

ABR 2011

# REVISTA

Periódico mensal com a programação

VOLUME 1 | NÚMERO 2

CONTINUAÇÃO  
MÓDULO I

CONTEÚDO DAS  
AULAS EXPOSITIVAS

epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas, classificações internacionais & terminologia, modelos etiológicos da dependência química e genética

CONTINUAÇÃO  
CONTEÚDO DO  
CURSO DE HISTÓRIA CLÍNICA

psicopatologia e exame psíquico

CONTEÚDO DO  
CURSO DE GERENCIAMENTO DE CASO

temas introdutórios

DISCUSSÃO DE FILME

**Candy**, de Niel Armfield

SEMINÁRIOS AVANÇADOS

história do consumo de substâncias psicoativas

do curso de especialização em dependência química das atividades em classe, indicações de leitura, resenhas, textos compilados e atualidades.

curso de especialização  
em dependência química

**RONALDO LARANJEIRA**

Coordenação Geral do INPAD I UNIAD

**MARCELO RIBEIRO**

Coordenação do Curso de Especialização

**LÍGIA BONACIM DUAILIBI**

Coordenação dos Seminários Avançados

**REVISTA** do curso de especialização em dependência química

ABR 2011 | VOLUME 1 | NÚMERO 2

**MARCELO RIBEIRO**

Editor

Desenvolvimento de conteúdo

**MARIÂNGELA CIRILLO**

Desenvolvimento de conteúdo

Rcedq expediente

01  
abr  
2011

12:30

AULA INAUGURAL

I & II LEVANTAMENTOS  
SOBRE PADRÃO DE CONSUMO  
DE ÁLCOOL NO BRASIL

PROF. DR.  
RONALDO LARANJEIRA

14:30

INTERVALO

15:00

AULA EXPOSITIVA

PANORAMA MUNDIAL DO  
CONSUMO DE  
SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS.

PROF. DR. MARCELO  
RIBEIRO

16:45

INTERVALO

17:00

AULA EXPOSITIVA

EPIDEMIOLOGIA DO  
CONSUMO MUNDIAL DE

TABACO

PROFA. DRA. ANA CECÍLIA  
PETTA ROSELI MARQUES

18:00

TÉRMINO

## Levantamentos Nacionais sobre Padrão de Consumo de Álcool

○ Prof. Dr. **Ronaldo Laranjeira**, Coordenador Geral da UNIAD-UNIFESP e Investigador Principal do INPAD [[currículo vitae no box verde](#)] comentará nessa aula o I & II Levantamentos sobre Padrões de Uso de Álcool no Brasil, ambos realizados sob sua supervisão.

○ que é o **Levantamento Nacional sobre Padrões de consumo de Álcool na População Brasileira.**

I LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE  
OS PADRÕES DE CONSUMO DE ÁLCOOL  
NA POPULAÇÃO BRASILEIRA



Laranjeira R, Pinsky I, Zalesky M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: SENAD; 2007. Disponível [online](#).

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), realizou o **I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. O estudo é inédito no País, não só pela

abrangência dos temas abordados, mas também pela representatividade da amostra, que possibilitou uma ampla coleta de informações. O primeiro levantamento aconteceu em 2007 e o segundo será realizado durante esse ano.

Dessa forma, a atual pesquisa é importante por ser a primeira na qual o governo federal, juntamente com pesquisadores da universidade, investigou em detalhes como o brasileiro bebe, o que ele pensa sobre as políticas de bebidas alcoólicas, quais são os problemas associados com o uso do álcool no Brasil e quantos brasileiros fazem uso nocivo ou são dependentes do álcool.

Foram entrevistadas 3.007 pessoas, sendo 2.346 adultas com mais de 18 anos e 661 adolescentes entre 14 e 17 anos. Essas pessoas foram escolhidas a partir de métodos estatísticos censitários.

Ter informações sobre os padrões de consumo, além de eliminar mitos existentes sobre o assunto, possibilita um direcionamento para o desenvolvimento de políticas públicas, incluindo prevenção e tratamento, com resultados potencialmente mais proveitosos.

A linha divisória entre um consumo de baixo risco e o uso nocivo com graves consequências não é fácil de ser estabelecida na prática. Mas saber quantos brasileiros bebem, a frequência com que bebem e a quantidade que consomem ajudará a entender essa passagem do baixo risco para o uso nocivo. E certamente contribuirá para a elaboração de políticas públicas para reduzir os riscos e os danos do consumo excessivo.

São esses os principais propósitos da mais abrangente pesquisa brasileira sobre o consumo de álcool no País, que serão discutidos pelo Professor Ronaldo Laranjeira, durante essa aula.

## CURRICULUM VITAE

### RONALDO LARANJEIRA

Graduação em Medicina (1982) e Residência em Psiquiatria (1984) pela Escola Paulista de Medicina - EPM-UNIFESP. PhD em Psiquiatria pela Universidade de Londres (1994).

Professor Titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

Suas principais áreas de pesquisa são: <sup>(1)</sup> tratamento da dependência química, <sup>(2)</sup> o impacto das políticas públicas do álcool e outras drogas, <sup>(3)</sup> bases biológicas da dependência e <sup>(4)</sup> avaliação epidemiológica do uso de substâncias.

Na área de treinamento coordena vários cursos de pós graduação *latu senso* em dependência química (cursos de especialização presencial e virtual). Professor orientador do programa de pós-graduação do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Coordenador da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) da UNIFESP. É o Investigador Principal do Instituto Nacional de Políticas do Álcool e Drogas - INPAD, um dos recém criados INCTs (Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia) do CNPq.

LEIA MAIS: [CURRICULUM LATTES](#)

[laranjeira@uniad.org.br](mailto:laranjeira@uniad.org.br)

BLOG: [www.uniad.org.br](http://www.uniad.org.br)

## Editorial

# Primeiro Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira

## First National Survey on Patterns of Alcohol Consumption in the Brazilian Population

Extraído da [Revista Brasileira de Psiquiatria](#), 2010, Volume 32, Número 3, Páginas 214-5. Texto na íntegra.

A Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) do Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Drogas (INPAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com financiamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), realizou entre 2005 e 2006 o Primeiro Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Este é um levantamento inédito no país não só pela abrangência dos temas abordados, mas também pela representatividade da amostra que possibilitou uma ampla coleta de informações.

Vários estudos epidemiológicos realizados até o momento já apontaram que o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil, particularmente entre os jovens, é um importante problema de saúde pública. Dados para apoiar esta afirmação têm origem em uma série de fontes, incluindo levantamentos entre estudantes, pesquisas com crianças e adolescentes em situação de rua, dados sobre internações hospitalares e levantamentos domiciliares<sup>1-3</sup>.

No entanto, apesar dessas pesquisas e de várias outras voltadas a populações mais específicas, até o presente momento não existia no Brasil um retrato preciso da população geral em relação aos padrões de consumo de álcool. O atual levantamento é importante por ser o primeiro no qual se investigou em detalhe o padrão do uso do álcool do brasileiro, o que o brasileiro pensa sobre as políticas das bebidas alcoólicas, quais são os

problemas associados com o uso do álcool no Brasil, e quantos brasileiros abusam ou são dependentes do álcool. Esse levantamento também investigou questões relacionadas ao consumo de tabaco, envolvimento patológico com jogos de azar, consumo de outras substâncias psicotrópicas, níveis de transtorno de déficit de atenção e depressão, entre outros tópicos.

Foram entrevistadas 3.007 pessoas, sendo 2.346 adultos maiores de 18 anos e 661 adolescentes entre 14 e 17 anos. Estas pessoas foram escolhidas por meio de um método probabilístico em multistádios, o que garante que as informações colhidas refletem a população brasileira como um todo. A amostra foi desenhada para ser representativa da população brasileira de 14 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, e sem exclusão de qualquer parte do território nacional, inclusive áreas rurais. Não foram incluídas na amostra, no entanto, populações indígenas que vivem em aldeias. A pesquisa também não abrangeu residentes em território brasileiro que não falam a língua portuguesa, deficientes mentais e outros deficientes incapacitados de responder ao questionário. Finalmente, não foram pesquisados os brasileiros presos.

Os achados de nossas pesquisas descritos em dois artigos<sup>4,5</sup> neste fascículo da Revista Brasileira de Psiquiatria apontam que o chamado beber moderado não é a regra entre a população brasileira adulta<sup>4</sup>. Por outro lado, entre aqueles que consomem bebidas alcoólicas, praticamente um quarto apresenta problemas e consome quantidades potencialmente prejudiciais. O consumo de homens, solteiros e mais jovens é usualmente mais frequente, em maiores quantidades e associado a maiores problemas.

Os novos dados também permitem uma reflexão sobre um tipo de consumo de risco, o beber em *binge* (o consumo de quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas pelas mulheres e cinco ou mais pelos homens, em uma única ocasião). Há anos esse padrão de consumo tem sido apontado internacionalmente como associado a uma série de problemas, incluindo prejuízos de saúde e relacionados à violência, além de problemas no âmbito ocupacional (faltas nos estudos, no trabalho). Além disso, levando-se em conta que um terço dos homens e

pouco mais de metade das mulheres não relata consumo de álcool no último ano, os índices de abuso e dependência encontrados entre os adultos no estudo são considerados elevados.

Adolescentes de ambos os sexos têm um padrão de consumo muito mais semelhante entre si quando comparados com os homens e mulheres adultos<sup>5</sup>. Por outro lado, vários padrões guardam semelhança com o dos adultos. Assim, cerca de dois terços dos adolescentes não bebem no Brasil, mas os que bebem tendem a beber de forma a aumentar o risco de desenvolver problemas de álcool, abuso ou dependência.

Esses dados podem auxiliar no desenvolvimento de políticas nacionais para reduzir os problemas de bebidas alcoólicas no Brasil. Dados nacionais sobre o consumo em *binge*, os problemas associados ao consumo e os tipos de bebidas mais consumidas, além das diferenças regionais, podem apontar caminhos para tais políticas. Finalmente, a idade de início do consumo de bebidas alcoólicas (por volta dos 14 anos no caso dos adolescentes) é outro fator fundamental. Políticas públicas relacionadas ao adiamento da idade de início do consumo de bebidas alcoólicas entre os adolescentes brasileiros deveriam ser estabelecidas e novas estratégias preventivas ao consumo de álcool, especialmente entre os adolescentes, seriam necessárias e oportunas para monitorar o movimento dessa variável.

### **Ilana Pinsky, Marcos Zaleski, Ronaldo Laranjeira**

Unidade de Pesquisa em Álcool e Outras Drogas (UNIAD), Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Drogas (INPAD), Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

### **Raul Caetano**

Escola de Saúde Pública, University of Texas Southwestern, Dallas, Texas, EUA

Clique a seguir para ter acesso aos artigos sobre o padrão de consumo de álcool entre os [adultos](#) e [adolescentes](#) brasileiros [\[ambos em inglês\]](#), publicados nessa edição da RBP, ou acesso os [dados completos em português](#).

---

Os mesmos autores realizarão o II Levantamento sobre Padrões de Consumo de Álcool, durante o ano de 2011. *[Nota do coordenador deste curso]*

01

MAR

2011

12:30

AULA INAUGURAL

I & II LEVANTAMENTOS  
SOBRE PADRÃO DE CONSUMO  
DE ÁLCOOL NO BRASIL

PROF. DR.  
RONALDO LARANJEIRA

14:30

INTERVALO

15:00

AULA EXPOSITIVA

PANORAMA MUNDIAL DO  
CONSUMO DE  
SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS.

PROF. DR. MARCELO  
RIBEIRO

16:45

INTERVALO

17:00

AULA EXPOSITIVA

EPIDEMIOLOGIA DO  
CONSUMO MUNDIAL DE

TABACO

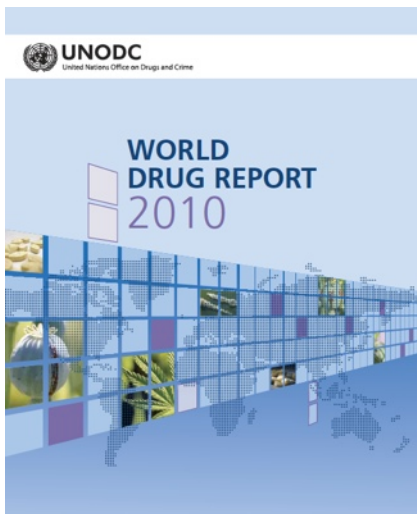
PROFA. DRA. ANA CECÍLIA  
PETTA ROSELI MARQUES

18:00

TÉRMINO

## Epidemiologia do consumo mundial de drogas ilícitas

Ultimamente, as principais agências reguladoras da produção, tráfico e consumo de drogas ilícitas, têm apontado para uma redução do cultivo de drogas como o ópio e coca. O consumo de drogas tem se estabilizado nos países desenvolvidos, enquanto há sinais elevação nos países em desenvolvimento. Já o consumo das drogas sintéticas e das prescritas têm aumento em todo o mundo.



O **World Drug Report** aborda as substâncias ilícitas maconha, opiáceos, cocaína e derivados anfetamínicos, considerando três dimensões: cultivo, tráfico e consumo.

Duas publicações anuais se tornaram referência para a epidemiologia do consumo mundial de substâncias psicoativas ilícitas: o *World Drug Report*, do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime - **UNODC** e o Relatório Anual do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência - OEDT, mas conhecido por *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* - **EMCDDA**.



O **Relatório Anual do OEDT**, apresenta os principais índices de consumo, e também oferece um panorama das políticas públicas preventiva e terapêutica desses transtornos.

Leitura para discussão em classe:

**UNODC.** Informe mundial sobre las drogas 2010 \* Resumen ejecutivo. Viena: UNODC; 2010.

**OEDT.** Velhas realidades, novas ameaças e austeridade económica: a conjuntura actual da política europeia de luta contra a droga [Comentário]. In: OEDT: Relatório Anual. Lisboa; 2010. Páginas: 15-21.

Os dados relativos ao comércio e consumo mundial de drogas contidos nessas publicações de edição anual serão apresentados e discutidos em classe pelo Prof. Dr. **Marcelo Ribeiro**.

## CENTROS DE PESQUISA

### EMCDDA

EUROPEAN MONITORING  
CENTRE FOR DRUGS AND  
DRUG ADDICTION OBSERVATÓRIO  
EUROPEU DE DROGAS E  
TOXICDEPENDÊNCIA

O EMCDDA é a agência da União Europeia - UE encarregada de fomentar e disseminar conhecimento científico sobre o consumo de substâncias psicoativas.

Em suas próprias palavras, a EMCDDA "existe para fornecer à UE e aos seus Estados-membros uma imagem objetiva dos problemas europeus relacionados com droga e uma base científica sólida para sustentar o debate sobre esta matéria. Atualmente, oferece aos agentes políticos, os dados de que estes necessitam para formularem leis e estratégias esclarecidas. Ajuda igualmente os profissionais e técnicos que trabalham nesta área a identificarem com precisão as boas práticas e os novos domínios de investigação".

O site possui uma das melhores coleções de artigos, material temático, diretrizes e manuais relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, de excelente qualidade e didatismo primoroso, englobando desde temas correntes - tais como epidemiologia, perfil das substâncias e técnicas de tratamento - até temas inusitados, como um estudo sobre a concentração de THC na maconha da UE [\[vide online\]](#). O Observatório publica também um [Relatório Anual](#) sobre a situação do consumo de drogas nos países-membro. As [Políticas Públicas & Leis](#) da UE estão disponíveis na página.

A maior parte do conteúdo disponível é em língua inglesa, mas há uma quantidade considerável de **textos em português e espanhol**. O acesso a qualquer conteúdo é livre.

Site: [EMCDDA](#)

## Relatório Mundial sobre Drogas 2010 revela tendências de novas drogas e de novos mercados

Matéria publicada originalmente no [site do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime - UNODC \\* Brasil e Cone Sul](#). Texto na íntegra.

O Relatório Mundial sobre Drogas 2010, divulgado nesta quarta-feira pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), mostra que o consumo de drogas está se deslocando em direção a tendências de novas drogas e de novos mercados. O cultivo de drogas está diminuindo no Afeganistão (ópio) e nos países andinos (coca), e o consumo de drogas tem se estabilizado nos países desenvolvidos. Entretanto, há sinais de aumento no consumo de drogas nos países em desenvolvimento, além de um aumento no consumo de substâncias do tipo anfetamina (ATS, na sigla em inglês) e no abuso de medicamentos sob prescrição em todo o mundo.

### Redução do cultivo de ópio e de coca

O Relatório mostra que a oferta mundial dos dois tipos de drogas mais problemáticos - opiáceos e cocaína - continua em declínio. A área global de cultivo de ópio caiu quase um quarto (23%) nos últimos dois anos, e a produção de ópio deve cair drasticamente em 2010, devido a uma praga que pode destruir até um quarto da papoula do Afeganistão. O cultivo de coca, que diminuiu 28% na última década, manteve a tendência de queda em 2009. A produção mundial de cocaína diminuiu de entre 12% e 18% no período de 2007 a 2009.

### Heroína: diminuição da produção, mas poucas apreensões

O potencial global de produção de heroína caiu 13% para 657 toneladas em 2009, refletindo uma menor produção de ópio no Afeganistão e em Mianmar. A quantidade de heroína que efetivamente chega ao mercado é muito menor (cerca de 430 toneladas), uma vez que grandes quantidades de ópio estão sendo

armazenadas. O UNODC estima que existam atualmente mais de 12 mil toneladas de ópio afegão estocadas - o que equivale a cerca de dois anos e meio de demanda global ilícita de opiáceos.

O mercado global de heroína, estimado em US\$ 55 bilhões, está concentrado no Afeganistão (país responsável por 90% da oferta), na Rússia, no Irã e na Europa Ocidental, que, juntos, consomem metade da heroína produzida no mundo.

Embora o Afeganistão seja o maior produtor de opiáceos do mundo, o país apreende menos de 2% dessa produção. Irã e Turquia lideram os índices de apreensão, sendo responsáveis por mais da metade de toda a heroína apreendida no mundo em 2008. As taxas de interceptação em outros lugares são muito menores. Ao longo da rota do norte, os países da Ásia Central somente apreendem meros 5% das 90 toneladas de heroína que cruzam seu território em direção a Rússia. Por sua vez a Rússia, que consome 20% da produção de heroína do Afeganistão, apreende apenas 4% desse fluxo. Os números são ainda piores ao longo da rota dos Balcãs: alguns países do Sudeste da Europa, incluindo estados membros da União Europeia, interceptam menos de 2% da heroína que atravessa seu território.

### O mercado de cocaína está mudando

O Relatório Mundial sobre Drogas 2010 revela que o consumo de cocaína tem diminuído significativamente nos Estados Unidos, nos últimos anos. O valor de varejo no mercado de cocaína nos Estados Unidos diminuiu cerca de dois terços na década de 1990, e cerca de um quarto na década passada. "Um dos motivos para a violência associada às drogas no México é que os carteis estão lutando por um mercado que está diminuindo", disse o Diretor Executivo do UNODC, Antonio Maria Costa. "Essa disputa interna é benéfica para a América, pois a escassez de cocaína está resultando em menores índices de dependência, preços mais elevados e menor pureza nas doses".

De certa forma, o problema atravessou o Atlântico: na última década, o número de usuários de cocaína na Europa duplicou, passando de 2 milhões, em 1998, para 4,1 milhões em 2008. Em 2008, o

mercado europeu (estimado em US\$ 34 bilhões) chegou a ser quase tão valioso quanto o mercado norte-americano (US\$ 37 bilhões). A mudança na demanda acarretou uma mudança nas rotas de tráfico, com uma quantidade crescente de cocaína sendo traficada dos países andinos para a Europa, via África Ocidental. Isso está causando instabilidade na região. "Pessoas que consomem cocaína na Europa estão destruindo florestas nativas dos países andinos e corrompendo governos na África Ocidental", disse Costa.

### Uso de drogas sintéticas ultrapassa o de opiáceos e de cocaína somados

O número global de pessoas que usam estimulantes do tipo anfetamina (ATS), estimado em algo entre 30 a 40 milhões, em breve deverá ultrapassar o número somado de usuários de opiáceos e de cocaína. Há também evidências de um crescente abuso de medicamentos vendidos sob prescrição médica. "Não vamos resolver o problema mundial da droga se simplesmente empurrarmos o vício da cocaína e heroína para outras substâncias que causam dependência - e há quantidades infinitas dessas substâncias sendo produzidas por laboratórios clandestinos a custos baixíssimos", advertiu Costa.

O mercado das ATS é mais difícil de ser controlado porque a rota do tráfico é muito curta (a produção geralmente ocorre perto dos principais mercados de consumo), e pelo fato de que muitas das matérias-primas são legais e amplamente disponíveis. Os fabricantes são rápidos na comercialização de novos produtos (como quetamina, piperazinas, Mefedrona e Spice) e na exploração de novos mercados. "Essas novas drogas causam um problema duplo. Primeiramente, elas são produzidas num ritmo muito mais rápido do que as normas regulatórias e a lei podem acompanhar. Em segundo lugar, a comercialização dessas drogas é engenhosamente inteligente, pois são fabricadas sob encomenda, de modo a satisfazer as preferências específicas de cada situação", disse Costa.

O número de laboratórios clandestinos de ATS aumentou 20% em 2008, inclusive em países onde esses laboratórios nunca antes haviam sido detectados.

A fabricação de ecstasy tem aumentado na América do Norte (principalmente no Canadá) e em várias partes da Ásia, e o consumo parece estar aumentando na Ásia. Em outra demonstração da fluidez dos mercados de drogas, o consumo de ecstasy na Europa vem caindo desde 2006.

### **A maconha continua sendo a droga mais popular do mundo**

A maconha continua sendo a substância ilícita mais amplamente produzida e utilizada no mundo: é cultivada em quase todos os países do mundo e consumido por algo entre 130 a 190 milhões de pessoas pelo menos uma vez por ano - apesar de esses parâmetros não dizer muito em termos de dependência. O fato de que o consumo de maconha esteja diminuindo em alguns de seus mercados mais valiosos, leia-se América do Norte e partes da Europa, ele representa outra indicação de mudança nos padrões do abuso de drogas.

O UNODC encontrou evidências de cultivo indoor de maconha para fins comerciais em 29 países, especialmente na Europa, na Austrália e na América do Norte. O cultivo indoor de maconha é um negócio lucrativo e que, cada vez mais, se torna uma fonte de recursos para grupos criminosos. Com base em dados recolhidos em 2009, o Afeganistão é hoje o maior produtor mundial de haxixe (assim como de ópio).

### **Tratamento para dependentes é insuficiente**

O Relatório Mundial sobre Drogas 2010 expõe uma grave falta de serviços de tratamento para usuários de drogas em todo o mundo. "Enquanto pessoas de países ricos podem pagar pelo tratamento, pessoas pobres e/ou países pobres estão enfrentando as piores consequências à saúde", alertou o chefe do UNODC. O relatório estima que, em 2008, apenas cerca de um quinto dos usuários de drogas dependentes receberam tratamento no ano passado - o que significa cerca de 20 milhões de pessoas dependentes de drogas sem receber tratamento adequado. "Já está na hora de haver acesso universal ao tratamento para as drogas", disse Costa.

Ele considera que a saúde é a peça-chave no controle de drogas. "A dependência é

um problema de saúde tratável, não uma sentença de morte. Os dependentes de drogas devem ser encaminhados para tratamento, não para a prisão. E o tratamento da dependência de drogas deve fazer parte dos serviços de saúde em geral".

Ele também fez um apelo por um maior respeito pelos direitos humanos. "Só porque as pessoas usam drogas ou estão atrás das grades, isso não elimina seus direitos. Faço um apelo aos países onde as pessoas são executadas por crimes relacionados com drogas, ou pior, são mortos a tiros por grupos de extermínio, para acabar com essas práticas".

### **Sinais de alerta nos países em desenvolvimento**

Costa destacou os perigos do uso de drogas nos países em desenvolvimento. "As forças do mercado já moldaram as dimensões assimétricas da economia da droga: os maiores consumidores de drogas (os países ricos) impuseram aos países pobres (os principais locais de abastecimento e de tráfico) os maiores danos", disse Costa. "Os países pobres não estão em condições de absorver as consequências do aumento do consumo de drogas. Os países em desenvolvimento enfrentam uma crise iminente que poderá levar milhões de pessoas para o problema da dependência de drogas".

Ele citou como exemplos o crescimento do consumo de heroína na África Oriental, o aumento do uso de cocaína na África Ocidental e na América do Sul e o aumento na produção e no abuso de drogas sintéticas no Oriente Médio e no Sudeste Asiático. "Nós não vamos resolver o problema mundial da droga deslocando o consumo dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento", disse Costa.

### **Tráfico de drogas e instabilidade**

O Relatório Mundial sobre Drogas 2010 traz um capítulo especial sobre a influência desestabilizadora do tráfico de drogas nos países de trânsito, focando em particular no caso da cocaína. Ele mostra como o subdesenvolvimento e a fragilidade dos governos atrai o crime, ao mesmo tempo em que o crime aprofunda a instabilidade. O documento mostra como a riqueza, a violência e o poder do tráfico de drogas podem comprometer a

segurança e até mesmo a soberania dos estados. A ameaça à segurança instaurada pelo tráfico de drogas esteve na pauta do Conselho de Segurança das Nações Unidas em diversas oportunidades no ano passado.

Embora a violência relacionada às drogas no México receba uma atenção considerável, o Triângulo Norte da América Central, composto por Guatemala, Honduras e El Salvador está sendo ainda mais afetado, com taxas de homicídio muito mais elevadas do que as do México. O Relatório diz que a Venezuela emergiu como um ponto importante de origem para a cocaína traficada para a Europa: entre 2006 e 2008, mais da metade de todos os carregamentos marítimos interceptados com cocaína para a Europa veio da Venezuela.

O Relatório destaca a situação de instabilidade na África Ocidental, que se tornou um centro de tráfico de cocaína. O documento observa que "traficantes conseguiram cooptar figuras importantes de algumas sociedades de regime autoritário", citando o caso recente da Guiné-Bissau.

Costa pediu mais desenvolvimento para reduzir a vulnerabilidade ao crime e para um maior esforço na aplicação da lei para lidar contra o tráfico de drogas. "Se não enfrentarmos de forma efetiva a ameaça representada pelo crime organizado, nossa sociedade será mantida como refém - e o controle de drogas ficará comprometido por reiteradas manifestações para acabar com as convenções de drogas da ONU, as quais críticos apontam como causa da criminalidade e da instabilidade. Isso irá desfazer o progresso conquistado pelo controle de drogas na última década e desencadear um desastre em termos de saúde pública", alertou. "A menos que a prevenção e o tratamento sejam levados mais a sério, o apoio da opinião pública para as convenções de drogas da ONU irá diminuir".

### **Informações adicionais**

Marcos Ricardo dos Santos

Assessoria de Comunicação - UNODC Brasil e

Cone Sul \* Tel: +55 (61) 3204-7206

# Síntese: a estimativa do consumo de droga na Europa

Quadro esquemático, com o resumo dos dados epidemiológicos referentes ao consumo de substâncias psicoativas na Europa, segundo o Observatório Europeu das Drogas e Toxicomania (OEDT). In: OEDT. Relatório Anual. Lisboa; 2010. Página 18. [Disponível Online](#).

As estimativas aqui apresentadas referem-se à população adulta (15-64 anos) e baseiam-se nos dados mais recentes disponíveis (inquéritos realizados entre 2004 e 2008). Ver conjunto completo de dados e informações sobre a metodologia utilizada no Boletim Estatístico.

## Cannabis

Prevalência ao longo da vida: pelo menos 75,5 milhões de pessoas (22,5% dos adultos europeus). Consumo no último ano: cerca de 23 milhões de adultos europeus (6,8%) ou um terço dos consumidores ao longo da vida. Consumo no último mês: cerca de 12,5 milhões de europeus (3,7%). Variação do consumo no último ano por país: variação global de 0,4% a 15,2%.

(...) A *cannabis* continua a ser a droga ilícita mais popular na Europa, mas são observadas grandes diferenças na prevalência do seu consumo entre os diversos países, as quais estão patentes no fato de as estimativas mais elevadas serem mais de 30 vezes superiores às estimativas mais baixas. Globalmente, o consumo tende a estabilizar ou a diminuir, mas neste panorama geral a longo prazo é possível identificar padrões divergentes [extraído do texto, Pg. 17].

