

Heroína: A próxima epidemia de drogas no Brasil ?

Ronaldo Laranjeira*, Lilian Ratto**, John Dunn*

* UNIAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas), Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP)

** Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Endereço para correspondência:
Prof.Dr. Ronaldo Laranjeira
UNIAD- Dept. de Psiquiatria EPM-UNIFESP
Rua Botucatu, 740
São Paulo - SP
04023-001 - BRAZIL
FAX: 00 55 11 549 2127
e-mail : laranjeira.dpsi@epm.br

Resumo

Nos últimos vinte anos existiu uma tendência do consumo de drogas ilícitas mudar constantemente no Brasil. Devemos nos perguntar qual seria a próxima mudança que deverá ocorrer entre nós. Como existe uma tendência, já notada há alguns anos, de internacionalização do uso da heroína, e além disso, como alguns países andinos estão plantando ópio, uma das possibilidades é que a heroína seja a próxima droga de abuso que surgirá no Brasil. Descrevemos um caso clínico que buscou ajuda num serviço público e que consumiu heroína até tornar-se dependente. As possíveis implicações deste caso são discutidas.

Unitermos: heroína, nova droga, epidemia, Brasil, política de drogas

Summary

In the last twenty years there has been a constant change in the illicit drug market in Brazil. We should ask ourselves which change shall occur next. As there is a trend that heroin should become an international drug, and furthermore as some countries in the andes region are growing opium, one possibility is that heroin is the next drug of abuse in Brazil. A clinical case who came to treatment in a public drug clinic for dependency of heroin is described. The implication of this case is discussed.

Uniterms: heroin, new drug, epidemic, Brazil, drug policies

Heroína: A próxima epidemia de drogas no Brasil ?

Ronaldo Laranjeira*, Lilian Ratto**, John Dunn*

O padrão consumo de drogas tem mudado constantemente e de uma forma dramática nos últimos vinte anos no Brasil (1). Até o começo dos anos oitenta praticamente não tínhamos uso de cocaína, pois o acesso desta droga era restrito às pessoas ou muito ricas ou com ligações muito especiais no mundo das artes e negócios. Esta situação mudou rápida e substancialmente por vários fatores. Em primeiro lugar, passou-se a plantar maiores quantidades de coca nos países andinos, visando o mercado americano. Em segundo, os traficantes passaram a utilizar a mesma rede de distribuição que já existia para a maconha e portanto, com maiores possibilidades de atingir um maior número de consumidores. Em terceiro lugar e relacionado com os fatores anteriores, o preço da cocaína caiu muito. Em quarto lugar, no caso especial do Brasil, viramos um país importante na rota do tráfico e por isto, uma parte substancial da droga acaba transbordando para o nosso mercado interno.

Esse fatores contribuíram para a grande mudança do padrão de consumo das drogas nos anos oitenta e começo dos anos noventa. Foi quando aumentou extraordinariamente o consumo de cocaína e as complicações do seu uso. No começo houve um predomínio do padrão de uso da cocaína aspirada, mas em seguida um grande número de usuários passou a injetar-se, o que ocasionou uma das maiores tragédias no campo das drogas no Brasil nas últimas décadas (2). Milhares de usuários acabaram ficando infectados pelo HIV, a maior parte deles já morreu ou acabou infectando suas parceiras e filhos.

A partir do começo dos anos noventa, principalmente em São Paulo uma nova forma de padrão de uso da cocaína passou a ficar mais frequente, que foi a cocaína fumada ou crack (3,4). Este novo padrão ofereceu um novo desafio em termos de prevenção e tratamento pois acabou atingindo um novo tipo de usuário, mais jovem e inexperiente e morador da periferia das Grandes Cidades.

A política de drogas governamental em nenhum momento acompanhou essas mudanças no padrão de consumo. Até hoje não temos uma política de distribuição de agulhas e seringas para os usuários de drogas injetáveis, muito embora todos os países que adotaram essa forma de prevenção tenham colhido frutos muito bons. Por exemplo, no Brasil cerca de 50% dos usuários de drogas endovenosas são HIV positivos, contrastando dramaticamente com a Inglaterra onde somente 1% são infectados. A grande diferença é que, desde 1984 quando do surgimento dos primeiros casos de infecção pelo HIV em usuários de drogas ingleses, passou-se a implementar uma política vigorosa de prevenção com esta população (2). O resultado foi que esta política salvou a vida de milhares de pessoas.

