achô bom!

Acad: - E nós podemos te esperar amanhã para “aquele” bate-papo que a gente combinou da outra vez?

L.F.: - Tudo bem, mas e as provas que eu perdi?

Acad: - Sobre isso conversaremos amanhã. Nós acharemos um jeito, certo?

L.F.: - Tá bom.

Acad: - Amanhã acontece na UFSC uma reunião de um grupo que estuda os problemas das drogas. Se o “F” quiser, a senhora autorizaria ele de ir? Eu marco com ele no Colégio para irmos juntos e o trago na volta. Vão outros alunos também!

Senhora: - Tudo bem, se ele quiser ir!

Acad: - “F”, o que acha?

L.F.: - Eu gostaria de conhecer, sim.

Acad: - Bom, acertaremos os detalhes amanhã. Boa noite à todos. É bom saber que v. vai voltar para a escola, até amanhã!