## Cocaína

Prevalência ao longo da vida: cerca de 14 milhões de pessoas (4,1% dos adultos

europeus). Consumo no último ano: 4 milhões de adultos europeus (1,3%) ou um terço dos consumidores ao longo da vida. Consumo no último mês: cerca de 2 milhões (0,5%). Variação do consumo no último ano por país: variação global de 0,0% a 3,1%.

(...) A cocaína continua a ser a segunda droga ilícita mais consumida na Europa, embora os níveis de prevalência e as tendências desse consumo difiram consideravelmente entre os países. Só se observam níveis de consumo de cocaína elevados e ainda crescentes num pequeno número de países, a maioria da Europa Ocidental, enquanto noutros permanece limitado. Se esta situação irá continuar ou se o consumo de cocaína se irá difundir para outras zonas da Europa, nomeadamente para a Europa Oriental, continua a ser uma questão em aberto. Alguns indícios de que a droga está a ser cada vez mais traficada através da região, bem como as referências esporádicas ao consumo de cocaína em alguns contextos, têm suscitado preocupações. (...) [Quanto ao tráfico] Uma evolução relativamente recente, é a detecção de instalações de extracção secundária que recuperam o cloridrato de cocaína ou a cocaína-base incorporados em materiais como cera de abelhas, adubos, vestuário, ervas, plásticos e líquidos. A Espanha notificou trinta dessas instalações à Europol em 2008. Esta evolução indica que os importadores de cocaína para a União Europeia atingiram altos níveis de inovação e sofisticação tecnológica [extraído do texto, Pgs. 18-19].

## Ecstasy

Prevalência ao longo da vida: cerca de 11 milhões de pessoas (3,3% dos adultos europeus). Consumo no último ano: cerca de 2,5 milhões de pessoas (0,8%) ou um quarto dos consumidores ao longo da vida. Variação do consumo no último ano por país: variação global de 0,1% a 3,7%.

## Anfetaminas

Prevalência ao longo da vida: cerca de 12 milhões de pessoas (3,7% dos adultos europeus). Consumo no último ano: cerca de 2 milhões de pessoas (0,6%), ou um sexto dos consumidores ao longo da vida. Variação do consumo no último ano por país: variação global de 0,0% a 1,7%.

## Opiáceos

Consumidores problemáticos de opiáceos: estimados em 1,2 a 1,5 milhões de europeus. As mortes induzidas pela droga corresponderam a 4% do total de mortes registadas entre os europeus dos 15 aos 39 anos, tendo sido detectados opiáceos em cerca de três quartos dos casos. Droga principal em mais de 50% do total de pedidos de tratamento da toxicod dependência. Cerca de 670 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2008.

## “Novas drogas”

(...) Os esforços para identificar e responder às novas substâncias psicoativas tentam acompanhar o ritmo de um mercado sofisticado, inovador e rápido, que procura ativamente novos produtos e novas estratégias de comercialização. Com 24 novas drogas sintéticas identificadas pela primeira vez na Europa, 2009 foi um ano recorde para o mecanismo de alerta rápido europeu. Este padrão manteve-se em 2010, com 15 novas substâncias detectadas até meados de julho, incluindo catinonas sintéticas, canabinóides sintéticos e novos derivados sintéticos semelhantes à cocaína e às anfetaminas.

Em Julho de 2010, o comité científico do OEDT procedeu a uma avaliação dos riscos formal da catinona sintética mefedrona. Esta avaliação foi motivada pelo crescente receio de que esta droga estivesse a ser comercializada como uma alternativa legal a estimulantes como a cocaína e o ecstasy. A avaliação dos riscos foi realizada no âmbito do mecanismo rápido para o controle das novas substâncias psicoativas existente da Europa. Contudo, a evolução neste domínio é tão rápida que não só alguns Estados-Membros já tinham adotado legislação proibindo a mefedrona, como alguns sites web que a vendiam já tinham sido encerrados, à vezes para serem de imediato substituídos por outros que ofereciam substâncias alternativas semelhantes. É necessário manter a vigilância e conseguir responder rapidamente aos novos desenvolvimentos, como os novos grupos químicos de substâncias psicoativas identificados nos produtos *legal-high*, de que são exemplo os aminoindanos, tais como o MDAI - metilendioxiaminoindano e os derivados sintéticos da cocaína, como a fluorotropacocaína [extraído do texto, Pg. 20].

01  
abr  
2011

12:30

AULA INAUGURAL

I & II LEVANTAMENTOS  
SOBRE PADRÃO DE CONSUMO  
DE ÁLCOOL NO BRASIL

PROF. DR.

RONALDO LARANJEIRA

14:30

INTERVALO

15:00

AULA EXPOSITIVA

PANORAMA MUNDIAL DO  
CONSUMO DE  
SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS.

PROF. DR. MARCELO  
RIBEIRO

16:45

INTERVALO

17:00

AULA EXPOSITIVA

EPIDEMIOLOGIA DO  
CONSUMO MUNDIAL DE

TABACO

PROFA. DRA. ANA CECÍLIA  
PETTA ROSELI MARQUES

18:00

TÉRMINO

## Epidemiologia do consumo de tabaco.

O tabaco é hoje o exemplo de como medidas de controle, tais como restrição de acesso a menores, proibição da propaganda e taxaço sobre preço, podem ser bem sucedidas não apenas para a redução do consumo, mas de todas as complicações clínicas associadas ao hábito.

Nesse sentido, os dados epidemiológicos que vem sendo produzidos para a nicotina também retratam os avanços obtidos no campo da saúde coletiva, nos últimos trinta anos.

monitorada, visando ao cumprimento das decisões estabelecidas por lei (2).

Os principais achados acerca da evolução do consumo e das políticas para o tabaco no Brasil e no mundo serão apresentados e discutidos em classe pela **Profa. Dra. Ana Cecilia Petta Roseli Marques**, [currículo vitae no box verde] responsável pelo programa de tabagismo da UNIAD-UNIFESP e especialista na implantação de políticas públicas para essa substância.

(1) Temporão JG. Public Health and tobacco control in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(3):671.

(2) Bialous SA, Presman S, Gigliotti A, Muggli M, Hurt R. A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):283-90.



Danos específicos em relação ao gênero vêm sendo discutidos ao longo das últimas décadas. A publicação *Gender and tobacco control: a policy brief* (OMS) sintetiza esse período e será discutido em sala de aula.

O Brasil tomou medidas assertivas e favoráveis ao controle do consumo de tabaco a partir do início dos 2000, proibindo a propaganda e colocando anúncios acerca dos males do tabagismo nos maços de cigarro. Nos últimos anos, diversos estados aprovaram leis proibindo o fumo em locais fechados e programas de tratamento com apoio psicológico e farmacológico vem sendo instituídos em todo o país (1). No entanto, tais avanços ainda precisam atingir toda a federação, além de somar a outros, tais como a taxaço do preço do cigarro e a proibição da propaganda também nos locais de venda. Por fim, a indústria precisa ser

Leitura para discussão em classe:

**INCA - Instituto Nacional do Câncer.** *Tabagismo - pesquisa nacional por amostra de domicílios*. Brasília: INCA/MS. 2008. *Leitura mínima da seção "Comentários"*.

**Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J.**

*El Atlas del tabaco*. Atlanta: Bookhouse Group & American Cancer Society - ACS; 2009.

Leitura recomendada:

**WHO - World Health Organization.** *Gender and tobacco control: a policy brief*. Geneve: WHO. 2007.

### As publicações do **Instituto Nacional do Câncer - INCA**.

O INCA disponibiliza publicações sobre tabagismos direcionada a diferentes públicos, de especialistas a leigos, incluindo diretrizes, panfletos & cartazes informativos, legislações e pareceres técnicos. A conferir. [Visite o site do INCA & Tabagismo](#).

## CURRICULUM VITAE

**ANA CECÍLIA PETTA  
ROSELI MARQUES**

Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Pesquisadora do Instituto Nacional de Tecnologia e Ciência para Políticas sobre Álcool e Drogas, responsável pela área de Tabaco (INPAD).

Ex-Presidente da Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas (ABEAD) 2003-2005 e atual Membro do Conselho Consultivo da ABEAD. Ex-Coordenadora do Departamento de Dependência da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) gestão 2007-2009. Ex-Supervisora Técnica do CAPS AD III Centro (SP). Atual Presidente do Comitê de Drogadependência da Associação Paulista de Medicina (APM) gestão 2008-2011

Coordenadora na área dos transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas do Projeto Diretrizes, da Associação Médica Brasileira - AMB.

LEIA MAIS: [CURRICULUM LATTES](#)

[rmarq@terra.com.br](mailto:rmarq@terra.com.br)

## Fragmento de texto

# La rentabilidad a costa de la gente [Profits over people]

*Actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe y minar la salud pública*

Organización Panamericana de la Salud - OPS \* OMS. **2002**.

Texto [inglês](#) & [espanhol](#)

Em novembro de 1998, o Governo dos Estados Unidos, por meio do acordo judicial do Caso de Minnesota, obrigou os fabricantes Philip Morris, R.J. Reynolds, Brown y Williamson e Lorillard Tobacco, a publicarem seus documentos internos na internet, bem como criarem bancos de documentos em Minnesota e Gildford (Inglaterra). Ao todo, mais de [cem mil páginas foram publicadas](#).

A partir desses documentos Organização Panamericana da Saúde (OPAS) realizou um minucioso levantamento, cujos resultados foram publicados em 2002, divididos em quatro tópicos:

## planos e estratégias

As estratégias das indústrias, segundo a OPAS, tinham quatro pilares fundamentais: **(1)** minimizar a responsabilidade da indústria nos danos à saúde causados pelo tabagismo, **(2)** combater as restrições ambientais ao uso de cigarro, **(3)** garantir o livre acesso ao tabaco e **(4)** combater a tributação ao produto. Para isso, financiava projetos sociais e promovia eventos culturais ao mesmo tempo em que fortalecia seu *lobby* contrário a regulamentação do comércio de tabaco tanto no Congresso Nacional, quanto nas Assembléias Estaduais e Câmaras Municipais.

## fumo ambiental

A indústria do cigarro se organizou para fazer frente as estratégias de proteção ao fumante passivo. Em seus documentos internos, a regulamentação da fumaça ambiental pelas autoridades sanitárias foi classificada como “o acontecimento mais perigoso para a viabilidade da indústria do cigarro jamais surgido”. Para evitá-lo, as companhias de tabaco lançaram mão de uma série de procedimentos para colocar em dúvida os achados e enfraquecer as evidências capazes de nortear ações de saúde pública sobre o fumaça ambiental. A principal delas foi a contratação de especialistas,



encarregados de minimizar as evidências contrárias ao fumo ambiental, com acesso privilegiado aos meios de comunicação.

## promoção e comercialização

Para evitar a proibição da propaganda, a indústria do tabaco procurou se aproximar dos publicitários e comunicadores, por meio de simpósios, encontros e demonstrando o impacto econômico que o fim da propaganda de cigarros traria aos meios de comunicação. Também se valeu do direito à liberdade de expressão

comercial para justificar a existência de seus anúncios. A indústria também elaborou **códigos de ética voluntários**, defendendo por intermédio desses a autorregulação ao invés leis oficiais para tratar o assunto. Com o surgimento das primeiras leis restritivas, a indústria acirrou suas campanhas em locais que lhe eram permitidos, tais como os **espaços públicos ao ar livre**, nos **pontos de venda e promoções voltadas ao varejo**.

Quanto aos jovens, segundo a OPAS, a indústria adotou uma estratégia em duas vias: apoiava campanhas contrárias ao tabagismo, enquanto continuava com as estratégias de *marketing* voltadas para estes.

## contrabando de cigarros

Uma das observações da OPAS é que as **cadeias de distribuição ilegal de cigarros** são um recurso utilizado pelas empresas para obterem vantagens competitivas sobre as outras. A atuação da indústria de tabaco no mercado legal e ilegal funciona de modo complementar: ao lançar um produto legalmente constituído, a empresa adquire os direitos de importação da marca, bem como de o anunciá-la. Por outro lado, também inunda o mercado com a mesma marca por vias ilegais, aproveitando as estratégias de marketing instituídas e atingindo um público consumidor de menor poder aquisitivo, em especial os jovens. Desse modo, consegue minar, ao menos em parte, esforços governamentais para inibir a venda de cigarros por intermédio do aumento do preço do produto.

Tal assunto era tratado sem cerimônia nas correspondências internas das empresas. Divisões voltadas apenas para a distribuição ilegal de cigarros foram criadas para “coordenar perfeitamente os movimentos” deste ‘seguimento de mercado’. A indústria coordenava de modo centralizado o comércio ilegal de cigarros em toda a América do Sul.

Resenhas escritas pelo coordenador desse curso, parte delas publicadas originalmente no site [Álcool e Drogas sem Distorsão](#), do Hospital Albert Einstein - HIAE, em setembro de 2003.

## Fragmento de texto

# Por que aprovar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco?

In: Ministério da Saúde: Por que aprovar a Convenção-Quadro para o controle do tabaco. Brasília: MS/INCA; 2004. Disponível online na íntegra

## Perguntas e respostas

### 1. O que é a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco?

É um instrumento legal, sob forma de um tratado internacional, no qual os Estados signatários concordam em empreender esforços para circunscrever a epidemia causada pelo tabaco, reconhecida como um problema global com consequências graves para a saúde pública.

### 2. O que significa a expressão "Convenção-Quadro?"

Segundo especialistas, a expressão não tem significado técnico-jurídico específico. Existem diversos tipos de Convenção-Quadro, de que são exemplos a Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança Climática (em vigor desde março de 1994) e a Convenção-Quadro sobre Biodiversidade (em vigor desde dezembro de 1993). Elas podem ter um caráter "minimalista" (disposições gerais e estrutura institucional, encarregada da implementação, simples) ou "maximalista" (disposições específicas e estrutura institucional mais complexa, que pode incluir um mecanismo de financiamento). De modo geral, as Convenções-Quadro são instrumentos internacionais que estabelecem parâmetros (gerais ou específicos) para o tratamento de determinadas questões. Elas são complementadas por Protocolos - instrumentos legalmente vinculantes, que tratam de maneira específica de temas apresentados de forma geral no corpo da Convenção-Quadro.

### 3. Quais as obrigações e medidas contidas na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco?

A Convenção-Quadro estabelece como algumas de suas obrigações:

- Elaboração e atualização de políticas de controle do tabaco, em conformidade com a Convenção e seus Protocolos;
- Estabelecimento de um mecanismo de coordenação nacional e cooperação com outras Partes;
- Proteção das políticas nacionais contra os interesses da indústria do tabaco.

Algumas das principais medidas são:

#### Medidas para reduzir a demanda por tabaco

- Aplicação de políticas tributárias e de preços com vistas à redução do consumo;
- Proteção contra a exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados;

- Regulamentação das análises e das mensurações dos conteúdos e emissões dos produtos derivados do tabaco;
- Obrigatoriedade da divulgação da informação relativa aos produtos do tabaco;
- Regulamentação das embalagens de produtos de tabaco: tornar obrigatória a inclusão de mensagens de advertências sanitárias, recomendando o uso de imagens em todas as embalagens de produtos de tabaco;
- Desenvolvimento de programas de educação e conscientização sobre os malefícios causados pelo tabaco;
- Proibição de publicidade, promoção e patrocínio;
- Criação e implementação de programas de tratamento da dependência da nicotina.

#### Medidas para reduzir a oferta por produtos do tabaco

- Eliminação do contrabando;
- Restrição ao acesso dos jovens ao tabaco;
- Substituição da cultura do tabaco;
- Restrição ao apoio e aos subsídios relativos à produção e à manufatura de tabaco.

#### Medidas para proteger o meio ambiente

- Proteção da saúde das pessoas e do meio ambiente.

#### Medidas relacionadas às questões de responsabilidade civil

- Inclusão das questões de responsabilidade civil e penal nas políticas de controle do tabaco, bem como estabelecimento das bases para a cooperação judicial nessa área.

#### Medidas relacionadas à cooperação técnica, científica e intercâmbio de informação

- Elaboração de pesquisas nacionais relacionadas ao tabaco e seu impacto sobre a saúde pública;
- Coordenação de programas de pesquisas regionais e internacionais;
- Estabelecimento de programas de vigilância do tabaco;
- Apresentação de relatórios sobre a implementação da Convenção;
- Estabelecimento das bases para a cooperação nas áreas jurídica, científica e técnica.

### 4. Quais os benefícios de uma Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco?

Talvez o mais importante benefício seja o fato de que irá estimular, tanto nacional quanto internacionalmente, um diálogo entre diversos setores, necessário para quebrar as barreiras que impedem o progresso do controle do tabaco, gerando avanços na área. Estas discussões englobam departamentos e agências governamentais, como por exemplo: comércio, economia, educação, meio ambiente, agricultura, justiça e saúde. Incluem-se também organizações não governamentais, tais como: sociedades das áreas de saúde e educação, instituições acadêmicas, grupos religiosos, dentre outras.

Além disso, a Convenção-Quadro deve fornecer um mecanismo para que os recursos técnicos e financeiros para o desenvolvimento de ações de controle do tabaco sejam transferidos para os países em desenvolvimento, onde são mais necessários. Isto poderá beneficiar a maioria destes países e dará oportunidade aos países desenvolvidos de aprender sobre novos problemas e inovar em soluções.

Já a harmonização entre a vigilância e as estratégias de pesquisa irá facilitar o desenvolvimento de informações que são necessárias para identificar as principais áreas de intervenção. (...) Em agosto de 2003, foi criada a Comissão

Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos (CONICQ). Esta nova Comissão tem caráter executivo e conta com a participação de mais dois Ministérios, além daqueles que já faziam parte da Comissão anterior: o do Meio Ambiente e o das Comunicações.

(...)

### 6. Como a Convenção-Quadro poderá funcionar para promover a cooperação internacional? E em que áreas?

A Convenção-Quadro é uma ferramenta útil para promover a cooperação entre os Estados Membros e uma articulação de aspectos internacionais para o controle do tabaco. Isto se justifica porque muitos elementos de programas nacionais podem influenciar outros países, enquanto os instrumentos internacionais podem ser usados para iniciar também controles globais eficazes abrangendo as seguintes áreas:

- Comercialização ilegal de derivados de tabaco: o mercado ilegal de cigarros funciona como um estímulo à iniciação ao consumo, pois permite o fácil acesso a produtos com preços bem mais baixos do que aqueles vendidos legalmente e não se submete às regulamentações nacionais, como a impressão de imagens de advertência. Além disso, a competição com produtos do mercado formal leva à redução de preços para que estes não percam participação no mercado. Atualmente, os números das exportações mundiais de cigarros ultrapassam as importações.
- Vendas de produtos de tabaco isentas de taxas alfandegárias: a prática de vendas de produtos de tabaco isentos de taxas alfandegárias deverá ser reexaminada, pois funciona como fonte de contrabando.
- Relatórios de produção, vendas, importações e exportações dos produtos do tabaco: estas exigências contribuirão para a notificação internacional sobre o volume da produção e das vendas de produtos derivados de tabaco, facilitando o monitoramento e controle do fluxo do mercado ilegal desses produtos.
- Publicidade de produtos derivados de tabaco: as proibições ou restrições da publicidade dos produtos derivados de tabaco em um país poderão ser enfraquecidas pela permissão em outros, já que algumas das fontes de publicidade poderiam circular sem restrições de fronteiras (revistas, internet, TV a cabo e outros).
- Pesquisas e estudos sobre os ingredientes tóxicos e divulgação de resultados: um aperfeiçoamento das normas internacionais para a pesquisa e a notificação dos ingredientes tóxicos contidos nos produtos do tabaco e em sua fumaça facilitarão o monitoramento dos danos causados pelo tabagismo e o controle de todas as inovações propostas pela indústria do tabaco antes de sua introdução no mercado.
- Intercâmbio de informações sobre políticas e programas: uma troca eficaz de informações entre os países, sobre o estágio de suas ações para o controle do tabagismo, ajudará a aperfeiçoar os programas nacionais e internacionais, criando uma pressão sobre os países que não estão investindo os devidos esforços para atingir as metas propostas pela Convenção.

### 7. Como está a situação brasileira frente às obrigações da Convenção-Quadro?

O Governo brasileiro tem mantido uma postura de compromisso e participação ativa desde os primeiros esforços para o desenvolvimento da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. É possível reconhecer que muitas das ações defendidas pelas propostas da Convenção-Quadro ou já vinham sendo implementadas ou passaram a incorporar as ações já em andamento, tais como:

- O fortalecimento de um órgão coordenador nacional das ações para o controle do tabaco: foi um dos importantes passos dados pelo Governo federal com o objetivo de agilizar e universalizar as ações em todo o território nacional. Desde 1989, o Programa Nacional para Controle do Tabagismo vem sendo coordenado pelo INCA, órgão do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Controle do Câncer.
- A criação de uma comissão intersetorial para subsidiar o Governo nas diferentes frentes de ação para controle do tabaco: já mencionamos a criação da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos (CONICQ).
- Prevenção da iniciação do consumo do tabaco: O Governo brasileiro tem investido esforços para atingir grupos mais vulneráveis, como crianças e adolescentes. Com esse objetivo, o Programa Saber Saúde tem promovido a inserção de discussões sobre tabagismo nos currículos escolares, buscando estimular nos jovens uma consciência crítica em relação ao comportamento de fumar.
- Promoção da cessação de fumar: O Ministério da Saúde vem intensificando as ações para ampliar o acesso dos fumantes aos métodos atualmente considerados mais eficazes ao tratamento da dependência da nicotina. Para esse fim, foi realizado, em agosto de 2000, um Consenso Nacional sobre Abordagem e Tratamento do Fumante. O objetivo foi estabelecer diretrizes para a inclusão dessa abordagem no SUS, assim como socializar, entre profissionais de saúde, o conhecimento sobre os métodos mais eficazes para abordagem e tratamento do fumante. Em 29 de agosto de 2002, foi publicada a Portaria n.º 1.575, criando Centros de Referência para Abordagem e Tratamento do Fumante e financiando os procedimentos para cessação de fumar no âmbito do SUS.
- Regulamentação da promoção e da publicidade dos derivados do tabaco: Em 27 de dezembro de 2000, a Lei n.º 10.167 proibiu a propaganda de derivados de tabaco em revistas, jornais, televisão, rádio e outdoors, restringindo-a apenas à afixação de pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda, dentre outras medidas. A partir de 30 de setembro de 2005, será proibido também o patrocínio de eventos esportivos pela indústria do tabaco.
- Regulamentação dos produtos derivados do tabaco: O Governo federal deu importantes passos nesta área, especialmente, após a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999. Dentre suas atribuições, estão: a regulamentação, o controle e a fiscalização dos cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto derivado do tabaco. Vejamos algumas medidas já implementadas pela ANVISA para regulamentar esses produtos:
  - Fixação dos teores máximos permitidos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono presentes nos cigarros comercializados no Brasil.
  - Proibição da utilização de descritores, tais como "baixos teores", "suave", "light", "altos teores" e outros que possam induzir o consumidor a uma interpretação equivocada quanto aos teores contidos nos cigarros.
  - Obrigatoriedade de impressão de advertências acompanhadas de imagens nas embalagens e na propaganda de produtos derivados do tabaco.
  - Cadastro das empresas beneficiadoras de tabaco e fabricantes nacionais, importadoras ou exportadoras de produtos derivados do tabaco, bem como de todos os seus produtos.
  - Proibição da fabricação, importação, comercialização, propaganda e distribuição de alimentos na forma de cigarros ou qualquer outro produto do tabaco.
  - Proibição da venda de derivados do tabaco na Internet.

- Obrigatoriedade de impressão das seguintes mensagens nas embalagens de produtos derivados do tabaco:
  1. "Venda proibida a menores de 18 anos - Lei 8.069/1990 e Lei 10.702/2003", ficando proibido o uso de frases do tipo "Somente para adultos" ou "Produto para maiores de 18 anos";
  2. "Este produto contém mais de 4.700 substâncias tóxicas, e nicotina que causa dependência física ou psíquica. Não existem níveis seguros para consumo dessas substâncias".
- Medidas econômicas para o controle do tabaco: O aumento real dos preços dos cigarros é hoje reconhecido como uma das medidas mais eficazes para a redução do consumo, principalmente entre os jovens, e uma das ações que mais depende de esforços transnacionais. No entanto, o cigarro brasileiro ainda é um dos mais baratos do mundo. Além disso, o Brasil é um dos países que mais tem sofrido o impacto do mercado ilegal de cigarros e isso tem sido apontado como um dos fatores que dificultam as ações brasileiras no âmbito econômico.

Apesar da complexidade dessa situação, o Governo federal tem procurado soluções. Antes de 1998, os cigarros brasileiros eram exportados sem a incidência de impostos, havendo evidências de que esta realidade favorecia as ações de contrabando, como por exemplo, através das exportações fictícias de cigarros. Por conta disso, a partir de 1998, a Receita Federal passou a taxar essas operações em 150% para os países do Mercosul e Caribe, por meio do Decreto n.º 2.876, a fim de combater a comercialização ilegal de cigarros.

Um outro aspecto que tem merecido especial atenção no Brasil é a questão da fumicultura. Esse tem sido um ponto crítico, posto que o País é o segundo produtor mundial de fumo em folha e um dos quatro maiores produtores de tabaco do mundo, ocupando a primeira posição de exportador de folhas no ranking mundial. O argumento de que um segmento econômico, o da fumicultura, vem sendo prejudicado, tem sido usado para pressionar o Governo brasileiro a reverter ou abrandar suas ações para atender às propostas da Convenção-Quadro. Um dos avanços nesse sentido se deu através da publicação, em abril de 2001, da Resolução n.º 2.833, pelo Conselho Monetário Nacional (CMN) e pelo Banco Central do Brasil ao não permitir que o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) conceda crédito público para o financiamento da produção integrada de fumo.

### 8. Em que o Brasil precisa avançar?

Os principais pontos de fortalecimento são: políticas de preços e impostos, controle do mercado ilegal, substituição da cultura do fumo, controle de venda a menores e fortalecimento da política pública de controle do tabagismo. Estudos apontam que o aumento de preços é uma medida efetiva para a redução da demanda. Isso aconteceria principalmente nos estratos de renda mais baixos e entre crianças e adolescentes, além de aumentar a arrecadação fiscal.

No Brasil, 30% a 35% do consumo de cigarros provém do mercado ilegal que é fonte de produtos mais baratos, possibilitando o acesso aos jovens a iniciação e manutenção e obrigando as empresas a reduzirem os seus preços, favorecendo a ampliação do consumo. Tratando-se de um problema decorrente da ação de organizações criminosas, é importante destacar a necessidade do fortalecimento de atividades de fiscalização e monitoramento das diferentes regiões do país que são rotas de distribuição ilegal desses produtos.

É preciso que os Estados Membros fumicultores, como o Brasil, recebam especial atenção na questão da diversificação e substituição de culturas, através da obtenção de recursos técnicos e financeiros, para investir em pesquisas e ações que possam apoiar segmentos sociais que dependem do cultivo de tabaco. O desenvolvimento de outras formas de subsistência é essencial, uma vez que o cenário esperado como resultado desse amplo movimento mundial para o controle do tabaco é o da retração da demanda por produtos derivados do tabaco.

### 9. Qual a importância da mobilização social para a aprovação das medidas da Convenção-Quadro?

Uma sociedade civil organizada e bem informada é fundamental em todos os momentos da vida pública, assim como é essencial para que esta exerça seus direitos de cidadania. Neste caso específico, é importante que a sociedade conheça os diversos aspectos relacionados ao controle do tabaco e pressione nossos legisladores para a ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco no Congresso Nacional, bem como para a efetiva adoção das medidas previstas em seu texto.

(...)

#### Decreto nº 5.658, de 02 de Janeiro de 2006

Promulga a **Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco**, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003.

O **PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e considerando que o Congresso Nacional aprovou o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, por meio do Decreto Legislativo n.º 1.012, de 27 de outubro de 2005;

Considerando que o Governo brasileiro ratificou a citada Convenção em 3 de novembro de 2005;

Considerando que a Convenção entrou em vigor internacional em 27 de fevereiro de 2005, e entra em vigor para o Brasil em 1º de fevereiro de 2006;

**Decreta:**

**Art. 1º** A **Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco**, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003, e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003, apensa por cópia ao presente Decreto, será executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém.

**Art. 2º** São sujeitos à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que possam resultar em revisão da referida Convenção ou que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional, nos termos do art. 49, inciso I, da Constituição.

**Art. 3º** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, **2 de janeiro de 2006**, 185ª da Independência e 118ª da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA  
CELSON LUIZ NUNES AMORIM

# A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil

Texto introdutório de artigo publicado na Revista Panamericana de Salud Publica. 2010. Volume 27. Número 4. Páginas 283-90. [Disponível online na íntegra](#).

## Introdução

A criação de espaços públicos livres de fumaça de cigarro ou outros produtos derivados do tabaco é uma medida de saúde pública recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que reconhece os grandes malefícios causados à saúde dos não fumantes pela exposição às substâncias tóxicas presentes tanto na fumaça da ponta de um cigarro aceso quanto na fumaça exalada pelo fumante. A fumaça ambiental do tabaco (FAT) é reconhecida como um cancerígeno tipo A, ou seja, causa câncer em humanos. A OMS determinou que a única medida efetiva de saúde pública para evitar a contaminação por esse cancerígeno é a proibição total do fumo em recintos fechados de uso coletivo, públicos ou privados <sup>(1)</sup>.

Na região das Américas, várias províncias e estados em diversos países implementaram políticas que proíbem totalmente o fumo em locais de uso coletivo. O Uruguai foi o primeiro país da região a implementar uma política nacional de proteção total à exposição à FAT em locais públicos <sup>(2)</sup>, conforme preconizado pela Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo <sup>(3)</sup>, da qual a maioria dos países das Américas, inclusive o Brasil, é signatária.

No Brasil, a questão foi contemplada em uma lei de âmbito nacional que, entre outras medidas, restringe o uso de produtos fumíferos em ambientes fechados de uso coletivo. A lei federal 9 294/1996 (e o decreto 2 018/1996 que a regulamenta) diz que é "proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente" <sup>(4)</sup>. Embora essa legislação, na época, tenha representado um avanço nas políticas públicas de controle de

tabaco, hoje em dia as evidências mostram que a permissão de áreas para fumantes, ou fumódromos, não oferece proteção adequada contra a FAT.

Na forma como foi redigida, a legislação brasileira deu margem para que a indústria do cigarro desenvolvesse no Brasil, como havia feito em outras partes do mundo, programas para manter o fumo socialmente aceito e permissível em todos os ambientes, incentivando a coexistência entre fumantes e não fumantes. A motivação da indústria é a evidência de que áreas 100% livres da FAT diminuem o consumo de cigarros e, em consequência, os lucros da indústria <sup>(1, 5)</sup>. Igualmente bem documentada é a estratégia da indústria do cigarro, implementada em âmbito mundial, de fazer parcerias com o setor de bares, restaurantes e hotéis. Um exemplo dessa parceria é o programa Convivência em Harmonia, em parceria com a Associação Internacional de Hotéis e Restaurantes (International Hotel and Restaurant Association, IH&RA) <sup>(6-8)</sup>, cujo objetivo é garantir que os espaços públicos sejam divididos em áreas de fumantes e não fumantes, ao invés de serem 100% livres de FAT.

(...)

## Discussão

O Brasil, que é um dos maiores produtores e exportadores de tabaco em folha no mundo, é também reconhecido como líder mundial no controle do tabagismo, alcançando recentemente um declínio importante na prevalência de fumantes no país <sup>(9)</sup>. Porém, na questão de proteção a exposição à FAT, a lei 9 294 de 1996 é inadequada, e o progresso para adequar a lei ao conhecimento científico tem sido cerceado pela forte oposição da indústria do tabaco e seus aliados das associações de bares, restaurantes, hotéis e similares. Essa oposição é motivada pelas evidências de que as políticas de saúde pública que promovem ambientes de uso coletivo 100% livres da FAT levam a uma queda no consumo de cigarros e à perda dos lucros por parte dos fabricantes, além de provocar mudanças sociais. Ao mesmo tempo, pesquisas em todo o mundo mostram que essas medidas não afetam de forma negativa o funcionamento de locais de trabalho, nem tampouco geram repercussões econômicas negativas para restaurantes e hotéis que são 100% livres da FAT <sup>(1)</sup>. Muitas vezes, a influência de grupos de interesse contrários à saúde pública é muito forte no âmbito federal, sendo então preferível continuar avançando em estados e municípios. O sucesso alcançado nos municípios e estados, apesar da oposição organizada das companhias de cigarro e de seus

aliados, que buscaram parcerias com vários níveis de governo para promover suas iniciativas, mostra que, quando há comprometimento sério com a saúde pública e com a divulgação de informações aos formadores de opinião e legisladores sobre o envolvimento, direto ou indireto, dos fabricantes de cigarro nessa questão de saúde pública, é possível atingir objetivos. As experiências aqui descritas podem dar subsídios para que outras localidades no país se preparem para implantar espaços livres de fumo, como preconiza a OMS, e rejeitar o programa Convivência em Harmonia e seus similares, que protegem apenas os lucros dos fabricantes de cigarro sem oferecer nenhuma proteção à saúde do indivíduo e à saúde pública.

## Referências

1. World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. Genebra: WHO; 2007.
2. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Genebra: WHO; 2008.
3. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Genebra: WHO; 2003, updated reprint 2004, 2005.
4. Brasil, Ministério da Saúde. Lei 9 294/1996.
5. Barnoya J, Glantz S. Tobacco industry success in preventing regulation of secondhand smoke in Latin America: the "Latin Project". Tob Control. 2002;11(4):305-14.
6. Dearlove JV, Bialous SA, Glantz SA. Tobacco industry manipulation of the hospitality industry to maintain smoking in public places. Tob Control. 2002;11(2):94-104.
7. Pan American Health Organization. Profits over people: tobacco industry activities to market cigarettes and undermine public health in Latin America and the Caribbean. Washington: PAHO; 2002.
8. Sebríe EM, Glantz SA. "Accommodating" smoke-free policies: tobacco industry's Courtesy of Choice programme in Latin America. Tob Control. 2007;16(5):e6.
9. Ramalho, R. Lei nacional antifumo avança no Senado. Folha de São Paulo, seção Cotidiano. São Paulo, 11 de março de 2010.

**Stella Aguinaga Bialous<sup>I</sup>; Sabrina Presman<sup>II</sup>; Analice Gigliotti<sup>III</sup>; Monique Muggli<sup>III</sup>; Richard Hurt<sup>IV</sup>**

<sup>I</sup>Tobacco Policy International. Correspondência: 676 Funston Avenue, San Francisco, CA, 94118, Estados Unidos da América.

<sup>II</sup>Santa Casa da Misericórdia, Unidade de Dependência Química, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

<sup>III</sup>Mayo Clinic, Nicotine Research Program, Rochester (MN), Estados Unidos da América

<sup>IV</sup>Mayo Clinic, Nicotine Dependence Center, Rochester (MN), Estados Unidos da América

08

abril

2011

12:30

AULA EXPOSITIVA  
**EPIDEMIOLOGIA DO  
 CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS  
 PSICOATIVAS NO BRASIL**  
 PROFA. DRA. **ZILA VAN DER  
 MEER SANCHEZ**

14:30

INTERVALO

15:00

AULA EXPOSITIVA  
**SISTEMAS DE  
 CLASSIFICAÇÃO  
 INTERNACIONAIS &  
 TERMINOLOGIA**  
 PROF. DR. **MARCELO  
 RIBEIRO**

16:45

INTERVALO

17:00

AULA EXPOSITIVA  
**GENÉTICA & EPIGENÉTICA  
 DA DEPENDÊNCIA  
 QUÍMICA**  
 PROF. DR. **ANDRÉ  
 BROOKING NEGRÃO**

18:00

TÉRMINO

## Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas

"A epidemiologia do uso de drogas é a ciência que estuda a distribuição do número de usuários e dos acontecimentos relacionados ao uso em uma população específica e em um determinado período. Seu objetivo é traçar um perfil da situação, possibilitando programas de saúde e estratégias de ação específicas à população estudada." (trecho da "leitura para discussão")

Apesar de sua importância estratégica para a elaboração de políticas públicas voltadas para as necessidades específicas das comunidades e dos usuários, os estudos epidemiológicos na área da saúde mental, e, mais especificamente do consumo de substâncias psicoativas são um fenômeno recente no Brasil <sup>(1)</sup>.

Os primeiros levantamentos relevantes foram realizados pelo **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID**, a partir de meados dos anos oitenta. Durante quinze anos, a equipe do CEBRID, chefiada pelo **Professor Elisaldo Carlini** e composta pelos **Professores José Carlos Galduróz, Ana Regina Noto e Solange Nappo**, realizaram estudos consecutivos de prevalência do consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes (12 - 18 anos) e meninos e meninas em situação de rua de dez capitais brasileiras, que por muito tempo foram as únicas referências epidemiológicas de abrangência e qualidade produzidas no país.

A partir dos anos 2000, ampliaram seus levantamentos com estudantes e meninos de rua para todas as capitais brasileiras e o Distrito Federal e em 2001 realizaram o I Levantamento Domiciliar nos municípios com mais de 200 mil habitantes (n=107). O mesmo levantamento foi repetido em 2005. Todos esses estudos encontram-se disponíveis na íntegra no site do **CEBRID**.

Com o intuito de apresentar os principais achados acerca da evolução do consumo de drogas no Brasil nos últimos trinta anos, a pesquisadora do CEBRID, **Profa. Dra. Zila van der Meer Sanchez**, [currículo vitae no box verde] é a convidada para ministrar a aula de epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil.

(1) Almeida-Filho, N.; Mari, J. J.; Coutinho, E.; Franca, J. F.; Fernandes, J. G.; Andreoli, S. B.; Busnello, E. A. (1992) - Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista ABP-APAL*. 14: 3: 93-104.

### Leitura para discussão em classe:

Galduróz JCF, van der Meer Sanchez Z, Noto AR. **Epidemiologia do uso, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas**. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química - prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2010. **Páginas: 49-58.**

O que é o **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID**.

O CEBRID é um núcleo inserido no Departamento de Psicobiologia - Universidade Federal de São Paulo, sob a direção do Professor Elisaldo Carlini. O serviço iniciou suas atividades em 1978, consolidando seu trabalho na década de 80, a partir da necessidade de informações científicas a respeito do consumo de drogas na população brasileira, gerando a divulgação de informações e o levantamento de dados para subsidiar programas preventivos mais adequados à realidade brasileira. [Visite o site do CEBRID](#).

## CURRICULUM VITAE

### ZILA VAN DER MEER SANCHEZ

Graduação em Farmácia Bioquímica pela Universidade de São Paulo (2001), mestrado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (2004) e doutorado em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (2006). Realizou doutoramento-sanduiche na Universidade Autônoma de Barcelona (2005) em Antropologia Social e Cultural e pós-doutoramento em Epidemiologia de drogas na UNIFESP. Parte do pós-doutorado foi realizada no Departamento de Epidemiologia da Michigan State University, com curso na Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Atualmente é pesquisadora do Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas em epidemiologia do abuso de drogas entre estudantes de ensino fundamental e médio. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando nos seguintes temas: <sup>(1)</sup> drogas, <sup>(2)</sup> prevenção, <sup>(3)</sup> epidemiologia, <sup>(4)</sup> adolescentes, <sup>(5)</sup> família e <sup>(6)</sup> religiosidade.

LEIA MAIS: [CURRICULUM LATTES](#)

[zila.sanchez@gmail.com](mailto:zila.sanchez@gmail.com)

Matéria online

# 80% dos estudantes da rede particular já usaram álcool, revela pesquisa

Levantamento foi feito com adolescentes de 12 a 18 anos. Estudo é do Centro de Informações sobre Drogas da UNIFESP.

Publicada no [site G1/Globo](#), na terça-feira, dia 08 de junho de 2010, às 18:41h.

Pesquisa do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), mostra que 80,3% dos estudantes do 8º e do 9º ano do ensino fundamental e dos três anos do ensino médio da rede particular da cidade de São Paulo já usaram álcool na vida.

Em um ano, o uso foi apontado por 63,1% dos 5.226 adolescentes entrevistados na pesquisa, que tinham entre 12 e 18 anos em 2008, quando foi feito o levantamento. No mês em que foi realizada a pesquisa, o uso foi de 39,6%.

Para os pesquisadores, um dado alarmante é o fato de 33% dos estudantes do ensino médio terem dito que haviam tomado cinco doses de bebida alcoólica ou mais em uma única ocasião, no mês da pesquisa. A prática é conhecida como "binge" nos Estados Unidos.

"Apesar de outros dados mostrarem o consumo alto de álcool por jovens, constatar que tantos estudantes haviam tido um episódio de 'binge' num

momento tão recente à pesquisa é um dado chocante", afirmou uma das pesquisadoras, **Zila van der Meer Sanchez**.

Segundo o levantamento, o álcool foi a primeira droga experimentada pelos adolescentes, seguida de tabaco e inalantes. Os adolescentes experimentam álcool por volta dos 12 anos de idade; e tabaco, por volta dos 13.

Do total, 7,3% dos entrevistados do sexo masculino e 5,4% do sexo feminino afirmaram ter praticado "binge" de 3 a 5 vezes no mês da pesquisa. Segundo o estudo, a informação sugere que a prática é comum e frequente entre os adolescentes e é um dos principais comportamentos de risco praticado pelos jovens.

O primeiro consumo de álcool, de acordo com o estudo, ocorreu para a maior parte dos estudantes na própria casa. A porcentagem foi de 46% dos casos. O segundo lugar mais citado como local de primeiro uso foi a casa de um amigo, com 26% do total.

O tabaco foi a segunda droga mais consumida pelos entrevistados, porém, com prevalência muito inferior à de álcool. Enquanto 80% da amostra já havia bebido pelo menos uma vez na vida, 23% dos meninos e 25% das meninas fumaram uma vez na vida.

O estudo traz sugestões sobre possíveis ações preventivas, com o início em idades precoces, com ênfase em drogas lícitas como bebidas alcoólicas e cigarro (tabaco). Além disso, a orientação de pais deve ser considerada, com atenção especial a questões relacionadas à negociação de limites e exemplos familiares.

Programas de prevenção devem contar com alicerce comum, mas oferecer peculiaridades por gênero, visto que meninas são maiores consumidoras de medicamentos psicotrópicos sem receita médica e meninos, de drogas ilícitas.

O CEBRID concluiu no mês de novembro de 2010, a análise do "VI Levantamento de Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre

Estudantes do Ensino Fundamental e Médio". A reportagem anterior discutiu um dos dados preliminares da pesquisa: o consumo elevado de álcool por alunos das escolas particulares. A publicação dos dados completos desse estudo provavelmente ocorrerá durante o ano de 2011 [Nota do coordenador deste curso].

Leia outros estudos que compõem a linha de pesquisa de **Zila van der Meer Sanchez**

(1) Sanchez ZM, Opaleye ES, Martins SS, Ahluwalia JS, Noto AR. Adolescent gender differences in the determinants of tobacco smoking: a cross sectional survey among high school students in São Paulo. BMC Public Health. 2010;10:748. [online](#)

(2) Galduróz JC, Sanchez ZM, Opaleye ES, Noto AR, Fonseca AM, Gomes PL, Carlini EA. Factors associated with heavy alcohol use among students in Brazilian capitals. Rev Saude Publica. 2010 Apr;44(2):267-73. [online](#)

(3) Opaleye ES, Noto AR, Sanchez ZM, Moura YG, Galduróz JC, Carlini EA. Recreational use of benzydamine as a hallucinogen among street youth in Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2009 Sep;31(3):208-13. [online](#)

(4) van der Meer Sanchez Z, Nappo SA. Religious intervention and recovery from drug addiction. Rev Saude Publica. 2008;42(2):265-72. [online](#)

(5) Sanchez ZM. As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas: a experiência de grupos católicos, evangélicos e espíritas. Tese apresentada a Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Curso de Psicobiologia para obtenção do grau de Doutor em Ciência. São Paulo; 2006. [online](#)

(6) Sanchez ZM, de Oliveira LG, Nappo SA. Main reasons for non-use of illicit drugs by young population exposed to risk situations. Rev Saude Publica. 2005;39(4):599-605. [online](#)

(7) van der Meer Sanchez Z, Nappo SA. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. Rev Saude Publica. 2002;36(4):420-30. [online](#)

08

abril

2011

12:30

AULA EXPOSITIVA  
 EPIDEMIOLOGIA DO  
 CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS  
 PSICOATIVAS NO BRASIL  
 PROFA. DRA. ZILA VAN DER  
 MEER SANCHEZ

14:30

INTERVALO

15:00

AULA EXPOSITIVA  
 SISTEMAS DE  
 CLASSIFICAÇÃO  
 INTERNACIONAIS &  
 TERMINOLOGIA  
 PROF. DR. MARCELO  
 RIBEIRO

16:45

INTERVALO

17:00

AULA EXPOSITIVA  
 GENÉTICA & EPIGENÉTICA  
 DA DEPENDÊNCIA  
 QUÍMICA  
 PROF. DR. ANDRÉ  
 BROOKING NEGRÃO

18:00

TÉRMINO

## A importância da terminologia para o estudo da dependência química

"A Síndrome de Abruzzo-Erickson é uma doença genética extremamente rara, caracterizada pela presença de fenda palatina, coloboma, hipospádia e sinostose radial."

A descrição anterior não permite que a imensa maioria dos leitores - incluindo os médicos - faça qualquer especulação acerca das alterações clínicas que os pacientes acometidos por essa síndrome apresentam. No entanto, basta uma consulta a um dicionário de termos médicos para se descobrir, por exemplo, que o termo "coloboma" se refere a uma malformação do olho, que se dá durante o segundo mês de gestação, podendo atingir uma ou mais estruturas do globo ocular e levando a formação de um buraco, divisão ou rachadura aparente (figura). Desse modo, quando um oftalmologista comunica ao colega que identificou um "coloboma", o último, além de compreendê-lo prontamente, parte do princípio que o primeiro realizou as investigações cientificamente preconizadas como necessárias para se chegar a essa conclusão.



Coloboma ou síndrome do olho de gato

O termo "coloboma" é uma alteração "extremamente rara". Assim, pelo fato de não ser observada frequentemente por muitos, permaneceu livre de sinônimos leigos. Em busca de uma terminologia que considerasse aspectos mnemônicos e leigos, o "coloboma" também é chamado pelos médicos e pesquisadores de "síndrome do olho de gato", devido a semelhança entre a lesão nos humanos e pupila dos felinos (figura). No entanto, fosse essa

malformação comum, muitos outros termos leigos poderiam ter sido criados, tais como "olho

mágico", "olho bichano", "mancha do parto" e outros para além da imaginação. Tais denominações, apesar de conseguirem retratar em parte a alteração, quase sempre consideram apenas o observável pelos sentidos, desconsiderando outras características, tais como a necessidade de caracterizar a origem genética e de fazer o diferencial entre essa e outras lesões semelhantes. Isso faz com eles se tornem pouco ou nada específicos.

Desse modo, é possível perceber a existência de termos altamente específicos para um determinado fenômeno ("coloboma"); de outros cuja a construção original prima pela especificidade, mas que a aproximação com o leigo abre margem para confusões - uma lesão parecida com a pupila em fissura de um gato poderia levar um leigo a caracterizá-la erroneamente como a síndrome em questão; e daqueles criados a partir de mera observação, geralmente a partir de comparações ou da valorização da característica mais evidente - amarelão para icterícia, barriga d'água para ascite, papo para bócio, além de muitos outros, que muitas vezes possuem caráter altamente preconceituoso, como por exemplo mongolóide para síndrome de Down.

Por fim, suponha-se, ainda, que o protagonista e galã da próxima novela das oito tivesse semelhante lesão ocular e durante dezenas e dezenas de capítulos o termo "coloboma" fosse pronunciado exaustivamente, ganhando assim o gosto popular. Desse modo, quando algum indivíduo fora do campo dos especialistas utiliza um termo dotado de especificidade deve-se sempre investigar o que ele entende sobre o mesmo.

Os parágrafos anteriores permitem uma série de constatações:

1. A terminologia é caracterizada pelo fato de os elementos que a constituem serem unívocos, ou seja, a cada termo corresponder apenas um significado no universo de referência. Desse modo, a terminologia busca uma forma de comunicação compreensível e livre de ambigüidades.
2. A especificidade da terminologia é fundamental à organização do conhecimento de uma área, permitindo universalizar o objeto de interesse e a forma de investigação, bem como promover o acúmulo de evidências e a melhora da comunicação entre os profissionais.
3. Termos específicos não permitem metáforas ou comparações, diferentemente da linguagem leiga - por exemplo a mesma denomina por "vírus", tanto agentes infecciosos biológicos, quanto programas de computador de "infectam" em massa outros computadores, assim como fazem os primeiros com outros seres vivos.
4. A riqueza e a complexidade de um código terminológico é diretamente proporcional à profundidade da compreensão de determinado campo do conhecimento.
5. A compreensão parcial da terminologia resulta no uso dos termos com sentidos pessoais e inapropriados.

## A terminologia leiga e a terminologia em desuso

O consumo de álcool, tabaco e outras drogas é um comportamento antigo e conhecido de todos, mesmo entre os que não usam. Desse modo, há um grande número de termos leigos utilizados para caracterizar os incontáveis comportamentos, situações e apresentações relacionados a este.

Geralmente, os termos leigos dentro da linguagem formal procuram caracterizar os comportamentos relacionados ao consumo de substâncias de uma maneira mais técnica e isenta, porém, com menor especificidade terminológica - é o caso de "alcoolista", "alcoolismo", "embriagado", "sob efeito", etc. Há também os termos empregados tanto pela linguagem formal, quanto pela especializada - "usuário", "dependência", "abuso", "intoxicação" - apesar de a definição técnica ser sempre mais precisa do que a leiga.

Alguns termos, como "tóxico", "ébrio", "viciado", "alcoólatra" e "cocainômano", já foram termos considerados técnicos durante a transição para o século XX, mas caíram em desuso, por focarem essencialmente a presença do comportamento problemático do uso, enquanto o avanço do conhecimento sobre as substâncias psicoativas exigia termos mais precisos, pragmáticos, e capazes de retratar as várias dimensões do consumo; além disso, foram se tornando pejorativos, conforme se contaminavam pela terminologia leiga e seu modo moralista de abordar essa questão. Dentro desse mesmo grupo podemos encontrar ainda termos que já foram amplamente utilizados pelo jargão científico, mas hoje encontram-se restritos a alguns grupos, como é o caso de "toxicomania" ou "toxicômano" entre algumas sociedades psicanalíticas.



"Memórias de um morfômano", publicada em 1933, é o primeiro relato autobiográfico sobre a evolução do "vício" da morfina em língua portuguesa, escrito pelo lendário jornalista lisboeta Reinaldo Pereira, o Repórter X. Termos como morfômano e "opiômano" eram considerados tecnicamente corretos naquela época.

Por fim, os há os termos leigos coloquiais, de significado impreciso; esses são quase sempre utilizados de modo informal e na forma de gíria. Seu caráter, salvo quando utilizados pelos próprios usuários, é quase sempre pejorativo e preconceituoso. É o caso de "drogado", "bêbado", "de porre", "maconheiro", etc. A terminologia leiga de caráter coloquial deve ser banida de qualquer fórum de debate terapêutico e acadêmico, sendo seu uso considerado um sinal de ignorância e despreparo profissional.

Frete ao exposto nessa seção, é possível notar que a terminologia revela não só o ponto de vista, como também o grau de atualização sobre um referido tema. Terminologia requer precisão - a palavra ou expressão escolhida deve caracterizar prontamente uma idéia de forma bem delimitada e excludente, evitando qualquer confusão com outros objetos. Desse modo, aqueles que compreendem um termo pela metade, utilizam-no da mesma maneira. Esse mau uso durante uma interlocução, também denotará falta de conhecimento e preparo.

## A terminologia de AA / NA

Os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) possuem uma terminologia própria, elaborada e consagrada a partir da observação e da experiência dos mesmos no campo da dependência química desde os anos trinta. Desse modo, utilizam termos como "adicto", "limpo", "na ativa" e "codependência" com o intuito de descrever os fenômenos que consideram importantes para caracterizar e melhor ajudar os usuários.

Tais termos, apesar de cada vez mais familiares para os profissionais da saúde em geral, não possuem **validade científica** [vide o quadro **Método Científico**], ou seja, não foram testados cientificamente para se determinar qual o grau de extrapolação e generalização possível entre o que se observa dentro e fora do experimento. **Isso não significa que não sejam verdadeiros**, no sentido habitual do termo. Pelo contrário, o método de recuperação proposto pelos AA / NA tem eficácia cientificamente comprovada. Desse modo, a terminologia que o caracteriza e embasa certamente possui grande valor. O que não é possível estabelecer sem antes "validar" o conceito a partir de experimentos científicos, é a **precisão dos seus limites conceituais**.

Um exemplo do que foi discutido anteriormente é o termo "limpo", que a princípio quer dizer "livre do consumo de drogas", se equivalendo ao termo "abstinente". No entanto, alguns membros de AA / NA consideram "limpos" os livres de todas as drogas, aceitando, no entanto, o uso do tabaco e de medicamentos. Para outros, "limpo" é estar livre de todas as drogas, inclusive o tabaco, sem oposição aos medicamentos. Há os que consideram "limpos" apenas os que estão abstinente de todas as drogas e livres de qualquer medicamento. Por fim, há os "limpos" por tipo de droga - "estou limpo de cocaína e álcool, mas de vez em quando fumo maconha". Desse modo, é possível notar que a maioria dos que utilizam esse termo sabem que "estar limpo" é estar livre ou abstinente de uma substância psicoativa - especialmente daquelas que o fizeram procurar ajuda, mas falta precisão acerca do alcance e dos limites desse conceito, o que não o torna adequado para compor o jargão científico.

Por fim, os referenciais teóricos que norteiam a teoria de AA / NA possuem distinções em relação ao modelo científico de saúde pública, ainda que essas possam (e devam) ser complementares. Desse modo, visões diferentes produzem conceitos diferentes, ainda que próximos ou semelhantes. Nesse sentido, fossem os termos em questão idiomas, seria como tentar traduzir a expressão: "how old are you?" *ipsis litteris*: "quão velho é você?". Provavelmente o interlocutor conseguiria entender que alguém está lhe perguntando sua idade. No entanto, a pergunta "quantos anos você tem?" teria mais **validade** para a língua portuguesa; da mesma forma que perguntar "how many years do you have?" não soaria natural para um indivíduo de língua inglesa.

Resumindo, não se trata de disputar quem é o mais correto, mas sim de se familiarizar com o referencial terminológico de cada campo do conhecimento, especificando seus termos e conceitos, algo essencial para a sustentabilidade e verificabilidade de qualquer teoria. Sendo o Curso de Especialização em Dependência Química uma oportunidade de aproximação e compreensão da metodologia científica, o emprego correto dos termos que a caracterizam serão cobrados a todo o momento - nas discussões, apresentações de caso, e principalmente nas avaliações escritas e na monografia.

### A terminologia científica e a dependência química

As terminologias científicas são simples nomenclaturas enumerativas que delimitam um objeto de interesse de forma a permitir que seja captado dentro de sua máxima realidade possível [Oliveira, 2007]. No universo da ciência e da tecnologia hodiernas, com **multiplicidade de enfoques em diferentes áreas do conhecimento**, os intelectuais têm realçado e destacado a importância e a multifuncionalidade das **linguagens terminológicas** na geração da informação e gestão do conhecimento para que esse possa ser compreendido e utilizado de forma multidisciplinar." [Faria, 2006] [negritos do coordenador desse curso] A dependência química é uma área do conhecimento estruturada a partir da contribuição de inúmeras outras, fazendo com que sua terminologia científica possua diversas origens. A relacionada aos critérios diagnósticos do uso nocivo e da dependência, que compõe as Classificações Internacionais, como o CID-10 e o DSM-IV é essencialmente médica. Já as contribuições para a construção dos conceitos de "motivação e prontidão para a mudança", bem como dos relacionados à "teoria da prevenção da recaída" são originários da Psicologia. Do campo das Ciências Sociais, vêm os conceitos de "subculturas do consumo de substâncias psicoativas", de "rotulação" e todos os conceitos que embasam as teorias de aprendizado e controle social. No entanto, o método para investigar e validar tais terminologias é sempre científico

[vide ao lado o quadro **Método Científico**]

### Códigos de classificação internacionais

Os códigos de classificação internacionais mais conhecidos, são o **Código Internacional de Doenças (CID-10)**, atualmente em sua décima edição, e o **Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-IV)**, esse em sua quarta edição. A Organização Mundial da Saúde (OMS) começou a construir o CID no início do século XX, sendo que a primeira categorização para transtornos mentais apareceu na quinta edição, em 1938. Quinze anos depois, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) lançou o DSM.

## CONCEITO BÁSICO

### MÉTODO CIENTÍFICO

Um conjunto de regras básicas para desenvolver uma experiência a fim de verificar ou produzir conhecimento.

#### ETAPAS:

##### FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Algum fenômeno (variável) que chama a atenção do pesquisador, sendo que as evidências disponíveis impossibilitam sua compreensão de modo satisfatório.

Iniciar o uso de álcool antes dos quinze anos aumenta o risco de problemas com bebida na idade adulta?

##### FORMULAÇÃO DA HIPÓTESE

Dedaração que antecipa a relação entre as duas variáveis - no caso "início do consumo antes dos quinze anos" e "problemas na idade adulta". Há uma resposta antecipada e plausível para essa relação?

Componentes para a formulação de uma hipótese com validade científica: (1) consistência lógica, (2) verificabilidade, (3) simplicidade, (4) relevância, (5) apoio teórico, (6) especificidade, (7) ousadia e (8) originalidade.

O consumo antes dos quinze anos aumenta a chance de uso problemático de álcool na idade adulta.

##### TESTE DA VALIDADE DA HIPÓTESE, POR MEIO DE ESTUDO CONTROLADO E REPLICÁVEL POR OUTROS PESQUISADORES

Para isso, diversas questões metodológicas precisam ser contempladas, tais como os procedimentos de coleta de dados utilizados, os instrumentos de investigação, o universo da pesquisa (amostragem), tabulação dos dados, métodos de análise, etc

Todos os estudantes de uma universidade (n=5473 alunos) foram entrevistados, utilizando-se uma entrevista estruturada acerca do histórico do uso de álcool e da surgimento de problemas relacionados a esse. Também foram aplicadas escalas para dependência e outros transtornos psiquiátricos. Métodos estatísticos foram utilizados para analisar se havia uma diferença significativa entre os índices de problemas relacionados ao álcool entre os que iniciaram o consumo de álcool antes e depois dos quinze anos.

##### ANÁLISE DOS RESULTADOS & CONCLUSÕES

O desenvolvimento da pesquisa tratará de confirmar ou refutar a hipótese. A interpretação dos resultados e as conclusões, aumentarão o conhecimento sobre o assunto e possibilitarão a formulação de novas hipóteses, aprofundando e ampliando o campo de conhecimento sobre o referido fenômeno.

A prevalência de problemas relacionados ao uso de álcool foi significativamente maior entre os estudantes que iniciaram o consumo dessas bebidas antes dos quinze anos, confirmando a hipótese da existência de uma relação entre ambos.

#### ASSISTA: **O MÉTODO CIENTÍFICO**

by O MUNDO DE BEAKMAN \* SONY PICTURES

#### ASSISTA: **O MÉTODO CIENTÍFICO FÁCIL DE ENTENDER**

by Peter Hadfield & Photoler54 | tradução & legendas: **Biscoito 1r**

#### SETE EPISÓDIOS

#### ASSISTA: **LUZ, TREVAS E O MÉTODO CIENTÍFICO**

by DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA MÉDICA |

LABORATÓRIO DE BIOENERGÉTICA \* UFRJ

#### POWERPOINT

#### LEIA: **PROBLEMA E HIPÓTESES DE PESQUISA**

by GUANIS DE BARROS VILELA JÚNIOR \* UNIMEP | PIRACICABA

#### POWERPOINT

#### LEIA: **METODOLOGIA CIENTÍFICA**

by WILLIAM COSTA RODRIGUES \* FAETEC / IST | RIO DE JANEIRO

Ao longo dos últimos cinquenta anos, ambos os códigos se aproximaram do ponto de vista metodológico. No que se refere aos transtornos relacionados ao uso de substância psicoativas, tanto o CID, quanto o DSM utilizaram o conceito de **síndrome da dependência do álcool**, de Edwards & Gross, extrapolando-o para todas as substâncias psicoativas.

Assim, nota-se conceito atual de dependência é descritivo, o que lhe confere objetividade, facilitando o trabalho diagnóstico do profissional da saúde. São características das classificações atuais: o **ateoricismo**, ou seja, os transtornos foram organizados a partir dos sinais e sintomas que o caracterizam, sem se preocupar com a causa, que pode ser explicada posteriormente, dependendo da linha teórica de cada um. Desse modo, termos como "neurose" foram abolidos das classificações; a **descrição sistematizada** tem o propósito de uniformizar e detalhar as descrições, melhorando a comunicação entre os profissionais; todos transtornos estão organizados a partir de um conjunto de critérios diagnósticos; por fim, a **avaliação multiaxial**, ou seja, organizada por eixos. Isso ficou bem estabelecido no DSM.

Desse modo, ao fazer uma comunicação científica acerca da avaliação psiquiátrica de um paciente, o profissional apresenta inicialmente os achados do **Eixo I**: as síndromes clínicas, as doenças mentais em si; em seguida, o **Eixo II**: os transtornos de personalidade e o retardo mental; o **Eixo III** se refere as condições médicas gerais; o **Eixo IV**, a presença de estressores sociais; e o **Eixo V**, o funcionamento global do indivíduo.

### Objetivos

- (1) Apresentar os critérios diagnósticos em voga, explicando ao corpo discente sua estrutura e principais categorias.
- (2) Discutir a importância de se conhecer e dominar a terminologia científica da dependência química.
- (3) Chamar a atenção do corpo discente para a existência de termos anacrônicos e de termos inadequados, provenientes da linguagem coloquial e repletos de referências morais.
- (4) Mostrar a importância de não se misturar terminologias durante eventos formais e acadêmicos.

### Leitura para discussão em classe:

**RIBEIRO M.** Resenha sobre a Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10 [artigo não publicado] 2005.

**RIBEIRO M.** Resenha sobre o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV [artigo não publicado] 2005.

### Leitura para consulta:

**OMS.** Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: ARTMED; 1993.

**APA.** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV. Porto Alegre: ARTMED; 1994.

**OMS.** Glossário de Álcool e Drogas. Brasília: OMS/SENAD; 2006.

**DISPONÍVEL ONLINE**

## GLOSSÁRIO

Termos de significado impreciso encontrados, cujo emprego não é recomendado pela Organização Mundial da Saúde - OMS.

**adição a droga ou a álcool | adicto** : Adicção, cujo usuário é designado como um *adicto*, é um termo antigo e de uso variado. É considerado por muitos como uma entidade nosológica específica, um transtorno debilitante baseado nos efeitos farmacológicos da droga, implacavelmente progressivos. De 1920 a 1960 houve tentativas para se diferenciar adicção de "hábito", uma forma menos grave de adaptação psicológica. Nos anos 1960 a Organização Mundial da Saúde recomendou que ambos termos fossem abandonados em favor de dependência, que pode existir em vários graus de gravidade. **beber excessivo** : Um termo, não recomendado atualmente, para se referir a um padrão de beber considerado como excedendo as normas de um beber moderado ou aceitável. Beber prejudicial é um termo equivalente em uso atualmente. **beber moderado** : Um termo impreciso para um padrão de beber que implicitamente se contrapõe ao beber intenso. Significa beber quantidades moderadas e que não causam problemas. **beber social** : Literalmente, beber em companhia de outras pessoas, em contraposição a beber desacompanhado. | Frequentemente usado de maneira imprecisa para indicar um padrão distinto do beber problemático. **ebriedade** : O estado da pessoa intoxicada. O termo usualmente implica um padrão habitual de embriaguez, mas já foi usado em situações nas quais hoje seriam empregados alcoolismo ou dependência de álcool, o que implica uma doença. Junto com ébrio (uma pessoa em estado de ebriedade), ebriedade foi um termo padrão, no final do século 19, para intoxicação habitual, e permaneceu em uso até os anos 1940. **habituação** : O fato de tornar-se acostumado a qualquer comportamento ou condição, inclusive o uso de substâncias psicoativas. No contexto de drogas, o termo tem a conotação de dependência. Em 1957, uma Comissão de Peritos da OMS diferenciou habituação a drogas de adicção a drogas, com base na ausência de dependência física, no desejo ao invés de compulsão para tomar a droga e da pouca ou nenhuma tendência a aumentar a dose (veja tolerância). Em 1964, outra Comissão de Peritos da OMS substituiu ambos termos por dependência de drogas. **uso recreativo** : O uso de uma droga, em geral ilícita, em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicação com dependência ou outros problemas. Esta expressão não é aceita pelos que definem o uso de qualquer droga ilícita como um problema. | Compare com beber social.

LEIA O **GLOSSÁRIO DE ÁLCOOL E DROGAS** NA  
**ÍNTegra. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE \* 2006**

## Capítulo de livro

# Controvérsias sociais, científicas e médicas na definição de dependência do álcool e das drogas

Thomas F. Babor

Capítulo extraído do livro "A natureza da dependência de drogas", de Griffith Edwards, Malcolm Lader e colaboradores. Porto Alegre: ARTMED; 1994.

Quando eu uso uma palavra, ela significa apenas aquilo que eu escolhi que o significasse - nem mais, nem menos. Humpty - Dumpty

Se você quer falar comigo, você precisa definir os seus termos. Voltaire

Poucas pessoas discordarão da convicção de Humpty - Dumpty de que o significado de uma palavra está quase sempre muito claro para a pessoa que fala. O problema com essa afirmativa, como Voltaire quer dizer, é que o sentido dado a uma palavra por aquele que fala não é sempre o sentido inferido por aquele que ouve. Tal é a tirania das palavras e a força liberadora das definições.

As palavras têm sentido em virtude de suas definições, através do seu uso preciso ou ambíguo, verbal ou conceptual, racional ou intuitivo. As definições, como as palavras, têm muitas funções, características e implicações. Este ensaio discutirá

## A NATUREZA DAS DEFINIÇÕES

Como as palavras são a melhor forma de analisar a tentativa das outras pessoas de definir a dependência, é lógico que se inicie com algumas definições importantes dos termos a serem usados. Paraphraseando uma afirmativa retirada de Jellinek (1960) em suas "Notas sobre Terminologia", se revisa a história das definições, deve-se concluir que há mais

definições das definições do que há definições de que estão desencorajados acerca da quantidade de definições em seu campo, tornando a tarefa deste ensaio infinitamente complexa. Alternativamente, a multiplicidade de formas de definir uma definição pode prover as formas de abordar os assuntos mais importantes que envolvem a definição de dependência. Especificamente, qual é a função das definições? Como elas podem ser avaliadas, quanto a sua efetividade, como instrumentos de comunicação, e como elas se tornam imbuídas dos sentidos intencionados pelas pessoas que estão definindo?

Uma amostragem representativa das várias definições que se encontram num dicionário acerca de definição podem ser resumidas como se segue:

- (1) *uma palavra ou frase que expressa a natureza essencial de uma pessoa ou coisa: uma resposta à questão "o que é x";*
- (2) *uma determinação da natureza real de uma espécie através da indicação tanto do gênero que inclui como das diferenças específicas e dos marcadores que as distinguem;*
- (3) *uma afirmativa acerca do significado de uma palavra.*

O primeiro sentido de definição tem sido denominado de definição formal, aquele que expressa na natureza e as características essências de uma coisa. Conforme Emmanuel Kant, uma definição formal não apenas esclarece um conceito, mas ao mesmo tempo estabelece a sua realidade objetiva. As definições formais destinam-se a estipular claramente o sentido dado a uma interpretação e às aplicações de um termo que se segue a certas convenções que definem. Estas incluem evitar-se as características negativas ou irrelevantes (por exemplo, "dependência consiste em ausência de controle sobre uso de drogas"), com exclusão de linguagem figurativa, circular e ausência de uma mera classificação.

Uma segunda definição consiste numa reflexão da propensão aristotélica de especificar uma categoria através da lista de características que os indivíduos precisam possuir para ser membros daquela categoria. Esta definição extensional é melhor exemplificada

através das regras de diagnóstico encontradas em tais sistemas de classificação, com o os critérios de Feighner (Feighner ET AL., 1982) e de Diagnostic and Statistical Manual of The American Psychiatric Association (1980).

O terceiro tipo de definição tem sido denominado de definição nominal ou costumaria. Aqui, o significado de um conceito é formulado em palavras mais familiares do que o termo técnico original, ou a definição acrescenta palavras que não revelam característica essencial do fenômeno. As definições costumarias freqüentemente apresentam uma longa história e às vezes incorporam costumes verbais discutíveis.

Não são todos os autores de dicionário que apreciam a necessidade de precisão na definição de termos e nos usos das palavras. Ambrose Bierce (1941) definiu a palavra dicionário como "um recurso literário malevolente para impedir o crescimento de uma linguagem, tornando-a dura e inelástica". No léxico de Bierce, as definições apresentam uma forma de impor restrições acadêmicas e até mesmo dogmáticas à natureza da linguagem, o que é freqüentemente usado para comunicar mais aquilo que a gente sabe, do que aquilo em que a gente acredita. Com respeito a termos como dependência, que incluem sinônimos tais como adição e alcoolismo, pode ter algum valor a escolha do significado de palavras tomando por base suas conotações, bem como suas denotações; seus bons, bem como seus dignificados. Além disso, a linguagem e a comunicação são instrumentos sociais que provavelmente serviram à evolução dos seres humanos, tão bem como à lingüística e à semântica.

Especificar a natureza essencial, classificar fenômenos em categorias úteis e comunicar consensualmente validando os sentidos sociais, eis as três maiores funções das definições. Algumas definições, tais como as nominais e as costumarias, servem fundamentalmente a uma função sintática. Elas especificam regras de uso cuja função é governar a substituição de uma palavra (por exemplo: dependência física), por alguma outra palavra (por exemplo: adição) ou conjunto de palavras (por exemplo: um estado fisiológico de adaptação a uma droga). Essa função sintática pode ser preenchida mesmo quando a expressão que está sendo definida não apresenta

uma relação simples ou direta com os fatos não lingüísticos, como quando Peele (1985) define adição como “envolvimento patológico esmagador” (p.26). Dentro da dimensão semântica de significado, porém, as definições preenchem a distância que existe entre as palavras e as coisas. Aqui a palavra definida vem a significar estímulos, objetos num mundo em volta de nós. Pela especificação, as definições escritas para preencher as funções semânticas tornam possível a verificação através da busca de referenciais empíricos.

Como o falar errado frequentemente conduz ao entendimento errôneo, há uma importante necessidade de regras de definição que possam funcionar como normais ou critérios de correção para avaliar as definições do ponto de vista da sua propriedade e de sua utilidade. O dilema de analisar definições é de que as diferentes funções de uma definição frequentemente não estão claras, e, às vezes, definições que são esperadas para servir a um propósito servem a outro, para o qual não foram designadas. Controvérsias surgem quando as definições designadas para servir a um propósito (por exemplo: classificar pessoas cuja doença está relacionada ao uso de drogas) são avaliadas através de regras apropriadas para outros tipos de definições (por exemplo: explicar a natureza essencial da dependência).

Boas definições estreitam a discrepância que existe entre os fatos e as palavras através de julgamentos lógicos acerca da relevância da evidência empírica. Uma boa definição de dependência deve ser algo com qual seja conveniente trabalhar, geralmente útil para algum propósito prático, permitindo inferências válidas acerca de causas subjacentes, predizendo comportamentos futuros e facilitando a comunicação entre cientistas, clínicos, pessoas definidas como dependentes e o público geral. Isso não significa que haja apenas uma definição de dependência útil a todos esses propósitos. No campo das adições, as definições de dependência têm sido propostas por cientistas biomédicos, médicos clínicos, críticos sociais, pacientes em tratamento e pelo público em geral. No decorrer deste ensaio, esses diferentes tipos de definições serão revistos a fim de que se possa identificar as controvérsias sociais, médicas e científicas que, devido a sua natureza crítica devem ser resolvidos antes que qualquer progresso seja feito

no entendimento e na conceitualização da dependência.

## DEFINIÇÕES POPULARES E COSTUMÁRIAS DE DEPENDÊNCIA

A palavra dependência se origina de inglês medieval e mais remotamente do termo em latim “pendere”, significando “algo que está seguro”. Quando aplicada ao uso de substâncias psicoativas, a palavra é usada como um substantivo, um adjetivo e um verbo intransitivo. Sua definição mais comum é qualidade ou estado de ser influenciado, estar condicionado estar necessitado de algo ou alguém mais quando este “alguém mais” é outra pessoa, a dependência implica um estado de estar dependente, subordinado a outro. Na análise cultural a semântica do conceito de dependência, Blankfiel (1977) identifica usos que implicam relações interpessoais normais (por exemplo: as dependências das crianças de seus pais); ligações patológicas a pessoas, objetos e substâncias; e relações terapêuticas entre um paciente e um alguém que cure. A dependência também tem sido vista como um traço de personalidade quando consiste numa característica exagerada de um indivíduo. As conotações de personalidade depende vão desse algo neutro até algo pejorativo nas diferentes culturas. Os escritores asiáticos sublinham os comportamentos de dependência como normais, enquanto a literatura psicológica ocidental dá um sentido pejorativo para a palavra, talvez devido ao valor colocado na independência, no individualismo e na liberdade. Esta conotação pejorativa é particularmente forte nas concepções populares acerca dos transtornos de uso de substâncias. Por exemplo, os alcoólatras são tipicamente considerados, nas pesquisas de opinião pública, como pessoas às quais falta força de vontade e responsabilidade em relação sua própria condição, mesmo quando a dependência individual é rotulada como uma doença (Caetano, 1987).

O sentido popular de dependência tem sido afetado pela tendência a adotar um uso popular de termos como abuso de substâncias, dependência química, adição e alcoolismo. Esses termos são frequentemente usados de forma

intercambiável com dependência e tendem a ter conotações menos pejorativas do que as palavras como bêbado ou “dopado”. A natureza dinâmica do uso popular com respeito a drogas e álcool é talvez melhor ilustrada pela curiosa ascendência dos termos abuso de álcool, abuso de drogas e abuso de substâncias.

O abuso de álcool foi recentemente definido de forma bastante pejorativa por uma importante autoridade no processo de mistura do uísque Seagram’s Seven Crown com raiz amarga. Apesar do aparente absurdo da definição, há um ponto importante implícito na metáfora, aquele que significa que o abuso de álcool consiste num mau uso do álcool. O que o termo claramente implica é o mau uso do eu ou self ou da sociedade em vista do uso inapropriado do álcool. Enquanto essa conotação parece ter ganho aceitação nos últimos anos, objeções têm surgido de várias fontes acerca da conotação negativa associada geralmente à palavra abuso. Um comitê de especialistas da Organização Mundial da Saúde (Edwards et al., 1981) considerou o termo abuso de álcool como algo não científico e pejorativo, enquanto que Keller (1982) denominou-o de um tanto vingativo. O termo apareceu de forma infrequente na literatura americana anterior a 1970, quando parece ter sido canonizado pela legislação federal que criou o U.S National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Em sua breve aparição no dicionário da adição, o abuso de álcool tem sido usado para conotar alcoolismo, dependência ao álcool e intoxicação pelo álcool, bebedores pesados, bebedores problema ou qualquer ingesta de álcool que envolva desaprovção (Keller, 1982). Somente quando o termo foi adotado como rótulo para uma categoria diagnóstica formal pela American Psychiatric Association (1980) é que se fez uma tentativa para desenvolver uma definição operacional baseada em critérios específicos e observáveis. Como esse uso mais refinado do termo não teve aceitação ampla, o abuso de álcool permanece como algo que não está estandardizado, recebendo conotações de valor altamente relativo quando empregado tanto na literatura popular quanto profissional.

Uma etimologia paralela ocorreu com respeito ao termo “abuso de drogas” e a sua forma mais genérica “abuso de

drogas" e a sua forma mais genérica "abuso de substâncias". Este último termo foi recentemente banido do vocabulário do U.S. Departamento of Health and Human Services pelo Secretário Otis Bowen do HHS (Bulletin on Alcohol POLICY, 1987). O "abuso de substâncias", ele afirmou, "diminui a atenção pública aos aspectos relacionados ao álcool". Portanto, o HHS usará o termo "abuso de álcool e de outras drogas".

As definições populares e costumárias de dependência e palavras semelhantes desenvolveram-se concomitantemente à literatura médica e científica. Se o sentido popular de dependência implica uma condição médica ou um problema psicológico, os indivíduos assim definidos podem ser vistos como sendo menos responsáveis pelos seus comportamentos. Apesar de essas palavras terem substituído termos mais pejorativos no uso popular, não está claro se as definições por si só persuadiram o público em geral ou os membros das famílias dos indivíduos cognominados dependentes a ver o uso crônico de substâncias de uma forma diferente.

## DEFINIÇÕES MÉDICAS

O modelo médico da dependência baseia-se na suposição de que a dependência consiste numa entidade nosológica distinta e progressiva, possuindo origens físicas e/ou manifestações desse tipo e necessitando de tratamento médico para que seja propriamente conduzida (Siegler et al., 1984). A Associação Mundial de Saúde e da Associação Psiquiátrica Americana em seus esforços para definir o alcoolismo e a adição a drogas como condições psiquiátricas sob a égide do termo dependência. Embora as recentes definições médicas de alcoolismo e de dependência a droga têm enfatizado a natureza progressiva e as características sindrômicas desses transtornos, tais definições repousam fortemente sob a enumeração das conseqüências biomédicas associadas ao uso do álcool.

O alcoolismo foi pela primeira vez declarado como uma doença pela AMA em 1966, enquanto a adição a drogas foi definida de forma mais ambígua como

"uma condição médica". A adição a drogas finalmente juntou-se à dependência ao álcool como uma entidade nosológica reconhecida em virtude da definição proposta em 1988. Uma resolução formal endossou a proposição de que "todas as dependências à droga, incluindo alcoolismo, são doenças e que o seu tratamento é parte legítima da prática médica"

As razões para essa decisão foram as de criar uma consciência nos médicos e nos outros profissionais da área de saúde, que possam não ter visto a dependência de drogas da mesma forma como encaravam a dependência ao álcool. A intenção foi a de aumentar os esforços para promover tratamento às pessoas que possam de outra forma não ter sido consideradas candidatas para isso. A decisão da AMA também teve a intenção de influenciar uma cobertura de seguro-saúde para o tratamento de reabilitação dos drogaditos.

Um conjunto semelhante de motivos foi reconhecido pelo American College of Physicians (1985) em sua definição de "dependência química". Esse termo se refere à "dependência física e psíquica de uma substância química e compreende o alcoolismo e a adição a drogas". Essa definição inclui elementos das definições nominais, extensional e formal. O artigo que apresenta tal definição segue esclarecendo que a dependência química é uma doença, sublinhando o papel do médico e a sua responsabilidade no tratamento da dependência.

As definições médicas tendem a ser do tipo extensional em vez do tipo formal, sendo seu propósito primário mais o de incluir o fenômeno da dependência dentro da visão médica do que o de especificar a natureza e as características essenciais da dependência. De fato, definições de dependências que se baseiam nesta noção de doença têm sido criticadas pelos sociólogos, em parte, devido a uma tendência a "medicalizar" os problemas humanos que possuem origens sócio-econômicas em vez de pessoais (Hills, 1980).

Uma indicação de status atual das definições médicas pode ser encontrada num relato recente que lida com o esclarecimento e a estandardização da terminologia relacionada ao abuso de

substância (Rinaldi ET al., 1988). Esse relato descreve os resultados de uma pesquisa que envolvia tanto pesquisadores quanto clínicos, administradores e acadêmicos e que foi realizada pela Associação Médica Americana. Reconhecendo que existe uma variedade de termos e de definições no uso atual (em parte devido ao fato de que os diferentes termos passam a ser favorecidos por grupos profissionais em particular), o grupo da AMA encarregado deste assunto argumentou que a falta de definições precisas e de uma concordância universal acerca da linguagem tem impedido a comunicação efetiva entre os profissionais, impedindo também respostas apropriadas, especialmente com respeito a decisões acerca do reembolso pelo tratamento, da parte do governo e das companhias privadas de seguro. Usando um instrumento de 4 estágios de tipos de Delphi e avaliando os médicos, os outros profissionais de saúde e familiares de pessoas com transtornos do uso de substâncias, o grupo de trabalho identificou a seguinte definição de dependência como representativa do consenso estatístico de um grupo interdisciplinar de especialistas, acerca do uso de substâncias. Dependência (de drogas): um termo genérico que se relaciona à dependência física ou psicológica, ou a ambas. É característica para cada classe farmacológica de drogas psicoativas. Uma perda de controle sobre o comportamento de uso de drogas fica implícito.

É interessante notar que a definição subsequente desse grupo de trabalho acerca da dependência física e psicológica está em acordo com a distinção que se encontra no ICD-9 entre os estados fisiológicos de adaptação, caracterizado pelo sintoma de tolerância e abstinência (dependência psicológica). Também é importante sublinhar que as definições desse grupo de trabalho, com relação aos termos que são envolvidos na adição de drogas e alcoolismo, compreendem uma noção ampla de conseqüências físicas, sociais e psicológicas, portanto, colocando a dependência como uma condição específica que é vista mais como uma causa do que uma conseqüência de um controle prejudicado no uso das substâncias.

# FORMULAÇÕES PSIQUIÁTRICAS E PSICOLÓGICAS

As definições psiquiátricas e psicológicas afirmam que a dependência consiste primariamente numa doença mental, um transtorno do comportamento ou, em alguns casos, um sintoma de uma doença mental subjacente. Essas definições têm sido formuladas primariamente dentro de um contexto de três orientações profissionais: saúde pública, psiquiátrica e psicológica.

A intenção de muitas delas é a de permitir a classificação de indivíduos que usam substâncias psicoativas conforme as nomenclaturas estandardizadas tais como a Classificação Internacional de Doenças (ICD) ou o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) da American Psychiatric Association. Essas classificações diagnósticas são usadas com propósitos estatísticos e epidemiológicos além de terem um papel na justificativa do tratamento psiquiátrico.

## Formulações de Saúde Pública

Desde sua introdução após o término da Segunda Guerra Mundial, a OMS tem desempenhado um papel fundamental na formulação de definições de saúde pública de alcoolismo, adição e dependência. Desde 1950, uma série de comitês de especialistas patrocinados pela OMS tem discutido os assuntos relacionados à classificação e nomenclatura. Por exemplo, em sua primeira definição formal, o subcomitê de alcoolismo da OMS definiu os alcoólatras amplamente como:

aqueles bebedores excessivos cuja dependência do álcool atingiu tal grau que mostra um transtorno mental observável ou uma interferência em sua saúde corporal e mental, em suas relações interpessoais e em seu funcionamento social e econômico, ou aqueles que demonstram sinais prodrômicos de tais desenvolvimentos (OMS,1952).

Esses "bebedores excessivos" foram definidos mais rigorosamente como qualquer tipo de usuário de álcool que ultrapassa o uso dietético costumeiro ou a conformidade com os costumes sociais de uma determinada comunidade em relação à bebida. Como Seelev(1959)

apontou, essa definição está formulada em termos relativos em vez de em termos absolutos e sublinha os aspectos sociológicos em vez dos aspectos físicos da dependências. Parece, portanto, limitada em termos de sua utilidade na pesquisa biológica e para a classificação psiquiátrica. Sem dúvida nenhuma, devido á imprecisão dessa definição, o Comitê de Especialistas em Álcool e Alcoolismo de 1955 não sublinha a importância dos critérios físicos, especificando que o alcoolismo consiste numa doença crônica caracterizada por um transtorno fundamental do sistema nervoso que se manifesta em nível comportamental por um estado de dependência física, As formas principais dessa dependência são ou a incapacidade de parar de beber antes de o estado de intoxicação ser atingido, ou a incapacidade de se abster de beber devido ao aparecimento recorrente de sintomas de abstinência (OMS,1955a,b).

As definições da OMS são consistentes com a classificação do alcoolismo(Código 303) no ICD-8 sob "Transtornos mentais ou Outros Transtornos Mentais Não Psicóticos" Ai o alcoolismo foi usado, seguindo a definição de 1952, como uma categoria genérica que inclui a sub categoria de bebedores excessivos episódicos ( uso excessivo periódico); bebedores excessivos habituais ( continuam a beber em excesso) e adição a álcool ( dipsomana, alcoolismo crônico, etilismo crônico). A adição a álcool foi usada em sentido específico na definição de 1955:

um estado de dependência física e emocional que ocorre pelo consumo de álcool descontrolado, regular ou periódico, pesado, durante o qual a pessoa experimenta uma compulsão ao beber. Ao cessar a ingestão de álcool ocorrem sintomas de abstinência que podem ser severos (OMS, 1974).

Uma nota de pé de pagina ao glossário de 1978 indica uma mudança na terminologia da OMS que iria se refletir na revisão seguinte da definição de alcoolismo da OMS. Apesar de ainda estar classificado sob "outros transtornos mentais não psicóticos", o ICD-9 deixou de lado o termo alcoolismo, favorecendo o de síndrome de dependência do álcool (SDA), definida como:

um estado psíquico e usualmente também físico, resultante da ingestão de álcool,

caracterizado por respostas comportamentais e de outro tipo que sempre incluem uma compulsão à ingestão de álcool de forma contínua ou periódica para experimentar seus efeitos psíquicos e às vezes para evitar o desconforto de sua ausência; a tolerância pode ou não estar presente (OMS,1978).

O conceito de síndrome de dependência no ICD-9 foi algo prematuro, porque os alicerces teóricos estavam aianda em processo de evolução durante a década de 1970. Esse processo foi iniciado em 1976 pelo grupo Steering da OMS que se dedicou principalmente ao estudo das definições e às medidas de incapacidade relacionadas ao álcool (Edwards et al., 1977). No centro dessa abordagem do alcoolismo feita pela OMS está o conceito de síndrome de dependência, que se distingue de incapacidades relacionadas ao álcool ( Edwards et al., 1976, 1977, 1981). A síndrome de dependência é vista como um grupo inter-relacionado de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. As incapacidades relacionadas ao álcool, por outro lado, consistem em disfunções físicas, psicológicas e sociais que se seguem direta ou indiretamente ao uso excessivo da bebida e da dependência.

Como esta revisão rápida indica, houve uma considerável alteração na abordagem da OMS com respeito ao alcoolismo desde 1950. Embora permaneça um grande número de similaridades entre o conceito atual de síndrome de dependência e seus antecessores, houve uma mudança de ênfase da idéia unitária de "alcoolismo" para uma agregação mais heterogênea de problemas relacionados ao álcool, em trono de uma definição mais precisa do que seja fundamental na dependência.

Uma evolução similar de termos e definições teve lugar na OMS em relação á classificação dos transtornos que resultam do uso de drogas. Por exemplo, em 1964, o Comitê de Especialistas em drogas que produzem adição, pertencente á OMS, recomendou a substituição do termo dependência por adição e chamou a atenção para as diferenças entre dependência psíquica e física. No momento da 9ª. Revisão da Classificação Internacional das Doenças, tanto os aspectos físicos como os psicológicos uniram-se sob a definição de dependência de drogas que foi virtualmente idêntica à definição de

dependência de drogas que foi virtualmente idêntica à definição de dependência de álcool.

### Formulações Psiquiátricas

Critérios diagnósticos específicos vieram a desempenhar papel principal na standardização da terminologia em psiquiatria. Critérios diagnósticos como definição de dependência de álcool e de drogas têm sido sublinhados por considerações práticas, tais como a necessidade de uma melhor comunicação entre os clínicos, pesquisadores e o público em geral. Outro impulso tem vindo da necessidade recente de regras objetivas de decisão para categorizar as pessoas por razões legais, médicas e psiquiátricas. A tendência para a formulação de critérios diagnósticos formais emergiu nos últimos 20 anos e tem sido fortemente influenciada por um grupo de pesquisadores ligados a Wadlington University School of Medicine. Uma etapa fundamental consistiu na publicação dos critérios de classificação para os transtornos de uso de substâncias adotados pela American Psychiatric Association (APA) na 3ª edição de seu Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III). As razões dos critérios diagnósticos do DSM-III podem ser buscadas através de uma série de estudos clínicos e de trabalhos de revisão publicados pelo Departamento de Psiquiatria da Washington University (Guze et al., 1962; Feighner et al., Robins, 1981). Inicialmente, Guze et al. (1962) introduziram a noção de combinação de problemas, conseqüências e comportamentos patológicos associados ao uso de substâncias em categorias múltiplas de sintomatologia, e qualquer combinação destas qualificaria o paciente para um diagnóstico positivo de alcoolismo ou de dependência de drogas.

Em contraste com as edições prévias do DSM, o alcoolismo e a dependência de drogas no DSM-III estão agora incluídos em categorias separadas em vez de numa subcategoria dos transtornos de personalidade. Refletindo uma tendência em direção a uma precisão semântica maior, preferiu-se o termo "dependência" a termos mais genéricos como "alcoolismo" ou "adição". As categorias separadas de "abuso de álcool" e "abuso de drogas" foram acrescentadas para permitir uma diferenciação maior. A

dependência foi distinguida do abuso pela presença de sintomas de tolerância ou de abstinência.

As definições de dependência e abuso do DSM-III não faziam pressuposições acerca da etiologia. Nem elas deram muito peso às complicações médicas não cerebrais associadas ao abuso de substâncias. Em vez disso, o DSM-III adotou um conceito comportamental do abuso

(uso de padrões patológicos e de prejuízo social) e um conceito biocomportamental de dependência (uso patológico, prejuízo social, tolerância ou abstinência). Ao remover o uso de substâncias de uma categoria mais ampla de transtornos da personalidade e ao remover as complicações médicas dos grupos maiores de critérios aceitáveis, o DSM-III eliminou algumas das pressuposições psicológicas e biológicas de maior importância, inerentes em muitas das definições de adição e alcoolismo.

Como parte do programa continuando da APA acerca da nomenclatura e da classificação, um grupo de alterações foi recentemente introduzido em toda a seção sobre Transtornos do Uso de Substâncias do DSM-III (American Psychiatric Association, 1987). As modificações mais importantes envolvem a alteração da categoria do abuso e um modelo dimensional da dependência que mais proximamente se parece com o conceito de síndrome de dependência do álcool e das drogas OMS. Significativamente, as conseqüências médicas e sociais, tanto na intoxicação aguda como crônica, não estão entre os critérios diagnósticos primários.

### Formulações Psicológicas

As formulações psicológicas de dependências, como revisado anteriormente nas definições da OMS e da APA, geralmente indicam que a dependência consiste num transtorno mental ou comportamental, cujas origens são tanto ambientais quanto fisiológicas. As três definições que transmitem a variedade de abordagens psicológicas da dependência são aquelas propostas pelos psicanalistas, pelos behavioristas e pelos teóricos das interações familiares.

Num modelo psicanalítico, a dependência é vista como um sintoma de algum conflito psicológico subjacente ou um tipo de personalidade pré-alcoólica. As definições comportamentais, por outro lado, enfatizam as condições do ambiente que iniciam e mantêm o comportamento de bebedor, evitando pressuposições acerca de causas físicas ou psicológicas para esse processo mórbido. Os teóricos das interações familiares definem a dependência como uma doença familiar, dando ênfase primária aos relacionamentos interpessoais da pessoa que usa álcool ou droga. Em uma formulação recente (Cermak, 1986), o conceito de "co-dependência" foi introduzido para representar um tipo reconhecido de traços de personalidade (tal como negação, emoções restritas e depressão), predizivelmente encontrados na maioria dos membros das famílias que apresentam uma pessoa dependente quimicamente, e que são capazes de criar uma situação disfuncional para lhe ser atribuído um diagnóstico pelo DSM-III de transtorno de personalidade mista. Conforme seus autores, essa definição tende a servir três funções:

- (1) legitimar os sentimentos dos membros da família (função didática);
- (2) servir como um conceito organizacional útil para os clínicos (função conceitual);
- (3) permitir a classificação como doença (função médica).

## DEFINIÇÕES CIENTÍFICAS

As definições científicas de dependência têm sido formuladas usando-se critério "operacional" a fim de facilitar a pesquisa experimental e o discurso acadêmico. Duas tradições que ilustram a gama de definições científicas de dependência são aquelas da psicologia cognitiva comportamental e da farmacologia comportamental. As abordagens cognitivo-comportamentais da definição de dependência têm sido trabalhadas recentemente (Nathan, 1981; Pattison et al., Pattison e Kaufman, 1982) como alternativa ao que veio a se chamar "conceito tradicional de doença", isto é, a noção de que a dependência consiste numa entidade nosológica

dependência de drogas que foi virtualmente idêntica à definição de dependência de álcool.

### **Formulações Psiquiátricas**

Critérios diagnósticos específicos vieram a desempenhar papel principal na standardização da terminologia em psiquiatria. Critérios diagnósticos como definição de dependência de álcool e de drogas têm sido sublinhados por considerações práticas, tais como a necessidade de uma melhor comunicação entre os clínicos, pesquisadores e o público em geral. Outro impulso tem vindo da necessidade recente de regras objetivas de decisão para categorizar as pessoas por razões legais, médicas e psiquiátricas. A tendência para a formulação de critérios diagnósticos formais emergiu nos últimos 20 anos e tem sido fortemente influenciada por um grupo de pesquisadores ligados a Washington University School of Medicine. Uma etapa fundamental consistiu na publicação dos critérios de classificação para os transtornos de uso de substâncias adotados pela American Psychiatric Association (APA) na 3ª edição de seu Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III). As razões dos critérios diagnósticos do DSM-III podem ser buscadas através de uma série de estudos clínicos e de trabalhos de revisão publicados pelo Departamento de Psiquiatria da Washington University (Guze et al., 1962; Feighner et al., Robins, 1981). Inicialmente, Guze et al. (1962) introduziram a noção de combinação de problemas, conseqüências e comportamentos patológicos associados ao uso de substâncias em categorias múltiplas de sintomatologia, e qualquer combinação destas qualificaria o paciente para um diagnóstico positivo de alcoolismo ou de dependência de drogas.

Em contraste com as edições prévias do DSM, o alcoolismo e a dependência de drogas no DSM-III estão agora incluídos em categorias separadas em vez de numa subcategoria dos transtornos de personalidade. Refletindo uma tendência em direção a uma precisão semântica maior, preferiu-se o termo "dependência" a termos mais genéricos como "alcoolismo" ou "adição". As categorias separadas de "abuso de álcool" e "abuso de drogas" foram acrescentadas para permitir uma diferenciação maior. A

dependência foi distinguida do abuso pela presença de sintomas de tolerância ou de abstinência.

As definições de dependência e abuso do DSM-III não faziam pressuposições acerca da etiologia. Nem elas deram muito peso às complicações médicas não cerebrais associadas ao abuso de substâncias. Em vez disso, o DSM-III adotou um conceito comportamental do abuso (uso de padrões patológicos e de prejuízo social) e um conceito biocomportamental de dependência (uso patológico, prejuízo social, tolerância ou abstinência). Ao remover o uso de substâncias de uma categoria mais ampla de transtornos da personalidade e ao remover as complicações médicas dos grupos maiores de critérios aceitáveis, o DSM-III eliminou algumas das pressuposições psicológicas e biológicas de maior importância, inerentes em muitas das definições de adição e alcoolismo.

Como parte do programa continuando da APA acerca da nomenclatura e da classificação, um grupo de alterações foi recentemente introduzido em toda a seção sobre Transtornos do Uso de Substâncias do DSM-III (American Psychiatric Association, 1987). As modificações mais importantes envolvem a alteração da categoria do abuso e um modelo dimensional da dependência que mais proximamente se parece com o conceito de síndrome de dependência do álcool e das drogas OMS. Significativamente, as conseqüências médicas e sociais, tanto na intoxicação aguda como crônica, não estão entre os critérios diagnósticos primários.

### **Formulações Psicológicas**

As formulações psicológicas de dependências, como revisado anteriormente nas definições da OMS e da APA, geralmente indicam que a dependência consiste num transtorno mental ou comportamental, cujas origens são tanto ambientais quanto fisiológicas. As três definições que transmitem a variedade de abordagens psicológicas da dependência são aquelas propostas pelos psicanalistas, pelos behavioristas e pelos teóricos das interações familiares.

Num modelo psicanalítico, a dependência é vista como um sintoma de algum conflito psicológico subjacente ou um tipo

de personalidade pré-alcoólica. As definições comportamentais, por outro lado, enfatizam as condições do ambiente que iniciam e mantêm o comportamento de beber, evitando pressuposições acerca de causas físicas ou psicológicas para esse processo mórbido. Os teóricos das interações familiares definem a dependência como uma doença familiar, dando ênfase primária aos relacionamentos interpessoais da pessoa que usa álcool ou droga. Em uma formulação recente (Cermak, 1986), o conceito de "co-dependência" foi introduzido para representar um tipo reconhecido de traços de personalidade (tal como negação, emoções restritas e depressão), predizivelmente encontrados na maioria dos membros das famílias que apresentam uma pessoa dependente quimicamente, e que são capazes de criar uma situação disfuncional para lhe ser atribuído um diagnóstico pelo DSM-III de transtorno de personalidade mista. Conforme seus autores, essa definição tende a servir três funções:

- (1) legitimar os sentimentos dos membros da família (função didática);
- (2) servir como um conceito organizacional útil para os clínicos (função conceitual);
- (3) permitir a classificação como doença (função médica).

## **DEFINIÇÕES CIENTÍFICAS**

As definições científicas de dependência têm sido formuladas usando-se critério "operacional" a fim de facilitar a pesquisa experimental e o discurso acadêmico. Duas tradições que ilustram a gama de definições científicas de dependência são aquelas da psicologia cognitiva comportamental e da farmacologia comportamental. As abordagens cognitivo-comportamentais da definição de dependência têm sido trabalhadas recentemente (Nathan, 1981; Pattison et al., Pattison e Kaufman, 1982) como alternativa ao que veio a se chamar "conceito tradicional de doença", isto é, a noção de que a dependência consiste numa entidade nosológica distinta com uma etiologia precisa com causas físicas e psicológicas, bem como um quadro coerente de sinais e sintomas.

Essas abordagens rejeitam a classificação binária e fazem poucas, se o fazem, pressuposições acerca das bases biológicas ou psicogênicas do transtorno subjacente. Em vez disso, é dada ênfase ao comportamento observável da pessoa que usa substâncias, do modo como esse comportamento é aprendido e modificado por condições antecedentes e conseqüências de reforço e à aplicação das teorias de condicionamento psicológico à investigação e ao tratamento dos transtornos de uso de substâncias. Um exemplo desse tipo de definição científica consiste na visão biocomportamental do uso de substâncias proposta por Pomerleau e Pomerleau (1987). Eles definem a adição como "uso repetido de uma substância e/ou um envolvimento compulsivo num comportamento que direta ou indiretamente modifica o meio interno de tal forma que produz um reforço imediato, porém com conseqüências, a longo prazo, danosas". Ao incorporar fatores tanto farmacológicos quanto de aprendizagem social, essa definição implica que estratégias variadas de pesquisa devem guiar a investigação enquanto as abordagens comportamentais específicas devem guiar a conduta clínica.

Mendelson e Mello (1969) definiram o alcoolismo por critérios farmacológicos tradicionais de tolerância e dependência. Essa definição deliberadamente exclui critérios sócio-culturais e conseqüências sociais. A tolerância a drogas é o termo usado para descrever uma responsividade diminuída dos animais e do homem a uma droga, após uma administração prévia da droga ou de alguma substância relacionada. A dependência física descreve um estado no qual, após a administração repetida de uma droga, o organismo passa a necessitar a presença dessa droga para o seu funcionamento normal. Através de medidas cuidadosas das alterações das respostas metabólicas, autonômicas e comportamentais que se seguem ao uso repetido de uma droga administrada e sua abstinência, os cientistas foram capazes de desenvolver modelos experimentais da dependência, que podem ser usados para estudar a auto-administração de drogas tanto em animais quanto em humanos. Dividindo os comportamentos observáveis agrupados sob dependência da auto-administração de drogas e comportamentos de abstinência, os farmacologistas

comportamentais desenvolveram procedimentos muito objetivos e quantificáveis para avaliar a força das drogas como reforço, bem como os sinais e reações que ocorrem durante o abandono de seu uso (Iversen, 1981). Uma vantagem desse modelo é que ele possibilita uma avaliação científica rigorosa nas quais os correlatos metabólicos, bioquímicos, comportamentais, psicológicos e sociais da tolerância e da dependência podem ser estudados sob condições controladas.

## DEFINIÇÕES LEGAIS

Samuel Johnson uma vez afirmou que "uma das máximas da lei civil consiste em que as definições sejam aleatórias". As definições criadas para servir como guia à ação legal podem de fato ser aleatórias, particularmente quando aquelas pessoas que as definem usam a definição em seu modo intencional "sintático" para definir uma palavra que muitas vezes tem sentidos pejorativos em seu uso comum. Acrescentando-se a essa confusão o debate que freqüentemente se segue acerca das propriedades das definições legais, usualmente se pressupõe que essas são feitas de modo formal ou semântico, portanto, refletindo "a natureza essencial" da palavra. De fato, as definições legais não são nada mais do que formas convenientes de classificar objetos, pessoas ou conceitos. No caso de palavras como alcoolismo, adição a drogas e dependência de drogas, a incerteza conceitual evidente no público em geral, com relação ao determinismo ou a algo que é escolhido, está refletido na legislação também. Por exemplo, num caso de 1962, envolvendo um usuário de drogas, a Suprema Corte dos Estados Unidos sustenta que a Califórnia não podia punir aditos narcóticos meramente por serem aditos. Argumentou-se que criminalizar o "status ou condição" de ser um adito consistia em uma punição cruel ou incomum. Porém, seis anos após, a Corte sustentou que o Texas podia punir a intoxicação pública apesar de a ofensa ter sido conduzida por um alcoólatra crônico. Ao manter a validade do estatuto de intoxicação pública, a Corte parecia distinguir a necessidade incontrolável de beber, freqüentemente entendida como a marca registrada da dependência de álcool, do comportamento que a acompanha ou a segue. Enquanto a

Corte aceitava que algumas pessoas podem ser incapazes de resistir ao desejo de beber, ela argumentava que não há inabilidade correspondente em resistir à necessidade de aparecer em público enquanto intoxicado.

Em 1988, a mesma Corte, não levando em consideração argumentos de que o alcoolismo consiste numa doença em vez de ser uma condição voluntária, estabeleceu a regra de que o governo dos Estados Unidos pode excluir os alcoólatras de alguns programas de benefício social. Os juízes votaram para manter a regra da Veterans Administration, classificando o alcoolismo como "má conduta desejada", portanto desqualificando os veteranos alcoólatras de benefícios educacionais e de pagamentos por incapacidade. Enquanto a Corte evitou o debate acerca do fato de o alcoolismo ser uma doença de origens físicas ou genéticas, ela se recusou a requerer que a Veterans Administration fosse capaz de fornecer benefícios educacionais especiais a antigos alcoólatras, salientados que a decisão também protege os V.A. dos custos potencialmente muito altos de prover pagamentos por incapacidade aos veteranos alcoólatras.

Ao representar seu argumento de forma bem sucedida, os Veterans Administration distinguiram dois tipos de alcoolismo. Um tipo, o alcoolismo primário, resulta de uma má conduta desejada em alguns indivíduos que simplesmente escolhem beber excessivamente. No outro tipo, alcoolismo secundário, o beber excessivo resulta de um transtorno psiquiátrico adquirido. Como estes últimos bebedores não contraem essa doença psiquiátrica de forma voluntária, eles podem receber benefícios se o seu tratamento for propriamente diagnosticado. Numa argumentação feita em favor daqueles que estavam solicitando benefícios, a American Medical Association reconhece a disfunção primário-secundária, mas argumenta que ambas são involuntárias pelo fato de a dependência impedir que o indivíduo controle seu beber.

## DEFINIÇÕES SOCIOLÓGICAS

As três perspectivas que resumem as tentativas sociológicas de definição podem ser denominadas mediacionais, construcionistas e rotuladoras. As

definições mediacionais enfatizam o fato de que o uso de álcool e drogas é frequentemente considerado um desvio, porque excede as normas estabelecidas pela comunidade. Isso ocorre, em parte, devido à desigualdade das estruturas sociais que, bloqueando as oportunidades e segregando as pessoas que apresentam desvios de conduta, criam condições sociais para o desenvolvimento e a manutenção da dependência (Ward, 1985). Um segundo tipo de definição sociológica foi introduzido pelos fenomenologistas através da argumentação de que a dependência deve ser vista como um conceito cultural e socialmente determinado, que envolve uma variedade de significados e funções, independente das seqüelas fisiológicas que muitas definições apresentam. Enquanto os fenômenos de dependência não são necessariamente considerados uma ficção social, eles também não são definidos simplesmente como fatos da natureza. Em vez disso, os sintomas de dependência, tais como perda de controle, são definidos como teorias sociais que funcionam no interesse tanto daqueles que sofrem como no da sociedade, porque eles provêm a pessoa que usa substância um escape da coordenação moral e social com argumentos racionais para uma alternativa mais humana às sanções legais (Room, 1985). Nessa abordagem, o significado real das definições de dependência, mantida como doença ou transtorno comportamental, é o de apoiar os valores morais dominantes, os interesses institucionais e políticos. Um tipo de definição sociológica, relacionado à anterior, apresenta a dependência em termos do papel de doente que é criado pelas expectativas sociais, instituições e imagens da adição. Aqui o comportamento daquela pessoa que usa substâncias, o padrão do beber ou o uso de drogas e a possibilidade de "estabelecimento" são todos marcados por crenças e expectativas compartilhadas quem engolfam a pessoa que usa uma determinada substância e pelo grau com que esta pessoa aceita o rótulo de doente. Portanto, a definição social que rotula propõe que a interação mútua entre a pessoa que usa substância, as expectativas sociais e as crenças deterministas possam assumir um caráter de profecia que se autocumpra.

## CONCLUSÃO

A história das línguas demonstra que o desenvolvimento de definições para palavras novas ou modificadas se desenvolve conforme as preferências populares. Nenhuma autoridade pode impor usos lingüísticos. Quando palavras técnicas como alcoolismo e adição tornam-se comuns e passam para a fala do dia-a-dia, elas experienciam o destino de muitas palavras comuns: seus significados se tornam ao mesmo tempo popularmente enriquecidos e tecnicamente empobrecidos. Como os sentidos de alcoolismo e adição se tornaram algo mais fluido, vago e não-técnico, o termo "síndrome de dependência" foi substituído, adquirindo um significado similar àquele que alcoolismo e adição possuíam antes de terem sido popularizados (Edward et al., 1987). Nunca houve uma definição precisa universalmente aceita de dependência nem as definições aprovadas pelas várias sociedades profissionais, nem as definições precisamente elaboradas pelo comitê de especialistas, nem os sentidos populares ligados ao fenômeno da dependência pelo público leigo satisfazem a todos. De fato, essa é a talvez a razão principal pela qual os escritores sentiram a necessidade de formular as suas próprias definições. Além disso, a grande maioria das definições, tanto formais quanto informais, evidenciam um consenso sobre aquilo a que o termo se refere. A maioria reconhece-a como uma condição das pessoas que bebem repetitivamente ou consomem substâncias psicoativas, usualmente de tal forma que cause intoxicação e prejuízo.

Poucas palavras alcançaram o status metafísico de ter uma definição universal. Em muitos aspectos, a situação atual das definições de dependência é similar ao debate filosófico clássico entre nominalistas e realistas. Será que idéias universais, como o conceito de dependências, apresentam uma existência independente fora da mente daqueles que constroem os modelos éticos? Os realistas extremos respondem que dependência, como doença, transtorno ou condição, possui uma existência exterior e independente dos indivíduos aos quais ela está incorporada. Os nominalistas extremos, por outro lado, argumentam que há apenas nomes universais, existindo no lugar de idéias generalizadas, que fazem parte de um

quadro composto de sintomas específicos, apresentando similaridades suficientes com o conceito para dividirem o mesmo rótulo.

Como não há uma visão universalmente válida ou verdadeira sobre o que é dependência, não há nenhuma fórmula universalmente válida ou verdadeira para avaliar suas definições. O que existe, em vez disso, são perspectivas culturais específicas associadas a teorias sociais de dependência, cada uma das quais predizendo diferentes tipos de significado. A controvérsia importante torna-se, então, descobrir que grau de controle um grupo cultural obtém sobre o que define como dependência. Não se pode, porém, questionar se as definições estão certas ou erradas - a não ser quando elas estejam contra as regras do processo de definição. Porém, pode-se debater a sua utilidade e a que funções as definições servem.

Este ensaio identificou uma variedade de funções das definições. As definições médicas e legais permitem a classificação das pessoas para propósitos sociais específicos, uma função muito diferente das definições científicas que são destinadas a especificar e explicar a natureza essencial da dependência. As definições têm profundos efeitos sobre as atitudes populares, sobre a política social e a pesquisa científica. Se a medicina pode definir uma pessoa dependente de álcool e droga, e se os epidemiologistas podem identificar um número grande de pessoas que preenchem essa definição, então a sociedade pode justificar ações como prover serviços de tratamento, cobertura através de seguros e proteção geral para aqueles que se apresentam incapacitados pela dependência. Se a profissão que lida com as leis pode definir dependência em termos de má conduta voluntária, a sociedade pode justificar ações não-médicas que incluem punição ou negação de benefícios sociais. A controvérsia principal a respeito das definições de dependência torna-se então saber que grupos controlam o processo definatório e como eles usam as definições para promover suas próprias necessidades, sejam elas médicas, legais, científicas ou morais.

A partir desse ponto de vista, as definições são promulgadas fundamentalmente para demarcar os limites, as fronteiras dos fenômenos. Se a dependência for definida como uma

doença, isso estabelece certas fronteiras médicas para a classificação e explicação. Similarmente, se a dependência for definida como um transtorno, com uma má conduta voluntária, ou um rótulo social, tal processo estabelece um grupo diferente de parâmetros. Em vez de debater sobre a certeza ou o erro das definições, pode ser mais útil considerar até que ponto a definição é apropriada para um determinado propósito e em que medida ela difere das outras definições. Mesmo que a busca das essências continue, devemos talvez nos contentar com a existência simultânea de definições múltiplas para a mesma palavra. Aqueles que definem dependência, ao modo dos escolásticos medievais, fracassaram em nos fornecer uma doutrina de universais. Porém, eles nos forneceram uma grande variedade de escolhas, o suficiente para satisfazer os realistas, nominalistas, agnósticos e céticos.

## AGRADECIMENTOS

A elaboração deste artigo foi apoiada em parte pelo dotação de pesquisa 5P50AA3510 da Alcohol Research Center do U.S National Institute on Alcohol abused and Alcoholism

## REFERÊNCIAS

American College of Physicians, Health and Public Committee (1985). Chemical Dependence. *Ann. Int. Med.* **102**, 405-8.

American Psychiatric Association(1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd Ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C.

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edn, revised. American Psychiatric Association, Washington, D.C.

Bierce, A. (1941). *The devil's dictionary*. The World Publishing Co., New York.

Blankfield, A. (1987). The concept of dependence. *Int. J. Addict.* **22**, 1069-81.

Bulletin on Alcohol Policy (1987). HHS Secretary Bowen Announces National Agenda Alcohol **6**, 3-4.

Caetano, R. (1987). Public opinions about alcoholism and its treatment. *J. Stud. Alcohol* **48**, 153-60.

Caetano, R. (1989). Concepts of alcoholism among Whites, Blacks, and Hispanics in the U.S. *J. Stud. Alcohol.* **50**, 580-2.

Cermak, T.L. (1986). Diagnosing and treating co-dependence: A guide for professional Who work with chemical dependents, their spouses, and children. Josphnson Institute Books, Minnesota.

Edwards, G., Arif, A., and Hodgson, r. (1981). Nomenclature and classification of drug-and alcohol-related problems: a WHO memorandum. *Bull. WHO*, **59**,225-42.

Edwards, G, Gross, M. M., Keller, M., and Moser, J. (ed.) (1976). Alcohol-related problems in the disability perspective. *J. Stud. Alcohol*, **37**, 1360-82

Edwards, G, Gross, M. M., Keller, M., Moser, J., and Room, R. (ed.) (1977). Alcohol-related disabilities (WHO offset Publ. No.32). World Health Organization, Geneva.

Feighner, J., Robins, E., Guze, S., woodruff, R, Winkour, G., and Munoz, R. (1972).

Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch. Gen. Psychiat.* **26**, 57-63.

Gruze, S.D., Tuason, V.B., Gatfield, P.D., Stewart, M. A., and Picken, B. (1962).

Psychiatric illness and crime with particular reference to alcoholism; a study of 223 criminals. *J. Nerv. Ment. Disorder* **134**, 512-21.

Hills, S. L. (1980). *Demystifying social deviance*. McGraw-Hill Inc., London.

Iversen, S.D. and Iversen. L.L. (1981). *Behavioural pharmacology*, 2nd edn. Oxford University Press, Oxford.

Jellinek, E.M. (1960). The disease concept of alcoholism. Hillhouse Press, New Jersey. Keller, M. (1982). On defining alcoholism; with comment on some other relevant words. In: *Alcohol, science and society revisited* (Ed. E.L. Gomberg, H.R. White, and J. A. Carpenter), pp. 119-33. University of Michigan Press, Ann Arbor. Mendelson, J. H. and Mello, N.K (1969). A disease as

na organizer for biochemical research: alcoholism. In: *Psychochemical research in man* (ed. A.J. Mandell and M.P.Mandell), pp. 379-403. Academic Press, New York.

Nathan, P.E.(1981). Prospects for a behavioral approach to the diagnosis of alcoholism. In: *Evaluation of the alcoholic: implications for research, theory and treatment*(ed. R.E. Meyer, T.F. Babor, B.C. Glueck, J.H. Jaffe, J.E.O'Brien, and J.R. (Stabenau), pp.229-41. NIAAA Research Monograph #5, DHHS Publication No. (ADM) 81-1033, Washington, D.C.

National Council on Alcoholism/American Medical Society on Alcoholism Committee on Definition (1976). Definition of alcoholism, unpublished statement.

Pattison, E.M. and Kaufmann, E. (1982). The alcoholism syndrome: definitions and models. In: *Encyclopedic handbook of alcoholism* (ed. E.M. Pattison and E. Kaufman, E. Kaufman), pp. 3-30. Gardner Press, New York.

Pattison, E.M., Sobell, M.B., and Sobell, L.C. (1977). *Emerging concepts of alcohol dependence*. Springer, New York.

Peele, S. (1985). *The meaning of addiction. Compulsive experience and its interpretation*. Lexington Books, Lewington, MA.

Pomerleau, O.F. and Pomerleau, C.S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *J. Drug Issues*, **17**, 111-31.

Rinaldi, R.C., Steindler, E.M., Wilford, B.B., and Goodwin, D. (1988). Clarification and standardization of substance abuse terminology. *J.Am. Med. Ass.* **22**,555-7. Robins, L. (1981). The diagnosis of alcoholism after DMS III. In: *Evaluation of the alcoholic: implications for research, theory and treatment* (ed. R.E. Meyer, T.F. Babor, B.C. Glueck, J.H. Jaffe, J.E. O'Brien and J.R. Stabenau, pp. 85-102.

NIAAA Research Monograph #5, DHHS Publication No. (ADM) 81-1033, Washington, D.C.

Room, R. (1983). Sociological aspects of the disease concept of alcoholism. In: *Research advances in alcohol and drug problems, Vol. 7* (ed. R.G. Smart, F.B. Glaser, Y. Israel, H. Kalant, R.E. Popham,, and W. Schmidt), pp. 47-92. Plenum Press, New York. Room R. (1985).

Dependence and society. *Br. J. Addict*, **80**,133-9.

Seeley, J. (1959). The W.H.O. definition of alcoholism. *Q.J.Stud. Alcohol*, **20**,352-6.

Siegler, M., Osmond, H. and Newell, S. (1974). Models of alcoholism. Appendix II.

In: *Models of Madness, Models of Medicine* (ed. M. Siegler and H. Osmond), pp.243-72. MacMillan, New York.

Spitzer, R.L., Endicott, J., and Robins, E. (1975). Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders. New York State Psychiatric Institute, New York.

Ward, D.A. (1985). Conceptions of the nature and treatment of alcoholism. *J. Drug Issues* **1**, 3-16.

World Health Organization (1952). Expert Committee on Mental Health, Alcoholism Subcommittee, Second Report, World Health Organization Technical Report Series, No 48, Geneva.

World Health Organization (1955b). Alcohol and Alcoholism. Report of an Expert Committee. W.H.O. Technical Report Series, No.94, Geneva.

World Health Organization (1974). Glossary of mental disorders and guide to their classification: for use in conjunction with the international classification of diseases, 8th revision. WHO, Geneva.

World Health Organization (1978). Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the international classification of diseases. World Health Organization, Geneva.

## Fragmento de artigo científico

# A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica

Evandro Gomes de Matos

Thania Mello Gomes de Matos

Gustavo Mello Gomes de Matos

Artigo extraído da Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Volume 27. Número 3. Páginas 312-8. [Artigo na íntegra](#)

(...)

No ano de 1952, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira edição do "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais" (DSM-I), e as edições seguintes, publicadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R) e 1994 (DSM-IV), foram revistas, modificadas e ampliadas<sup>3</sup>. O DSM-III (1980) foi o mais revolucionário de todos e tornou-se um marco na história da psiquiatria moderna. Novas categorias diagnósticas foram descritas, como, por exemplo: a neurose de angústia foi subdividida em transtorno de pânico com e sem agorafobia e transtorno de ansiedade generalizada; a fobia social tornou-se uma entidade nosológica própria; a psicose maníaco-depressiva passou a ser denominada de transtorno do humor bipolar, com ou sem sintomas psicóticos. Muitas palavras passaram a ser evitadas. O termo neurose, por exemplo, deixou de ser usado, para não suscitar questões etiológicas, a palavra histeria desapareceu do texto, pelo mesmo motivo, a expressão doença mental foi substituída por transtorno mental, etc.

Além disso, uma característica importante do DSM-III foi a hierarquização dos diagnósticos. Um paciente diagnosticado como esquizofrênico, por exemplo, não poderia receber o diagnóstico simultâneo de transtorno de pânico. A esquizofrenia, patologia mais grave, era considerada hierarquicamente superior ao quadro do pânico. Desta forma, era atendida a velha máxima da medicina, que preconiza a identificação de uma única patologia para explicar todos os sintomas que compõem o quadro clínico de um paciente.

Entretanto, em 1987, com a publicação do DSM-III-R, esta hierarquia foi abolida, e o manual passou a incentivar a feitura simultânea de dois ou mais diagnósticos num mesmo paciente. Surgiu, assim, o conceito de comorbidade, em psiquiatria, que foi confirmado pelo DSM-IV e amplamente difundido nos anos 90, sendo utilizado regularmente nos dias atuais<sup>2</sup>.

Na verdade, o conceito de comorbidade remonta ao ano de 1970, quando Feinzen utilizou pela primeira vez para definir "qualquer entidade clínica adicional que tivesse existido ou que pudesse ocorrer durante o curso clínico de um paciente, que tivesse a doença índice em estudo"<sup>4</sup>. O assunto será retomado mais adiante.

### O QUE É O DSM-IV?

O DSM-IV é, portanto, um manual diagnóstico e estatístico, que foi adotado pela APA<sup>5</sup> e que correlaciona-se com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10<sup>6</sup>, da Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se de um sistema classificatório multiaxial – publicado nos anos 90, que são considerados "a década do cérebro" pela OMS –, organizado de maneira a agrupar 16 classes diagnósticas distintas, que recebem códigos numéricos específicos e se distribuem por cinco grandes eixos, que são os seguintes:

**Eixo I:** Descreve os transtornos clínicos propriamente ditos. Por exemplo: transtorno de pânico sem agorafobia (300.01), transtorno depressivo recorrente (296.3), transtorno delirante (297.1), dependência do álcool (303.90), etc. **Eixo II:**

Descreve o retardo mental. Por exemplo: retardo mental severo (318.1) e transtornos de personalidade, que foram reunidos em três grandes agrupamentos (clusters). No **grupo A**, estão os indivíduos com traços estranhos ou bizarros – por exemplo, transtorno de personalidade esquizóide (301.20); no **grupo B**, os indivíduos com traços dramáticos e instáveis – por exemplo, transtorno de personalidade borderline (301.50); e, finalmente, os inseguros e ansiosos no **grupo C** – por exemplo, transtorno de personalidade dependente (301.6). **Eixo III:** Descreve as condições médicas gerais. Por exemplo: otite média recorrente (382.9). **Eixo IV:** Trata dos problemas psicossociais e ambientais, associados com o transtorno mental em questão. Por exemplo: ameaça de perda de emprego. **Eixo V:** Constitui-se por uma escala de avaliação global de funcionamento (AGF), que recebe uma numeração. Por exemplo: AGF = 82.

### AS VANTAGENS DA UTILIZAÇÃO DO DSM-IV

O DSM-IV atingiu muitos dos seus objetivos. Na prática clínica, inúmeros exemplos podem ser destacados. [um dos exemplos:] Indivíduos anteriormente diagnosticados como "hísticos" eram ridicularizados, nas salas de atendimento de urgência, por não terem o seu sofrimento reconhecido pelos médicos. Alguns termos pejorativos ainda ressoam em nossos ouvidos: "crise pitiática", paciente "pissico", "piti" ou "hy".

(...)

O desenvolvimento das pesquisas na área de saúde mental tomaram um impulso extraordinário nos últimos anos. A atenção para o diagnóstico e a comunicação entre os diversos profissionais – psiquiatras, psicoterapeutas e psicólogos – estabeleceram uma nova parceria entre a psiquiatria clínica e as psicoterapias comportamental, comportamental-cognitiva (TCC) e interpessoal – únicas na história de nossa especialidade –, que resultou no desenvolvimento de novas técnicas de terapia, com grande melhoria da qualidade de vida oferecida aos nossos pacientes. Alguns achados vão se confirmando na literatura especializada. Transtorno obsessivo-compulsivo, por exemplo, pode ser tratado eficazmente com medicamentos antidepressivos, que inibem a recaptção da serotonina (IRSS), ou com terapia comportamental.

(...)

### LIMITAÇÕES E DESVANTAGENS DO DSM-IV

O uso do DSM-IV é limitado e trouxe também inúmeras desvantagens. A primeira delas diz respeito ao próprio sistema, que produziu uma excessiva fragmentação dos quadros clínicos dos transtornos mentais.

Assim, muitos pacientes precisam receber simultaneamente inúmeros diagnósticos, já que os sintomas ultrapassam os limites rígidos, propostos pelo manual. Por isto, a comorbidade dentro de um eixo (ou de vários deles) passa a ser quase sempre a regra, e não a exceção. (...) Além disso, as listas dos sintomas não contemplam todas as queixas apresentadas pelos pacientes na prática clínica. Por exemplo, dor de cabeça, boca seca, visão borrada e acessos de choro não estão descritos entre os sintomas dos ataques de pânico, embora surjam com frequência na vigência destes episódios.

A segunda dificuldade diz respeito ao profissional que vai utilizá-lo. O DSM-IV não deve ser usado como uma lista infalível, que, sendo preenchida, fornece automaticamente um diagnóstico psiquiátrico. Em mãos inexperientes, os resultados são desastrosos. Muitos sintomas são superpostos a diversos quadros clínicos, e a decisão de sua origem, ou de qual estado eles fazem parte, deriva exclusivamente de um julgamento clínico. E este advém dos conhecimentos teóricos de psicologia, psicopatologia e psiquiatria, do treinamento adequado e da experiência acumulada ao longo dos anos de exercício da profissão<sup>13</sup>. O DSM-IV não é um compêndio de psiquiatria e não deve ser consultado como a única fonte de conhecimento da especialidade. Ao listar os sintomas, o manual busca auxiliar o reconhecimento dos transtornos mentais, mas não se presta a substituir a abrangência do diagnóstico clínico, que resulta, acima de tudo, da intuição, da percepção e do *feeling*, que

surge desta relação única que se estabelece entre o profissional e o seu paciente. (...) Tudo isto nos leva a refletir que o DSM-IV está longe de resolver os problemas diagnósticos e estatísticos de nossa especialidade. (...) Desta forma, ambos os sistemas diagnósticos – DSM-IV e CID-10 – são nosográficos e têm por objetivo listar e classificar os transtornos mentais, mas não substituem o exercício da clínica. O modelo destes sistemas, que é denominado categorial, se opõe, em contrapartida, a um outro, dito dimensional, como veremos em seguida.

### OS MODELOS CATEGORIAL E DIMENSIONAL

O modelo categorial admite, no seu bojo, a inclusão de entidades comórbidas. O conceito de comorbidade de Feinzen – conforme vimos acima – foi ampliado para a psiquiatria por Klerman, em 1990, como sendo um termo que "se refere à ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais entre si e/ou com outras condições médicas"<sup>14</sup>. (...) O modelo categorial distingue também o transtorno primário, que ocorre primeiro em seqüência temporal, do secundário.

Por outro lado, o modelo dimensional ganhou força, neste século, principalmente com os estudos de Kretschmer & Akiskal, que se basearam no pensamento de Platão e na visão holística do homem. Eles descrevem a doença mental como sendo uma disfunção única, que se expressa de forma variada. Os sintomas da depressão – segundo a escola de Akiskal et al., por exemplo –, quando típicos, estão situados no extremo de um continuum, do qual faz parte a ansiedade, que, por sua vez, na sua forma pura, situa-se no outro extremo. Os transtornos intermediários estariam representados pelos quadros de sintomatologia mista, onde os sintomas de depressão e ansiedade se misturam e se superpõem das mais diversas maneiras. Assim, no modelo dimensional, ao contrário do anterior, a depressão e a ansiedade são consideradas a expressão de uma mesma e única patologia. Isto nos remete ao conceito de spectrum, termo utilizado como uma metáfora do fenômeno físico da decomposição da luz, que ocorre ao passar por um prisma<sup>18</sup>.

(...)

Os quadros clínicos, sob a ótica do modelo dimensional, são decorrentes de alterações de quantidade, que se expressam conforme o seu grau de intensidade, ao contrário do que propõe o modelo categorial – que inclui os sistemas do DSM-IV e da CID-10 –, que considera os transtornos mentais como sendo produzidos por uma alteração de qualidade, distinta para cada um dos transtornos.

(...)

Modelos híbridos que buscam conciliar os modelos categorial e dimensional, envolvendo psiquiatras e psicólogos, têm sido desenvolvidos atualmente, com perspectivas promissoras para o desenvolvimento de nossa especialidade.

### Referências

3. Stone MH. A cura da mente. Porto Alegre: Artmed; 1999.
4. Feinstein AR. The pre-therapeutic of co-morbidity in chronic disease. J Chron Dis. 1970;23:455-68.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4.ed. Washington: APA; 1994.
6. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
14. Klerman GL. Approaches to the phenomena of comorbidity. In: Maser JD, Cloninger CR, eds. Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington: American Psychiatric Press; 1990. p. 13.
18. Cassano GB, Dell'Osso L, Frank E, Minati M, Fagioli A, Shear K, et al. The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. J Affect Disord. 1999;54:319-28.

## CID-11 & DSM-V

Marcelo Ribeiro \*

Atualmente, tanto a CID-10 (OMS), quanto o DSM-IV (APA) estão sendo aprimoradas - até 2012, as respectivas décima-primeira e quinta edições serão publicadas. Tais revisões são realizadas a partir da constituição de *work groups* para cada transtorno. Em 2006, o periódico britânico *Addiction* dedicou um suplemento à revisão em curso do DSM.

### [ADDICTION 2006; 101\(SUPL1\):1-173](#)

Alguns dos temas e dos artigos publicados encontram-se relacionados a seguir.

**(1) o valor presente do diagnóstico categorial, que revolucionou os códigos a partir do DSM-III e CID-09 nos anos oitenta, mas que possui capacidade limitada para abranger o *continuum* de gravidade de cada transtorno, bem como suas combinações / sobreposições com outros transtornos (comorbidades) - características do modelo diagnóstico dimensional. Qual a melhor forma de combinar ambos?** Há dois artigos disponíveis que discutem o problema. O primeiro, "Should substance use disorders be considered as categorical or dimensional?", do Professor da Universidade da Califórnia, Bengt Muthén, defende a criação de modelos híbridos. Já o segundo artigo, escrito por estudiosos da Universidade de Vermont e de Amsterdam, defendem como "crucial" presença "de algum modo" de uma abordagem para a dependência química no DSM-V; porém, afirmam que "é igualmente vital que o enfoque dimensional esteja ligado [*a priori*] à uma definição categorial".

**(2) os avanços da neurobiologia nos últimos cinquenta anos já podem ser transformados em critérios diagnósticos da dependência química na próxima edição do DSM?** George Koob, Professor do *Molecular and Integrative Neurosciences Department, The Scripps Research Institute, La Jolla (California \* USA)*, entende que tais avanços já foram bem documentados pela literatura, tais como as alterações do sistema de recompensa e o aumento da atividade dos sistemas relacionados ao estresse. No entanto, ainda não existe um método disponível capaz de detectá-las de um modo sistematizado, ou seja, não há marcadores biológicos para o diagnóstico da dependência química, apesar de alguns terem se mostrado promissores, como por exemplo, as técnicas de neuroimagem.

**(3) como a nova edição do DSM pode melhorar o diagnóstico de comorbidade?** As relações entre o consumo de drogas e sua associação com outros transtornos mentais é um assunto repleto de particularidades: por exemplo, algumas drogas como os sedativos e o álcool estão diretamente relacionados ao surgimento da depressão, mas quase nunca com o aparecimento da mania. Outras vezes, há dúvida sobre a necessidade ou não de se considerar a influência de fatores estressores ambientais. Por fim, a ausência de critérios para caracterizar uma segunda patologia descarta a presença de comorbidade? | Marc A. Schuckit - VA San Diego Healthcare System, San Diego, CA, USA - faz rápidas considerações sobre os temas anteriores, para enfatizar a necessidade de melhor caracterização dos **transtornos induzidos por substâncias psicoativas**. Em primeiro, demonstra por meio de revisões que a relação entre uso de determinadas substâncias e o aparecimento secundário de transtornos específicos, tais como a psicose secundária ao consumo de maconha e anfetamínicos, e a depressão secundária ao álcool estão bem documentadas pela literatura e por isso devem ser formalmente estabelecidos no DSM. Desse modo, funcionariam, como também se foi demonstrado pela literatura como critério para o planejamento terapêutico - uma vez que a presença simultânea de ambos altera o prognóstico do paciente, bem como a resposta ao tratamento farmacológico, quando essas são tratadas isoladamente.

**(4) o diagnóstico de subtipos de dependentes de substâncias psicoativas possui validade?** Essa questão permanece em aberto, segundo os dois artigos publicados por essa revisão. O primeiro, de Hesselbrock & Hesselbrock, da Universidade de Connecticut, defendem a utilidade da criação de subcategorias para a dependência de determinadas drogas, visando a melhora da tomada de decisões e condutas, mas reconhecem que os dados disponíveis são insuficientes para recomendá-la. Na mesma linha, Babor & Caetano, das Universidades de Connecticut e Texas, não recomendam a inclusão de qualquer subtipo enquanto não houver mais pesquisas internacionais.

**(5) quais são as idiosincrasias dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas entre adolescentes?** Dois artigos discutiram a necessidade de adaptações dos códigos às particularidades clínicas da dependência química entre adolescentes. Cronologicamente, são necessários alguns anos para o desenvolvimento da mesma. Desse modo, Caetano & Babor consideraram que o diagnóstico de dependência entre os adolescentes pode estar superestimado. Os autores apontam

dois fenômenos como prováveis fatores de confusão: **(1)** a seqüela da intoxicação aguda tem sintomas semelhantes à síndrome de abstinência, tais como tremores, diarreia, aumento da temperatura, gerando confusão entre os profissionais da saúde e pesquisadores; **(2)** a tolerância rápida da fase inicial do uso, não pode ser confundida com a tolerância clássica. | Por fim, o artigo de Thomaz Crowley, da Universidade do Colorado, levanta algumas questões relacionadas aos adolescentes para os pesquisadores envolvidos na revisão do DSM, entre elas, se a síndrome de abstinência da maconha deveria ser incluída na próxima edição e se o início do consumo em idades precoces, considerados critério de mau prognóstico entre os dependentes.

**(6) há necessidade de critérios diagnósticos específicos para a dependência de diferentes substâncias? - a questão da síndrome de abstinência da maconha, que não está contemplada e descrita no DSM-IV.** As evidências acerca da existência de uma síndrome de dependência, bem como de uma síndrome de abstinência para a maconha se multiplicaram na literatura nas últimas duas décadas. Os sintomas amíde relacionados a essa são fissura, irritabilidade, nervosismo, inquietação, insônia, redução do apetite, *cafaléia* e sintomas depressivos. | Nesse sentido, partindo de estudos de revisão, o artigo de Alan Budney, da Universidade de Arkansas, considera que a dependência de maconha se assemelha a observada nas das demais substâncias, inclusive nos aspectos relacionados à síndrome de abstinência.

**(7) a caracterização e os critérios diagnósticos para o uso nocivo e dependência de cafeína.** Por fim, considerando a cafeína, o periódico alemão *Psychopharmacology* publicou uma revisão de Juliano & Griffiths (2004), da American University, de Massachusetts, que demonstra a presença da síndrome de dependência e caracterizando a síndrome de abstinência entre usuários de cafeína, defendendo ao final a inclusão da mesma nos códigos internacionais de doenças - CID e DSM.

---

(\* ) Médico Psiquiatra. Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Professor & Coordenador do Curso de Especialização em Dependência Química da UNIAD/UNIFESP, Pesquisador da UNIAD/UNIFESP.

08

abril

2011

12:30

AULA EXPOSITIVA  
**EPIDEMIOLOGIA DO  
 CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS  
 PSICOATIVAS NO BRASIL**  
 PROFA. DRA. **ZILA VAN DER  
 MEER SANCHEZ**

14:30

INTERVALO

15:00

AULA EXPOSITIVA  
**SISTEMAS DE  
 CLASSIFICAÇÃO  
 INTERNACIONAIS &  
 TERMINOLOGIA**  
 PROF. DR. **MARCELO  
 RIBEIRO**

16:45

INTERVALO

17:00

AULA EXPOSITIVA  
**GENÉTICA & EPIGENÉTICA  
 DA DEPENDÊNCIA  
 QUÍMICA**  
 PROF. DR. **ANDRÉ  
 BROOKING NEGRÃO**

18:00

TÉRMINO

## Genética da dependência química

Sempre houve uma compreensão, ainda que intuitiva, acerca da existência de uma base genética para os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. "Um aspecto primordial é ter em mente que as dependências químicas, são, na sua origem, doenças resultantes da relação entre o acervo genético do indivíduo e pelo menos um fator ambiental, o consumo da substância de uso ou abuso", afirmam Negrão *et al*, no capítulo escolhido para a leitura sobre o tema.

Tal afirmação reflete o novo paradigma relacionado aos estudos no campo da genética: cada um possui uma estrutura de genes - detentora de fatores de resiliência vulnerabilidade a priori - que interage com incontáveis fatores ambientais, muitos dos quais são capazes de provocar alterações no funcionamento desses genes e nos produtos de sua ação, sem, no entanto, afetar a estrutura de seu código genético. Tais alterações podem ser efêmeras ou duradouras.

Desse modo, o estudo da transmissão genética da dependência química deixou de ser uma forma esquemática de conhecimento, de aplicabilidade limitada, sobre a qual todos sabiam da existência, ao mesmo tempo que desconheciam sua utilidade na prática clínica.

Nos últimos tempos, os pesquisadores desse campo têm conseguido não só estabelecer a localização de genes capazes de aumentar a vulnerabilidade do indivíduo à dependência, como também mensurar esse risco de uma forma mais precisa. Desse modo, o estudo da genética poderá futuramente oferecer informações relevantes acerca da herdabilidade e da vulnerabilidade de cada um para o uso problemático de substâncias psicoativas - isso vem acontecendo no campo das pesquisas, que demonstram que alterações (polimorfismos) nos genes responsáveis pela produção dos receptores dopaminérgicos e seus subtipos aumentam ou diminuem o risco de uso nocivo e dependência entre os seus portadores.

Outro grande avanço nesse campo, foi o surgimento da epigenética. Os produtos finais que resultam do funcionamento dos genes são denominados "expressão gênica". Epigenética é o estudo das mudanças na regulação da expressão gênica e da atividade produtora dos genes que não relacionados à seqüência de DNA. Isso representou um grande avanço para o entendimento da dependência e do

motivo pelo qual alguns comportamentos geneticamente mediados permanecem ativos, mesmo após a extinção do estímulo ambiental - o uso de uma droga - sobre o acervo genético do indivíduo. A genética definitivamente passou a ser um campo profícuo para a descoberta de novos medicamentos e modos de investigação diagnóstico e prognóstico.

Os conceitos apresentados sucintamente nesses parágrafos serão discutidos em maior profundidade pelo psiquiatra **André Brooking Negrão**, [currículo vitae no box verde], doutorando do Departamento de Psiquiatria da FMUSP e pesquisador do Programa de Genética e Farmacogenética do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da USP \* HC-FMUSP.

### Objetivos

- (1) Apresentar os conceitos básicos e a terminologia que embasam a genética da dependência química
- (2) Apresentar as metodologias na área da genética molecular: os estudos de ligação e de associação.
- (3) Discutir o conceito de polimorfismo e seu papel no desenvolvimento da dependência química.
- (4) Discutir o conceito de epigenética e os mecanismos pelos quais provoca alterações duradouras no comportamento dos usuários de substâncias psicoativas.

### Leitura para discussão em classe:

**Negrão AB, Cordeiro Q, Vallada-Filho HP. Genética da dependência química.** In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed; 2010. Páginas: 59-66.

**Messas G, Vallada H. O papel da genética na dependência do álcool.** Rev Bras Psiquiatr 2004; 26(supl.1): 54-8.

### Leitura complementar

**Guindalini C, Laranjeira R, Collier D, Messas G, Vallada H, Breen G. Dopamine-beta hydroxylase polymorphism and cocaine addiction.** Behav Brain Funct. 2008;4:1.

**Messas G, Meira-Lima I, Turchi M, Franco O, Guindalini C, Castelo A, Laranjeira R, Vallada H. Association study of dopamine D2 and D3 receptor gene polymorphisms with cocaine dependence.** Psychiatr Genet. 2005 Sep;15(3):171-4.

### CURRICULUM VITAE

## ANDRÉ BROOKING NEGRÃO

Médico psiquiatra, formado pela Faculdade de Medicina da USP (1990), com Residência em Psiquiatria concluída em 1994 pelo Instituto de Psiquiatria da FMUSP.

Foi pesquisador clínico associado do *Clinical Endocrinology Branch*, do Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH, NIH) em Bethesda, EUA (1995 - 2000).

Dentre os projetos mais relevantes destacam-se a utilização de modelos matemáticos para a análise de variáveis biológicas, particularmente da regulação hormonal do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e também a utilização de estressores naturais para eliciar respostas neuroendócrinas em indivíduos normais e pacientes com transtornos psiquiátricos.

Entre 2003 a 2007, coordenou equipes de atendimento e de pesquisa nos ambulatórios especializados em dependência ao crack/cocaína e outras farmacodependências de adultos na USP e na UNIFESP.

Atualmente, é doutorando pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP onde investiga a associação entre marcadores genéticos e a dependência ao crack/cocaína.

LEIA MAIS: [CURRICULUM LATTES](#)

[negrao@me.com](mailto:negrao@me.com)

# Epigenetic Regulation in Substance Use Disorders

Regulação epigenética dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas

Susan McQuown  
Marcelo Wood

[CURRENT PSYCHIATRY REPORT 2010 VOLUME 12 PÁGS. 145-53](#)

Partes desse artigo foram traduzidas e um glossário foi elaborado, visando a facilitar o contato do corpo discente com os conceitos de **epigenética**, cuja a importância para o entendimento da dependência química vem aumentando nos últimos tempos.

A dependência é um transtorno compulsivo de busca e consumo apesar de suas conseqüências negativas. É uma condição crônica na qual mesmo após um período prolongado de abstinência, o dependente permanece em risco de recaída. As substâncias psicoativas modificam a estrutura e o funcionamento neuronal, resultando em alterações persistentes nos níveis molecular, celular, dos sistemas e comportamental.

As alterações na expressão gênica parecem estar na base tanto das mudanças estruturais, quanto nas funcionais observadas. Fatores de transcrição como  $\Delta$ -FosB e CREB regulam a expressão gênica relacionada à plasticidade induzida pelas substâncias psicoativas.

Recentemente, ficou demonstrado a existência de fatores de transcrição encarregados de regular a expressão gênica associada à plasticidade da dependência de drogas podem recrutar enzimas

modificadoras da cromatina, levando a modificações duradouras da expressão gênica. Tais alterações passam a comandar o funcionamento celular de um modo persistente.

Os mecanismos modificadores da cromatina podem modificar a expressão gênica sem alterar a seqüência dos elementos do DNA que levam à expressão gênica. Desse modo, a modificação da cromatina é um mecanismo epigenético – ou acima dos genes. Tais mecanismos parecem estar relacionados às mudanças de plasticidade e comportamento da dependência – uma nova fronteira para a pesquisa de tratamentos.

## DEFINIÇÃO DE EPIGENÉTICA

Epigenética é o estudo das mudanças na regulação da expressão gênica e da atividade produtora dos genes que não relacionados à seqüência de DNA. Desse modo, é definida como: “uma mudança na transcrição genética por meio da modulação da cromatina, sem relação com alguma mudança da seqüência de DNA”, levando a “alterações estáveis e de longo prazo no potencial de transcrição da célula”.

## MODIFICAÇÃO DA CROMATINA, REMODELAMENTO DA CROMATINA, VARIANTES DA HISTONA E METILAÇÃO DO DNA

A unidade básica da cromatina é o nucleossomo, que é formado por um octâmero de histona. O octâmero contém um par de histona H2A, H2B, H3 e H4. As histonas funcionam como a matriz na qual o DNA se enrola. As histonas têm um

papel importante na regulação dos genes. Ao compactarem o DNA, permitem que os genomas eucarióticos de grandes dimensões caibam dentro do núcleo das células.

As histonas podem sofrer modificações pós-translacionais, fenômenos que acontecem em sua cauda aminoterminal – metilação, acetilação, fosforilação – e são mediados por diversas enzimas modificadoras das histonas – acetiltransferases, deacetilases, metiltransferases, quinases, além de outras. Estas modificações podem desempenhar um papel importante na regulação dos genes, de maneira epigenética. A manipulação da cromatina via adição de grupos funcionais de histonas é denominado modificação da cromatina, que serve a dois propósitos: (1) emitir sinais de recrutamento para proteína não-histônicas – um exemplo dessas proteínas são os fatores de transcrição – envolvidas na ativação e no silenciamento da transcrição dos genes; (2) relaxar a cromatina pelo rompimento de contatos entre nucleossomos e interações entre caudas de histona e o DNA genômico.

Um conceito diferente, é a remodelação da cromatina, que se refere a complexos enzimáticos dependentes de adenosina trifosfato que reestruturam, mobilizam e removem nucleossomos para regular o acesso ao DNA genômico para a ativação da transcrição.

Por fim, a estrutura da cromatina também pode ser manipulada e regulada pela incorporação de variantes histônicas (H3.3, macro H2A, H2AZ, H2AX).

Assim, a regulação epigenética da transcrição pode ser vista como uma interação coordenada de diversos mecanismos – enzimas modificadoras da cromatina, complexos de remodelação do cromossomo, incorporação de variantes histônicas, metilação do DNA – que traduzem o sinalização da chegada de eventos alterando a estrutura da cromatina de um modo preciso e específico, que por sua vez regula o perfil da expressão do gene para funções celulares definidas.

### **O PAPEL DA EPIGENÉTICA NO COMPORTAMENTO E NA PLASTICIDADE INDUZIDAS PELO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

#### **FATORES DE TRANSCRIÇÃO MEDIADORES DA EXPRESSÃO GÊNICA**

##### **CREB**

Os fatores de transcrição CREB e  $\Delta$ -FosB são a base da formação da expressão gênica relacionada ao comportamento de consumo no sistema de recompensa. Por meio da regulação gênica, fatores de transcrição podem levar a mudanças adaptativas na estrutura e na função neuronal.

Frente a presença de substâncias que interferem no funcionamento do sistema de recompensa, o CREB aumenta rapidamente, para depois, com a mesma velocidade retornar ao seu nível basal. Em contraste, o  $\Delta$ -FosB vai se acumulando lentamente, após cada contato com a substância. Alguns exemplos dessa dinâmica relacionada à dependência são:

1. O aumento e a redução de CREB induzida artificialmente produz um estado negativo de recompensa e aumento da tolerância e da dependência. Essa alteração nos níveis de CREB em regiões do cérebro relacionadas à recompensa, como o *nucleus accumbens*, se não

apenas a partir da administração de uma substância psicoativa, mas também em resposta à exposição do usuário a gatilhos relacionados ao consumo das mesmas.

2. Em diversos estudos com roedores, foram introduzidos fatores de transcrição CREB modificados– e por isso incapazes de modificar o DNA frente a presença das drogas – e observou-se nesses casos que: (1) quando o CREB é modificado no *nucleus accumbens* há aumento dos efeitos de recompensa da droga e menor desenvolvimento de tolerância; (2) quando o CREB é modificado na área tegmental ventral, há maior efeito de sensibilização motora aos efeitos da cocaína. Os dados acima sugerem que o CREB influencia precocemente o comportamento de busca pela droga.

##### **$\Delta$ -FosB**

O  $\Delta$ -FosB, que se acumula lentamente, conforme o CREB aumenta e diminui a cada exposição a substâncias psicoativas, parece mediar o reforço positivo e os efeitos de sensibilização a drogas. Há estudos com animais que demonstram que, a partir de exposições repetidas, o  $\Delta$ -FosB aumenta a motivação para a autoadministração de cocaína.  $\Delta$ -FosB é uma das proteínas que permanecem aumentadas por mais tempo, após a exposição à droga, mas ainda assim retorna aos seus níveis basais com cerca de 2 meses de abstinência. Desse modo, postula-se que não seja a proteína, mas as alterações persistentes que ela provoca nos genes que regula, as responsáveis pela manutenção do comportamento de dependência.

### **PLASTICIDADE E ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO INDUZIDAS POR CREB E $\Delta$ -FosB**

A plasticidade associada a droga é um produto da ativação dos fatores de transcrição – CREB e  $\Delta$ -FosB. A expressão gênica dessas alterações,

porém requer um esforço coordenado de complexos enzimáticos que modificam a estrutura da cromatina. A exposição à cocaína causa um aumento generalizado da expressão gênica na região do *nucleus accumbens*, e muitos desses genes são regulados por CREB e  $\Delta$ -FosB.

Substâncias psicoativas aumentam a acetilação de histonas pelo aumento da atividade da enzima histona acetiltransferase ou pela redução da histona deacetilase (HDAC). Por exemplo, animais que se autoadministram cocaína possuem atividade HDAC reduzida, resultando no aumento da acetilação das histonas. Tal inibição parece estar relacionada com os efeitos da recompensa, quanto da sensibilização motora pela droga. Inibidores inespecíficos da histona deacetilase (HDAC) parecem aumentar a plasticidade sináptica e a memória de longo prazo. Isso abre uma fronteira para o desenvolvimento de fármacos capazes de atuar no campo da extinção do aprendizado – aqui no caso, relacionado ao comportamento de busca pela droga. Um estudo com animais demonstrou que a inibição da histona deacetilase extinguiu o comportamento de busca pela cocaína mais rapidamente e de forma mais generalizada, do que naqueles que não receberam o inibidor.

Um novo campo de que abre para o entendimento e para o desenvolvimento de instrumentos terapêuticos para os transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas.

## GLOSSÁRIO DE TERMOS GENÉTICOS

**Célula eucariota ou eucariontes** : (gr. *eu*, verdadeiro + *karyon*, noz ou amêndoa - núcleo) são todas as células eucarióticas com um núcleo celular rodeado por uma membrana (DNA compartimentado, conseqüentemente separado do citoplasma) e com vários organelos. Possuem DNA associado a proteínas histônicas.

**Cromatina** : é o complexo de DNA e proteínas (que juntas denominam-se cromossoma) que se encontra dentro do núcleo celular nas células eucarióticas. Os ácidos nucléicos encontram-se geralmente na forma de dupla-hélice. As principais proteínas da cromatina são as histonas. As histonas H2A, H2B, H3 e H4 unem-se, formando um octâmero denominado nucleossoma, enquanto que a histona H1 une os nucleossomas adjacentes, "empacotando-os", visto que a molécula de DNA "dá" uma volta e meia em torno do octômero de histonas é essencial existir a histona H1 para estabilizar este enrolamento. | Numa célula eucariótica, quase todo o DNA está compactado na cromatina. O DNA é "empacotado" na cromatina para diminuir o tamanho da molécula (de DNA), e para permitir maior controle por parte da célula de tais genes. | Grande parte da cromatina é localizada na periferia do núcleo, possivelmente pelo fato de uma das principais proteínas associadas com a heterocromatina ligar-se a uma proteína da membrana nuclear interna. é uma proteína complexa, que condensa e organiza o DNA genômico.

**DNA ou ácido desoxirribonucleico** : é um composto orgânico cujas moléculas contêm as instruções genéticas que coordenam o desenvolvimento e funcionamento de todos os seres vivos e alguns vírus. O seu principal papel é armazenar as informações necessárias para a construção das proteínas e RNAs. | Os segmentos de DNA que contêm a informação genética são denominados genes. O restante da sequência de DNA tem importância estrutural ou está envolvido na regulação do uso da informação genética.

**Expressão gênica** : é o processo pelo qual a informação hereditária contida em um gene, tal como a sequência de DNA, é processada em um produto gênico funcional, tal como proteínas ou RNA. A regulação gênica dá à célula controle sobre sua estrutura e função e é a base para a diferenciação celular, morfogênese e para a versatilidade e adaptabilidade de qualquer organismo. | A regulação gênica pode também servir como substrato para mudanças evolutivas, dado que o controle do *timing*, localização e quantidades de expressão gênica podem ter um efeito profundo nas funções (ações) do gene num organismo.

**Fator de transcrição** : é uma proteína reguladora ligada à sequências específicas de DNA, afetando a transcrição de genes específicos.

**Fenótipo** : são as características observáveis ou caracteres de um organismo como, por exemplo: morfologia, desenvolvimento, propriedades bioquímicas ou fisiológicas e comportamento. | O fenótipo resulta da expressão dos genes do organismo, da influência de fatores ambientais e da possível interação entre os dois.

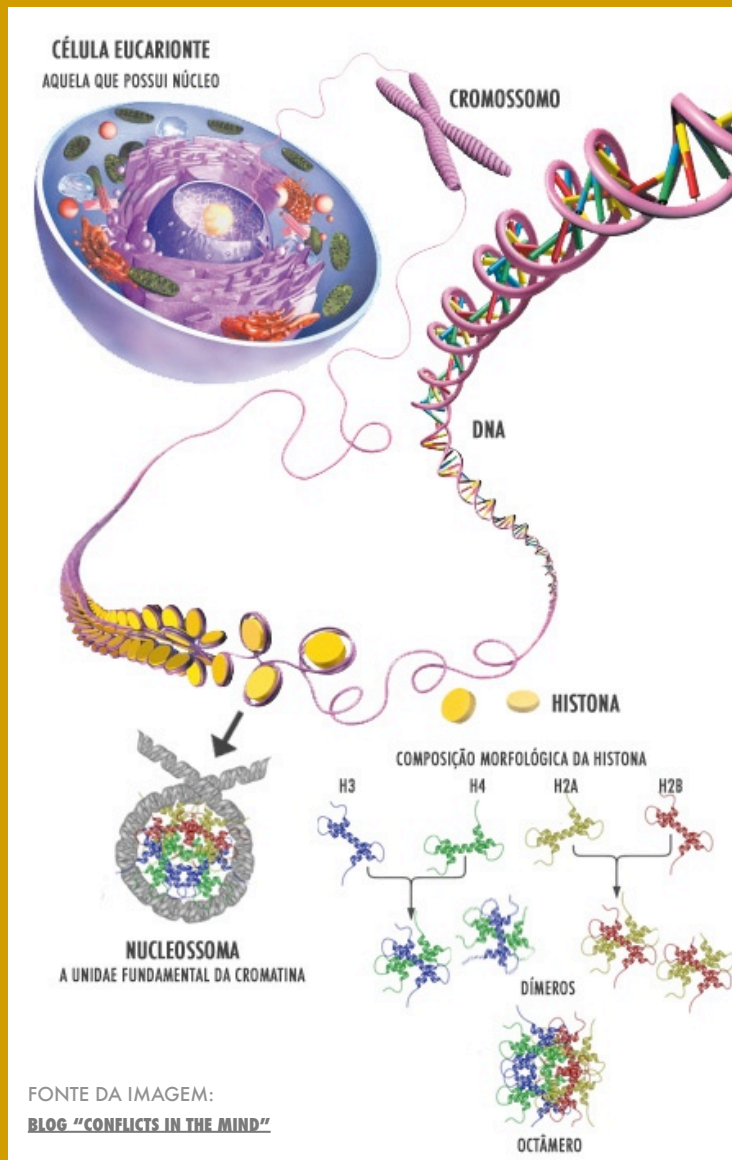
**Genoma** : é toda a informação hereditária de um organismo que está codificada em seu DNA (ou, em alguns vírus, no RNA).

**Genótipo** : são as informações hereditárias de um organismo contidas em seu genoma. Nem todos os organismos com um mesmo genótipo parecem ou agem da mesma forma, porque a aparência e o comportamento, assim como os demais componentes do fenótipo, são modificados por condições ambientais e de desenvolvimento.

**Histonas** : são as principais proteínas que compõem o nucleossoma. Têm um papel importante na regulação dos genes. São encontradas no núcleo das células eucarióticas. | As histonas funcionam como a matriz na qual o DNA se enrola. Têm um papel importante na regulação dos genes. Ao compactarem o DNA, permitem que os genomas eucarióticos de grandes dimensões caibam dentro do núcleo das células. | Podem sofrer modificações pós-translacionais. Estas modificações podem desempenhar um papel importante na regulação dos genes de maneira epigenética.

**Nucleossoma** : é o nome dado à unidade fundamental da cromatina. Consiste numa unidade de DNA, dividida em duas espirais, que se enrolam em torno de um disco protéico, constituído por quatro pares de proteínas chamadas histonas (H2A, H2B, H3 e H4). | Estas histonas se ligam formando um cerne protéico, em volta do qual a dupla fita de DNA dá quase duas voltas completas. | A molécula de DNA do fio cromossômico enrola-se, a intervalos regulares, sobre grânulos formados por moléculas de proteína. Esses grânulos protéicos envolvidos por DNA constituem o nucleossoma.

**RNA ou ácido ribonucleico** : o responsável pela síntese de proteínas da célula. O RNA é um polímero de nucleótidos, geralmente em cadeia simples, que pode, por vezes, ser dobrado. As moléculas formadas por RNA possuem dimensões muito inferiores às formadas por DNA.



FONTE DA IMAGEM:  
[BLOG "CONFLICTS IN THE MIND"](#)

FONTE: [WIKIPEDIA](#)

09

abr  
2011

09:00  
PARTE 1  
CONCEITOS  
INTRODUTÓRIOS |  
DIAGNÓSTICO  
PSICOPATOLÓGICO |  
FUNÇÕES PSÍQUICAS:  
CONSCIÊNCIA E  
ATENÇÃO  
PROF. DR. MARCELO RIBEIRO

10:30  
INTERVALO

11:00  
PARTE 2  
FUNÇÕES PSÍQUICAS:  
ORIENTAÇÃO,  
MEMÓRIA,  
SENSOPERCEÇÃO,  
PENSAMENTO,  
LINGUAGEM, JUÍZO E  
CRÍTICA.  
PROF. DR. MARCELO RIBEIRO

12:30  
ALMOÇO

13:30  
PARTE 3  
FUNÇÕES PSÍQUICAS:  
REPRESENTAÇÃO,  
INTELIGÊNCIA,  
PRAGMATISMO,  
VOLICÇÃO,  
IMPULSIVIDADE,  
PSICOMOTRICIDADE E  
AFETIVIDADE  
PROF. DR. MARCELO RIBEIRO

15:00  
INTERVALO

15:30  
PARTE 2  
O EXAME PSÍQUICO  
PROF. DR. MARCELO RIBEIRO

17:00  
TÉRMINO

## A psicopatologia e o exame psíquico

Segundo Karl Jaspers <sup>(1)</sup>, a psicopatologia é uma ciência que se ocupa do estudo das disfunções do aparelho psíquico, enfocando nessas aquilo que pode ser traduzido em conceitos, o que se pode comunicar, o que é susceptível de se transformar em princípio e se pode reconhecer em quaisquer circunstâncias. O mesmo afirma também que avaliações éticas, estéticas e metafísicas não pertencem às análises e classificações psicopatológicas.

A psicopatologia oferece a base teórica para a elaboração do exame psíquico pelo psiquiatra, assim como a fisiopatologia auxilia o raciocínio do clínico. A psicopatologia se interessa em caracterizar o típico que se manifesta no psiquismo humano, sabendo, porém, que em nenhum momento será possível reduzi-lo a conceitos.

Ainda assim, se sintomas são demonstrações de uma alteração mental, da qual o indivíduo muitas vezes sequer tem crítica de sua presença, ficando assim para além do controle seu controle consciente, então os mesmos poderiam ser observados por profissionais treinados em qualquer situação.

O psiquiatra é o profissional mais capacitado para essa avaliação, pois além de estar mais familiarizado com a psicopatologia, tem o conhecimento necessário para agrupar os sintomas que observa em categorias nosológicas. Desse modo, não é objetivo desse curso ensinar psicopatologia aos alunos com outra formação profissional.

No entanto, muitos profissionais se sentem inseguros quando um paciente lhes procuram dizendo "estar ouvindo vozes", "queixando-se de depressão" ou quando notam nos mesmos "algo estranho" no jeito de se comportar. A psicopatologia oferece as ferramentas para essa investigação, pois estruturou seus critérios de avaliação não apenas nos relatos, mas na observação dos fenômenos psíquicos relacionados a

alterações de determinadas funções psíquicas, que por sua vez podem levar a disfunções de outras.

Nunca um sintoma isolado é específico de alguma condição. Normalmente, um conjunto desses corresponde a um transtorno mental, como a esquizofrenia ou a depressão maior, ou é resultado de alguma alteração orgânica, que secundariamente provoca sintomas psíquicos, como a mania durante uma crise de hipertireoidismo, a depressão em usuários crônicos de álcool ou as alucinações visuais em pacientes com tumores cerebrais.

Dessa forma, as aulas número dois do curso de história clínica tem como principal objetivo aproximar os profissionais sem formação em psiquiatria dos conceitos da psicopatologia, favorecendo assim o encaminhamento dos pacientes que chegam a sua atenção com sintomas observados transtornos mentais.

<sup>(1)</sup> Jaspers K. Psicopatologia geral - psicopatologia compreensiva, explicativa e fenomenológica. Volume 1. São Paulo: Atheneu; 1993.

### Objetivos

- (1) Apresentar de maneira sucinta os conceitos fundamentais da psicopatologia, bem como as principais funções psíquicas e suas alterações psicopatológicas.
- (2) Apresentar a estrutura da avaliação psíquica, visando a aproximar, ainda que superficialmente, o corpo discente não-médico de sua estrutura e métodos de investigação.

### Leitura para discussão em classe:

Ribeiro M. *Psicopatologia - Aula expositiva*. Aula expositiva desenvolvida para o curso de especialização em DQ. São Paulo; 2009.

## Biografia

### KARL JASPERS

Karl Theodor Jaspers (Oldenburg, 23 de fevereiro de 1883 - Basileia, 26 de fevereiro de 1969) foi um filósofo e psiquiatra alemão. Estudou medicina e, depois de trabalhar no hospital psiquiátrico da Universidade de Heidelberg, tornou-se professor de psicologia da Faculdade de Letras dessa instituição. Desligado de seu cargo pelo regime nazista em 1937, foi readmitido em 1945 e, três anos depois, passou a lecionar filosofia na Universidade de Basel. O pensamento de Jaspers foi influenciado pelo seu conhecimento em psicopatologia e, em parte, pelas doutrinas de Kierkegaard e Nietzsche. Sempre teve interesse em integrar a ciência ao pensamento filosófico na medida em que, para Jaspers, as ciências são por si só insuficientes e necessitam do exame crítico que só pode ser dado pela filosofia. Esta, por sua vez, deve basear-se numa elucidação, a mais completa possível, da existência do homem real, e não da humanidade abstrata. O resultado das reflexões de Jaspers sobre o tema foi a primeira formulação de sua filosofia existencial. Autor do livro de dois volumes: "Psicopatologia Geral", grande marco em sua carreira e na evolução da psicopatologia. O existencialismo (ou filosofia da existência) constitui, segundo Jaspers, o âmbito no qual se dá todo o saber e todo o descobrimento possível. Por isso a filosofia da existência vem a constituir-se numa metafísica. A existência, em qualquer de seus aspectos, é precisamente o contrário de um "objeto", pois pode ser definida como "o que é para si encaminhada". O problema central é como pensar a existência sem torná-la objeto. A existência humana é entendida como intimamente vinculada à historicidade e à noção de situação: o existir é um transcender na liberdade, que abre o caminho em meio a um conjunto de situações históricas concretas. Jaspers preocupou-se em estabelecer as relações entre existência e razão, o que levou-o a investigar em profundidade o conceito de verdade. Para ele, a verdade não é entendida como característica de nenhum enunciado particular: é antes uma espécie de ambiente que envolve todo o conhecimento.

FONTE: [WIKIPEDIA](#)

15

abr  
2011

## DISCUSSÃO DE FILME

Candy

Lançamento: 2006 (Austrália)

Direção: Neil Armfield

Atores: Heath Ledger, Abbie Cornish, David Argue, Paul Blackwell.

12:30

REPRODUÇÃO DO FILME

14:30

INTERVALO

15:00

DISCUSSÃO DO FILME

PROF. DR. MARCELO RIBEIRO

17:00

TÉRMINO

**O consumo de drogas acima de qualquer possibilidade de discriminação afetiva ou cognitiva.**

O filme de Neil Armfield é dividido em três partes: Paraíso, Terra e Inferno, indicando o caminho descendente e para longe da luz que o casal tomará ao longo do filme.

**PARAÍSO: Fase inicial, glamour e muita inspiração e criatividade.**

**Dos furtos a troca do sexo por drogas**

O vínculo de apego estabelecido entre Dan e Candy foi eleito pelo casal, inicialmente e em conjunto com a experiência de ambos com a heroína, como o seu maior referencial de identidade e razão de ser. Tal condição parece para ambos uma realidade imutável, ainda mais quando analisada pela ótica hedonista e pautada pelas necessidades imediatas que a heroína lhes proporcionava.

Por conta disso, começam a afrouxar uma série de outros vínculos e convenções sociais em função do uso da droga: primeiro usufruem dos vínculos efetivos que possuem igualmente partidários ao consumo, em seguida tomam vantagem da confiança dos pais da personagem e praticam pequenos furtos, da maneira mais dissociada possível, chegando à troca do sexo por drogas e da moradia em uma habitação desestruturada, que isso lhes trouxesse qualquer preocupação.

Isso pode ser observado no comentário desnudo Candy ao agende da imobiliária: "Somos junkies, as coisas andam difíceis para nós".

Mesmo nas fases mais ativas de uso, minimamente suprimento garantido, os sintomas de abstinência começam a surgir e aos poucos passam a pautar o ritmo do consumo e por vezes trazer problemas para o vínculo de apego do casal. Nesse sentido, a própria relação afetiva e de apego entre ambos sofre reveses, quando a droga passa a ser insuficiente para eles.

**TERRA: "Quanto mais eu trabalho, menos eu pinto". A monopolização da economia mental pela droga, sem que no entanto houvesse uma crítica desse fenômeno por parte do casal.**

**Casper, o *matured out user***

Casper é o pai perfeito, o pai afetivo, o pai-que-é-uma-mãe, o detentor de conhecimentos elevados – "Quando você pode parar não quer, quando quer, não pode mais" – mas desprovido e incapaz de qualquer atitude incisiva, capazes de polarizar a consciência e transformá-la. O personagem mantém alguns vínculos sociais, tais como emprego de professor ou papel de líder ou mestre para os usuários mais jovens como Dan e Candy, os quais praticamente considera como filhos.

Sua função patriarcal, mais uma vez, porém, não inclui o compromisso com as normas e regras. O tipo de vinculação efetiva que faz com os seus não lhe permite ou inclui nenhum tipo de contestação

dialética acerca do "certo" e do "errado". Do contrário, frente a presença do desvio ou da transgressão, limita-se a explicar o modo mais seguro ou assertivo de fazê-lo ou a perguntar se "está tudo bem". Só em um momento ele conseguiu se pautar por essa ética: durante a tentativa de parar do casal.

**O bebê**

Gerado em meio a ambivalências - num primeiro momento: "fuck, Candy"; silêncio de alguns segundos.. "but it's good for us". A chegada do filho suscitou alguma estruturação ao casal, ainda que tardiamente.

**Primeira tentativa de parar de usar.**

Sintomas de abstinência dos opiáceos. A abstinência de opiáceos pode ocorrer várias horas depois da última administração de heroína, provocando agitação, dores nos músculos e ossos, insônia, vômitos e diarreia, arrepios com pele de galinha, movimentos compulsivos dos membros inferiores, ansiedade, acessos de pânico, perda de apetite, pupilas dilatadas, entre outros. O clímax dos sintomas é alcançado entre 48 e 72 horas depois da última administração e acalmam-se passado mais ou menos uma semana. (Universidade do Porto)

**INFERNO: Tentativa de reestruturação sem apoio psicossocial.**

Abstinência inicial trouxe com revitalização do vínculo de apego do casal. A chegada a 'nova casa': quando fica explícito o quanto o casal é desprovido habilidades e estruturação.

**O acolhimento dos pais**

Pai: afetivo, estruturante. Mãe: dominadora, disciplinadora, mas ameaçadora. No momento em que a estruturação psíquica da filha falhou, a mãe acusou o genro e o pai propôs um acolhimento incondicional. Ela então investiu no vínculo de apego que possuía com o marido, "seu maior referencial de identidade". O casal ainda fez uma última tentativa: a metadona.

**Desorganização final da personagem**

Em primeiro, afastou o marido; em segundo, consumiu maconha, evoluindo com uma crise psicótica transitória. a morte de Casper simboliza o fim desse sonho.

**Qual a reestruturação possível?**

Ficar longe da heroína e tudo o que se referia a ela, inclusive a relação de apego estabelecida entre ambos, enquanto essa escolha era possível. E a fizeram.

**SINOPSE**

Candy (Abbie Cornish) é uma jovem estudante de artes plásticas que se apaixona por Dan (Heath Ledger), um jovem poeta, a quem se une num caminho pautado por um profundo e fortíssimo amor envolto na queda no abismo do consumo de heroína. O efeito da heroína é para os dois a extensão do seu próprio estado de espírito mas progressivamente os dois belíssimos e talentosos jovens são conduzidos por ela num desfiladeiro de degradação e alienação. O amor entre ambos torna-se num triângulo amoroso em que o terceiro elemento é a droga e o que fazem para a conseguir. O seu amor aumenta o afastamento das suas expressões artísticas, a falta de dinheiro, a incompreensão da família, os roubos, a prostituição, o filho que perdem, as inúmeras tentativas para largarem juntos e as outras tantas recaídas até um ponto em que se bate no mais fundo dos fundos e Candy colapsa não podendo nada mais voltar atrás.

Não sendo um filme sobre o consumo de droga mas sobretudo uma história de amor entre dois drogados, o submundo do tráfico não nos é apresentado, nem a própria decadência física é particularmente sublinhada, aparecendo mesmo um lado glamouroso deste universo na riquíssima casa do político homossexual Casper (Geoffrey Rush), também ele um viciado que, no entanto, consegue, pelo dinheiro que tem, não entrar diretamente no submundo, sendo sempre um porto de abrigo seguro para o jovem casal até ele próprio morrer de overdose dando a Dan a clara noção de que tudo acaba de um momento para o outro. (...) O filme alimenta-se deste contraste constante entre o lado solar do grande amor de ambos e o lado negro da adição, entre a beleza dos seus espíritos e dos seus corpos e os atos de ignomínia que praticam sem grandes hesitações ou reflexões morais.

FONTE: [PORTAL CINEMA](#)

29

abr

2011

12:30

CURSO DE GERENCIAMENTO DE CASO  
AULA #1INTRODUÇÃO AO CASE  
MANAGEMENTPROF. DR. CLÁUDIO  
JERÔNIMO DA SILVA

14:30

INTERVALO

15:00

AULA EXPOSITIVA  
MODELOS ETIOLÓGICOS DA  
DEPENDÊNCIA  
QUÍMICAPROF. DR. MARCELO  
RIBEIRO

16:45

INTERVALO

17:00

SEMINÁRIO DOS ALUNOS

O TRATAMENTO DO USUÁRIO DE CRACK

O PLANO DE TRATAMENTO \*

PARTE 1 PÁGINAS 19-26.

PROF. DR. MARCELO  
RIBEIRO APRESENTAÇÃO

18:00

TÉRMINO

## Modelos etiológicos da dependência química

Este capítulo tem por objetivo rever algumas teorias científicas relacionadas ao uso de substâncias e dependência química.

**Teorias explicam a relação existente entre dois ou mais fenômenos observados, sendo consideradas científicas por possuírem um método que pode ser repetido por outro pesquisador.** Contudo, as mesmas seriam apenas um amontoado descritivo de coisas observadas, não fosse sua razão essencial a de sistematizar e entender os meios e os motivos pelos quais os eventos acontecem.

O uso de drogas – abuso e dependência – envolve comportamentos e dinâmicas complexos. Como exemplo de tal complexidade, as razões que levam ao primeiro episódio de uso são diferentes das razões que levam à dependência, bem como os fatores que predispõem à experimentação inicial diferem dos que levam à recaída, e assim segue por searas distintas.

As explicações teóricas possuem enfoques diferenciados, que se traduzem em teorias naturais, biológicas, psicológicas, sociais, espirituais, além dos modelos de saúde pública. Algumas abordagens estão mais focadas em investigar os fatores relacionados à iniciação do consumo de drogas, enquanto outras, ao desenvolvimento de dependência. dessa forma, **a compreensão teórica completa dos fenômenos, do uso à dependência química, requer a compreensão e combinação adequada de vários tipos de teorias e modelos etiológicos.**

Essa nova concepção representa uma mudança importante no campo da dependência química, pois **até há poucos anos havia uma disputa por parte das inúmeras linhas teóricas dessa área.** Cada uma delas pretendia ser a explicação definitiva, em detrimento das demais. Naquele contexto, era impossível imaginar profissionais com orientações teóricas distintas, como médicos, psicanalistas e membros de alcóolicos anônimos trabalhando juntos e acreditando verdadeiramente que tal esforço conjunto contribuiria para a melhora do paciente.

Nesse novo paradigma, o **ecletismo informado** considera natural combinar as contribuições provenientes de todos estes modelos - sempre sob o ponto de vista da evidência científica - para aumentar as ferramentas que o profissional da área da saúde pode dispor para o tratamento da dependência química. **Nenhum modelo é capaz de apresentar uma solução única e definitiva para o universo de dependentes que se apresentam diariamente nos serviços de atendimento.**

### Objetivos

- (1) Apresentar os principais modelos etiológicos da dependência química, com uma visão crítica acerca dos limites e da validade dos mesmos.
- (2) Apresentar e discutir o conceito de ecletismo informado e suas implicações para a prática clínica diária.
- (3) Refletir o quanto o modelo moral ainda permeia a prática profissional de todos.

### Leitura para discussão em classe:

**Perrenoud LO, Ribeiro M. Etiologia dos transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas.** In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed; 2010. Páginas: 43-8 .

Assim, conclui-se esse comentário com a afirmativa de que não há modelos melhores do outros. Há, sim, indivíduos que se adaptam mais a um modelo do que o outro.

Os modelos etiológicos da dependência química serão objeto da aula apresentada pelo Professor Marcelo Ribeiro, Doutor em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, Diretor de Ensino da UNIAD | UNIFESP e coordenador desse curso.

## CURRICULUM VITAE

### Cláudio Jerônimo da Silva

Médico e psiquiatra pela Universidade Estadual Paulista – UNESP | Botucatu (2005). Especialista em Dependência Química pela Universidade Federal de São Paulo – UNIAD | UNIFESP. Doutor em Ciência pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

Atualmente é pesquisador, professor e diretor de ensino da UNIAD | UNIFESP. É sócio fundador do Centro Especializado no Tratamento da Dependência do Álcool e outras Drogas, onde foi presidente e atual vice presidente e coordenador médico.

Publicou seis artigos em periodicos especializados, possui três capítulos de livros e um livro publicados. Atua na área de Medicina, com ênfase em Psiquiatria Clínica. em suas atividades profissionais interagiu com 21 colaboradores em co-autorias de trabalhos científicos. Em seu Currículo Lattes os termos mais frequentes na contextualização da produção científica, tecnológica e artístico-cultural são: dependência química, psiquiatria, dependência do álcool, álcool e drogas, adolescência, prevenção em dependência química, políticas públicas, tratamento e alcoolismo.

LEIA MAIS: [CURRICULUM LATTES](#)

[claudiojeronimo@uniad.org.br](mailto:claudiojeronimo@uniad.org.br)

Artigo traduzido

## O que nós sabemos sobre dependência química?

**Nora Volkow**

Diretora do National Institute on Drug Abuse - NIDA

[AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY 2005 162 \(8\): 1401-2.](#)

O American Journal of Psychiatry, em 2005, dedicou um número inteiro à publicação de modelos biológicos da dependência química. O editorial abaixo apresenta todos eles, com breves comentários. Os mesmos podem ser [acessados livremente online](#).

O National Institute on Drug Abuse - NIDA - completa 30 anos de pesquisa sobre abuso de substâncias. Ao longo deste período, avanços significativos nos proporcionam um melhor entendimento da neurobiologia e tratamento da dependência química. Inicialmente, achados científicos documentam as mudanças permanentes no cérebro de dependentes, contribuindo para a conceituação da dependência como uma doença do cérebro. Adiante, através dos estudos com modelos animais e estudos de imagens em humanos, foi possível delinear os sistemas neurotransmissores e circuitos neuronais que são afetados pelo uso de drogas. No momento, dez estudos exemplificam alguns dos avanços. Este editorial discute tais papéis no âmbito dos principais eixos de pesquisa do NIDA: prevenção, tratamento e HIV/AIDS.

A questão desafiadora é: **por que, quando expostos às drogas, alguns**

**indivíduos se tornam dependentes enquanto outros não?** [Compton et al.](#)

usou estudos epidemiológicos para situar esta questão, os quais avaliam a contribuição da genética, meio ambiente e fatores de desenvolvimento, e suas interações com outros, que facilitam ou interferem no abuso e dependência de drogas. **Estima-se que fatores genéticos contribuam de 40% - 60% na variação dos riscos da dependência, incluindo as combinações e interações entre genética e meio ambiente.** Mas ainda começa a ser investigado o quanto tais combinações, interagindo com os mecanismos neurobiológicos, podem afetar a vulnerabilidade para a dependência. Um exemplo é fornecido por [Nades & Czoty](#), que destacam a influência de fatores do meio social nas vias dopaminérgicas, e como isso afeta a propensão para consumir drogas.

Fatores relacionados ao desenvolvimento cerebral são importantes no abuso de drogas. Por exemplo, **um atraso relativo no desenvolvimento dos circuitos que envolvem a emoção, julgamento e controle inibitório podem explicar a elevada propensão de adolescentes para agir impulsivamente e ignorar as conseqüências negativas de seu comportamento**, o que aumenta o risco de abusar de substâncias nessa etapa do desenvolvimento. Além disso, **a interação com drogas durante a adolescência pode ser particularmente prejudicial, podendo comprometer o desenvolvimento**

**contínuo dos neurotransmissores essenciais para o cérebro** (serotonina, acetilcolina, etc.)

Outro grande fator de risco é a presença de transtorno mental. **Crianças e adolescentes que sofrem de depressão, transtorno de conduta, TDAH ou esquizofrenia estão muito mais sujeitos ao abuso de drogas.** Tal fato pode ser visto de duas maneiras: como uma alta prevalência do abuso de drogas em doentes mentais, ou uma alta prevalência de transtornos mentais em usuários de drogas. Ambos os casos sugerem que pode haver um substrato neurobiológico comum entre abuso de drogas e transtornos mentais. Isto foi apontado por [Brady & Sinha](#), que discute como a comorbidade tem implicações importantes para a intervenção terapêutica e programas de prevenção.

**A identificação do substrato neurobiológico da dependência possibilita estabelecer novos alvos para o tratamento.** O aumento de dopamina no *nucleus accumbens* é considerado a base do reforço das respostas relacionadas ao abuso de drogas, e a repetição do consumo é tida como resultado de uma série de adaptações envolvidas na perda de controle e compulsão para o consumo que caracteriza a dependência. [Peter Kalivas e eu](#) nos referimos às adaptações das vias dopaminérgicas do córtex estriatal, que modulam a liberação de dopamina no *nucleus accumbens* e, portanto, a regulação da magnitude

da resposta dada ao reforço. Tais adaptações podem explicar a saliência do valor reforçador da droga e a diminuição da sensibilidade dos reforçadores de não uso em indivíduos dependentes. Adiante, a extensão do aumento de dopamina pode influenciar como o córtex prefrontal atribui e reajusta o valor dado ao reforço numa determinada situação, de modo que alterações ocorridas nesta região podem servir de base para atribuir grande valorização motivacional, levando à compulsão para o consumo da substância.

[Steven Hyman](#) esclarece **como os circuitos de aprendizado e memória estão envolvidos na dependência química**. Uma vez que a dopamina facilita a aprendizagem condicionada (processo mediado, em parte, pela amígdala), a experiência de prazer associada ao aumento de dopamina resulta num forte condicionamento, não apenas para a droga, mas também para os estímulos que antecedem o uso. **Através do condicionamento, estímulos inicialmente neutros se tornam altamente salientes e produzem respostas neuronais** – aumento de dopamina – desencadeando a busca pela droga. Isto pode explicar a emoção maior para a droga e os estímulos a ela relacionados que ofuscam a resposta para os reforçadores naturais.

Os artigos de [Vocci et al.](#) revisam alguns dos avanços em farmacoterapias que ocorreram nos

últimos 10 anos. **A identificação dos substratos neurobiológicos comuns em várias drogas, indica a possibilidade de desenvolver medicamentos benéficos para mais de um tipo de dependência**. Avanços da farmacogenética estão ajudando a identificar fatores preditivos para indivíduos que podem responder positivamente à medicação específica como tratamento da dependência. Um exemplo de como isso pode funcionar no caso da dependência de nicotina é dado por [Berrettini & Lerman](#).

A complexidade das conseqüências do comportamento dependente indica que **um tratamento farmacológico e comportamental, em conjunto, podem ser requisitos para a eficácia das intervenções**. Avanços significativos no tratamento comportamental da dependência são encontrados em [Carroll & Onken](#), aumentando as opções de tratamentos combinados.

HIV/AIDS é também uma prioridade do NIDA, uma vez que **drogas de abuso são um importante meio de transmissão do vírus HIV**. Não apenas pelo compartilhamento de seringas contaminadas, responsável por aproximadamente 30% dos novos casos de HIV, mas o estado alterado durante a intoxicação favorece um comportamento sexual de risco, e as alterações físicas facilitam a infecção. Comorbidades de abuso de drogas e HIV podem ter efeitos deletérios tanto nas funções neuronais como imunológicas.

[Jernigam et al.](#) refere-se às conseqüências da infecção por HIV em dependentes de metanfetaminas e anormalidades morfológicas cerebrais. Os resultados são surpreendentes na medida em que revelam não apenas um simples efeito aditivo, mas o que parece ser uma conseqüência distinta da associação, destacando a necessidade de melhor compreender as conseqüências dessas interações.

A natureza crônica da dependência e os riscos associados que traz, destaca a importância da prevenção e de intervenções terapêuticas precoces. Os psiquiatras estão em uma posição vantajosa, pois além do poder reconhecer precocemente o abuso ou dependência química e proporcionar tratamento adequado, seu envolvimento pode ter um impacto positivo também no curso de outros transtornos mentais.

---

**Nora Volkow** é psiquiatra e uma das maiores autoridades no estudo dos modelos neurobiológicos da dependência química. Desde 2003, a pesquisadora é diretora do [National Institute on Drug Abuse - NIDA](#), agência estadunidense dedicada ao estudo da dependência química, com enfoque nas drogas ilícitas.

**Tradução:** Mariângela Cirillo

# "Não existe droga segura"

Nora Volkow

[VEJA EDIÇÃO 2158 31 DE MARÇO DE 2010.](#)

A psiquiatra mexicana Nora Volkow, 54 anos, é uma das mais importantes pesquisadoras sobre drogas no mundo. Quando, porém, o assunto são os danos neurobiológicos que essas substâncias causam, Volkow pode ser considerada a número 1. Foi a psiquiatra quem primeiro usou a tomografia para comprovar as consequências do uso de drogas no cérebro e foi também ela quem, nos anos 80, mostrou que, ao contrário do que se pensava até então, a cocaína é, sim, capaz de viciar. Desde 2003 na direção do Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas, nos Estados Unidos, Volkow esteve no Brasil na semana passada para uma palestra na **Universidade Federal de São Paulo**. Dias antes de chegar, falou a VEJA, por telefone, de seu escritório em Rockville, próximo a Washington.

**Há quinze dias, um cartunista brasileiro e seu filho foram mortos por um jovem com sintomas de esquizofrenia e que usava constantemente maconha e dimetiltriptamina (DMT), na forma de um chá conhecido como Santo Daime. Que efeitos essas drogas têm sobre um cérebro esquizofrênico?**

Portadores de esquizofrenia têm propensão à paranoia, e tanto a maconha quanto a DMT (presente no chá do Santo Daime) agravam esse sintoma, além de aumentar a profundidade e a frequência das alucinações. Drogas que produzem psicoses por si próprias, como metanfetamina, maconha e LSD, podem piorar a doença mental de uma forma abrupta e veloz.

**Que efeitos essas drogas produzem em um cérebro saudável?**

Em alguém que não tenha esquizofrenia, os efeitos relacionados com a ansiedade e com a paranoia serão, provavelmente,

mais moderados. Não é incomum, porém, que pessoas saudáveis, mas com suscetibilidade maior a tais substâncias, possam vir a desenvolver psicoses.

**Estudos conduzidos pela senhora nos anos 80 provaram que a cocaína tinha, sim, a capacidade de viciar o usuário e de causar danos permanentes ao cérebro. Até então, ela era considerada uma droga relativamente "segura". Existe alguma droga que seja segura no que diz respeito à capacidade de viciar e de causar danos à saúde?**

Não existe droga segura, a não ser a cafeína. Como ela é estimulante e produz efeitos farmacológicos nos receptores de adenosina, é, sim, uma droga. Mas não há evidências de que vicie nem de que seja tóxica - a não ser que você tenha problemas cardiovasculares. Ainda não sabemos se é prejudicial a crianças e adolescentes, mas para adultos não há nenhum problema.

**E a maconha?**

Há quem veja a maconha como uma droga inofensiva. Trata-se de um erro. Comprovadamente, a maconha tem efeitos bastante danosos. Ela pode bloquear receptores neurais muito importantes. Estudos feitos em animais mostraram que, expostos ao componente ativo da maconha, o tetraidrocannabinol (THC), eles deixam de produzir seus próprios canabinoides naturais (*associados ao controle do apetite, memória e humor*). Isso causa desde aumento da ansiedade até perda de memória e depressão. Claro que há pessoas que fumam maconha diariamente por toda a vida sem que sofram consequências negativas, assim como há quem fume cigarros até os 100 anos de idade e não desenvolva câncer de pulmão. Mas até agora não temos como saber quem é tolerante à droga e quem não é. Então, a maconha é, sim, perigosa.

**A senhora concorda que ela seja a porta de entrada para outras drogas?**

Se você olhar os dados, verá que a maior parte dos usuários de cocaína começou com a maconha. Mas, ao olharmos os dados de quem fuma maconha, veremos que essas pessoas geralmente começaram com cigarros ou álcool. Qual seria a verdadeira droga de entrada, então? Uma das leituras sobre essa questão é

que, durante a adolescência, as pessoas bebem e fumam cigarros porque esses produtos estão disponíveis e são legais e, quando crescem, elas se tornam propensas a usar drogas mais pesadas. Uma leitura alternativa é que a exposição à nicotina e ao álcool na juventude faz com que as pessoas fiquem mais vulneráveis aos efeitos de outras drogas. Para mim, essa é a hipótese correta. A exposição precoce às drogas muda a sensibilidade do sistema de recompensa do cérebro. Como esse sistema se torna menos sensível, os dependentes químicos buscam uma compensação nas drogas.

**Por que em geral as pessoas começam a usar drogas na adolescência?**

O cérebro do adolescente é muito menos conectado do que o de um adulto. Como resultado, os adolescentes não conseguem controlar e regular a intensidade de suas emoções e desejos da mesma forma que os mais velhos. Isso faz com que vivam de maneira mais vigorosa, mas, ao mesmo tempo, assumam riscos maiores, como experimentar drogas.

**O uso de drogas na adolescência é mais perigoso do que na vida adulta?**

Certamente, porque o cérebro de um adolescente é mais plástico e mais sensível aos estímulos externos que vão moldá-lo. A forma que seu cérebro vai tomar na idade adulta depende muito dos estímulos que você recebeu quando criança e adolescente. O risco de desenvolver o vício também é maior para o adolescente. O motivo é o mesmo: a plasticidade cerebral nessa fase, que faz com que o jovem apreenda informações muito mais facilmente do que o adulto.

**Por que é tão difícil quebrar o ciclo de desejo, compulsão e perda de controle que o vício traz?**

É difícil porque o cérebro, em consequência do uso de drogas, é modificado de maneira física. A dependência química é uma doença cerebral que muda a bioquímica, a função e a anatomia do cérebro. Ocorre da seguinte maneira: todas as drogas aumentam a concentração de dopamina no cérebro. Quando o sistema dopaminérgico é ativado vez após outra pelo consumo repetido dessas substâncias, ele sofre modificações, de forma que passa a não funcionar mais

**Por que é tão difícil quebrar o ciclo de desejo, compulsão e perda de controle que o vício traz?**

É difícil porque o cérebro, em consequência do uso de drogas, é modificado de maneira física. A dependência química é uma doença cerebral que muda a bioquímica, a função e a anatomia do cérebro. Ocorre da seguinte maneira: todas as drogas aumentam a concentração de dopamina no cérebro. Quando o sistema dopaminérgico é ativado vez após outra pelo consumo repetido dessas substâncias, ele sofre modificações, de forma que passa a não funcionar mais quando a pessoa não está sob efeito da droga. Com isso, o usuário procura usar mais drogas - para tentar compensar esse déficit.

**O que faz alguém se viciar em uma droga?**

Isso pode variar de pessoa para pessoa e de acordo com o tipo de droga. Mas, de modo geral, é preciso que a pessoa seja exposta à substância repetidamente. Mesmo nessas condições, nem todos os usuários se viciam. Porém cerca de 10% deles desenvolvem o vício depois de pouco tempo de uso. Nos casos em que isso ocorre, o usuário tem uma vulnerabilidade que pode ser de ordem biológica ou social. Isso significa que ele pode ter uma predisposição genética para o vício ou estar sob algum tipo de stress que ajudou a disparar o gatilho da adição. Os traumas mais potentes ocorrem na infância: abandono, repetidas negligências, abusos físicos, sexuais, convivência com pais presos ou portadores de doenças mentais. Mas é claro que nada disso resulta em vício se a pessoa não tiver acesso às drogas.

**É possível curar o vício?**

Nós não podemos curá-lo atualmente, apenas tratá-lo. Quando você tem uma infecção bacteriana, toma um antibiótico e está curado. Agora, se você tem asma ou diabetes, tem de tomar algum tipo de medicamento ao longo de sua vida. É um tratamento para sua condição, não uma cura. Hoje, existem apenas tratamentos para o vício, que combinam medicamentos e terapias comportamentais. Estamos desenvolvendo uma vacina contra o vício de cocaína e nicotina, mas são apenas pesquisas ainda.

**É possível, depois de se reabilitar, voltar a usar drogas sem se viciar?**

Há casos já identificados. Por muito tempo se disse, principalmente sobre o alcoolismo, que, se você é alcoólatra, nunca, mas nunca mesmo, poderá chegar perto de novo da droga. Em pesquisas, há evidências de que alguns alcoólatras conseguem voltar a beber um ou dois copos de vez em quando sem se viciar, mas eles são a minoria. O problema é que não sabemos quem será capaz de se ater a apenas alguns drinques e quem vai se viciar de novo, por isso recomendamos clinicamente que todos fiquem afastados da droga.

**Está em curso no Brasil uma campanha para descriminalizar a maconha. A senhora concorda com isso?**

Não concordo porque, ao descriminalizar a maconha, você estará contribuindo para que mais gente a consuma. Há quem não fume por medo da repercussão negativa que a atitude pode provocar - e descriminalizá-la significa dizer: "Se você fumar, está tudo bem".

**Um grupo de pesquisadores brasileiros está discutindo a possibilidade de permitir o uso medicinal da maconha. Quais são os benefícios já comprovados da droga?**

As pesquisas mostram que os canabinoides, inclusive o THC, têm algumas ações terapêuticas úteis. Por exemplo, diminuem a resposta à náusea, o que é muito útil para pacientes com câncer que estão enfrentando uma quimioterapia. Outra vantagem comprovada é que eles aumentam o apetite e podem ajudar a combater a anorexia que acomete pacientes com doenças como a aids, por exemplo. Além disso, podem ter benefícios analgésicos e diminuir a pressão interna do olho, o que pode evitar um glaucoma. O que nosso instituto apregoa é que você pode ter o benefício dos canabinoides sem os efeitos colaterais que resultam do fumo da maconha, como a perda de memória, por exemplo. Por isso, estamos encorajando o desenvolvimento de medicamentos que maximizem as propriedades terapêuticas da droga sem seus efeitos danosos. No mercado americano, já existem algumas pílulas, como a Marinol, que permitem isso.

**Em suas pesquisas a senhora descobriu que o córtex orbitofrontal, a principal área**

**do cérebro afetada por quem tem transtorno obsessivo-compulsivo, também está ligado ao vício. É essa a chave da compulsão pelas drogas?**

Eu concluí que a pessoa viciada em drogas desenvolve uma obsessão e uma compulsão pela droga similares àquela que tem transtorno obsessivo-compulsivo. O que o vício e o TOC têm em comum é que ambas as doenças afetam as mesmas áreas do cérebro, aquelas relacionadas aos hábitos e aos controles. Mas, embora o local afetado seja o mesmo e a apresentação dos sintomas se dê de forma parecida, os mecanismos que levam a essas anormalidades não são.

**A senhora também estudou a função da dopamina em quem come compulsivamente. Que relações se podem fazer entre a obesidade e o vício em drogas?**

Ambos resultam em uma busca compulsiva por uma recompensa: no caso da obesidade é a comida e no caso da adição é a droga. Nos dois, há a perda de controle. Quem é patologicamente obeso come mesmo quando não quer. Podemos dizer que algumas pessoas parecem ser viciadas em comida, embora até o momento isso não tenha sido aceito nas comunidades clínica e científica.

**A secretária de Estado dos Estados Unidos, Hillary Clinton, disse recentemente que o povo americano tem uma demanda insaciável por drogas. A senhora acredita que essa demanda é mesmo mais intensa nos EUA do que em outros países?**

O prazer oriundo das drogas é uma comodidade que você compra, como um luxo. Então há, sem dúvida, um elemento econômico nessa discussão. Também existem elementos relacionados à estrutura social e às normas. Os americanos são mais tolerantes em relação a comportamentos diferentes do que muitos outros povos. Isso resulta também em maior aceitação do uso de drogas.

**A senhora nunca sentiu vontade de experimentar alguma droga?**

Bebo de vez em quando um copo de vinho e experimentei cigarros quando era adolescente. Nunca usei cocaína, maconha nem outro tipo de droga ilícita. Amo meu cérebro e nunca pensei em estragá-lo. ★

30

ABR

2011

## HISTÓRIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

09:00

CONFERÊNCIA

**O CONSUMO DE DROGAS NA PRÉ-HISTÓRIA E NO NEOLÍTICO - CRESCENTE FÉRTIL, ORIENTE, ÁFRICA E CIVILIZAÇÕES PRÉ-COLOMBIANAS**

PROF. DR. MARCELO RIBEIRO

10:30

INTERVALO

11:00

CONFERÊNCIA

**SÉCULOS XV - XIX: DROGAS COMO COMODITES & ARTIGOS DE COMÉRCIO**

PROF. DR. MARCELO RIBEIRO

12:30

INTERVALO

13:30

CONFERÊNCIA

**SÉCULO XX: O PROIBICIONISMO, O USO SACRAMENTAL E A CONTRACULTURA**

PROF. DR. MARCELO RIBEIRO

15:30

INTERVALO

15:15

CONFERÊNCIA

**O MUNDO CONTEMPORÂNEO: INDIVIDUALISMO, CONSUMISMO E AS DROGAS SINTÉTICAS.**

PROF. DR. MARCELO RIBEIRO

17:00



**SEMINÁRIOS AVANÇADOS**  
DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA: MARCELO RIBEIRO

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS \* UNIAD | UNIFESP

## HISTÓRIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

### PSICOATIVAS: DA PRÉ-HISTÓRIA À ERA SINTÉTICA.

ANFITEATRO DA SPDM | RUA DIOGO DE FARIA, 1036 SÃO PAULO - SP

RESERVAS ATÉ A ÚLTIMA TERÇA-FEIRA ANTES DO EVENTO NA SECRETARIA DA UNIAD:

11 - 5571.0493 (COM SIMONE) OU POR E-MAIL: [cursos@uniad.org.br](mailto: cursos@uniad.org.br)

NO ÚLTIMO SÁBADO DE CADA MÊS UM TEMA RELACIONADO AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS É DEBATIDO EM PROFUNDIDADE POR PROFISSIONAIS E DOCENTES DA UNIAD, EM PARCERIA COM SERVIÇOS VINCULADOS À UNIFESP, A OUTRAS UNIVERSIDADES OU A SERVIÇOS DE REFERÊNCIA NO CAMPO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA E DE ÁREAS CORRELATAS.

# Rcedq

REVISTA do curso de especialização em dependência química

Rua Borges Lagoa, 570 8º andar conjunto 82 Vila Clementino 04038-030

Telefone & Fax: 11 - 5084.3001 | 5571.0493

[cursos@uniad.org.br](mailto:cursos@uniad.org.br)

[www.uniad.org.br](http://www.uniad.org.br)



INSTITUTO NACIONAL DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS DO ÁLCOOL E DROGAS |  
INPAD

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E  
DROGAS | UNIAD



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO  
PAULO | UNIFESP