Com o aparecimento do consumo do crack, no começo dos anos noventa, mais uma vez constatamos o total despreparo das políticas públicas de minimizar o dano de uma nova forma de uso de drogas. Mesmo após seis anos depois do

aparecimento do crack em São Paulo, ainda não temos uma política de atendimento para esses pacientes. Nos países desenvolvidos fala-se que a política oficial está sempre dois passos atrás das mudanças do padrão de consumo de drogas. No Brasil podemos falar que ficamos paralizados com essas novas forma de consumo e a implementação de novas políticas de drogas só ocorrem muito tardiamente após muito dano já ter ocorrido.

A grande pergunta que devemos nos fazer no momento é: qual seria a próxima mudança no padrão de consumo de drogas que inevitavelmente se instalará no Brasil ? O que será que poderíamos fazer para não repetirmos o sentimento de paralisia com que temos sentido durante os últimos anos em relação às políticas de drogas ? Como prevenir os eventuais danos dessas novas drogas que inevitavelmente surgirão ?

Vários fatores podem estar contribuindo para que a heroína seja a próxima droga que produzirá danos sociais no país. Em primeiro lugar, existe uma tendência à internacionalização dessa droga, dela expandir-se para além dos mercados tradicionais europeus, norte-americanos e asiáticos. Em segundo lugar, existem evidências de que começou-se a plantar ópio em vários países andinos. Em terceiro lugar, muito provavelmente a mesma rota de distribuição da cocaína será usada para a heroína, e portanto com muitas chances de transbordar para o mercado brasileiro.

Em São Paulo já há muito tempo sabia-se que uma parte da comunidade oriental que habita uma região central da cidade consumia heroína, muito embora fosse um consumo bastante localizado e somente em indivíduos dessa comunidade. Uma outra fonte de eventuais pacientes consumidores de heroína que chegavam aos serviços de usuários de drogas ou nos consultórios particulares eram de indivíduos que haviam ido para a Europa ou EUA e ficado dependentes de heroína nesses países. Nunca havia chegado ao nosso conhecimento pacientes que faziam uso regular de heroína fora dessas duas condições descritas acima. Abaixo descreveremos o primeiro caso identificado de um usuário de heroína que ficou dependente de heroína em São Paulo, que não fazia parte da comunidade oriental, nunca havia saído do país e buscou ajuda profissional num serviço público.

Caso Clínico:

O paciente de 30 anos, branco, masculino, natural e procedente de São Paulo, católico, joalheiro, cursou até o segundo ano do curso de enfermagem. Atividade atual: tráfico de drogas. Atividades anteriores: garimpeiro, piloto de teste de motocicletas, micro empresário.

Histórico Escolar: início aos 7 anos; sem reprovações; curso em escolas particulares em bairros de classe média de São Paulo.

Sexualidade: início aos 13 anos; muitas parceiras e uso esporádico de preservativos; nega relacionamentos homossexuais; casado por três vezes, pai de três filhos, com 11, 6, 4 anos respectivamente.

PRIMEIRAS DROGAS:

11/12 anos (1977/78) Tabaco, álcool, maconha, Inicialmente aos finais de semana; em 1 mês uso diário acompanhado de um ou dois amigos, antes e depois das aulas; 3 a 4 cigarros de maconha/dia; cerveja “até o final do dinheiro”.

Evoluindo para:

SEGUNDA DROGA: 14/15 anos (1980/81) Cocaína aspirada. Uso diário 1g a 2g, sempre antes do trabalho, ao sair e antes da escola; mantinha o uso da maconha. Recursos do próprio trabalho(balconista de loja de sapatos) .

TERCEIRA DROGA: 15/16 anos (1981/82) Optalidon (propifenazona). Mantinha o uso das demais drogas, esta usava semanalmente.

Entre (1984 a 1989), incrementou o uso de cocaína aspirada, usando cerca de 5g/dia, conforme a disponibilidade. Chegou a ir para um país andino para trabalhar na colheita e refino de coca, recebendo 350g de coca/dia por uma jornada de 8 horas de trabalho, além do uso livre durante o dia. Trazia cocaína para o Brasil, vedendo-a a amigos principalmente no garimpo. Em 1991 soube que em São Paulo, na Capital, era possível encontrar heroína. Passa cerca de 4 dias consecutivos no “ponto” onde a droga era vendida, “tentando convencer a vendedora.” Segundo ele, esta só lhe passou a droga após ter se tornado “sua amante”

O preparo era feito em “banho maria”, aspirando o vapor .Com uma colher de sobremesa, com um cabo de cada lado, apoiada dentro de uma panela rasa com água, aspirava os vapores da água em ebulição e a cabeça coberta por uma toalha plástica. Não usou a droga de forma aspirada, pois um amigo que assim fez por três dias consecutivos falou que causava perfuração do septo nasal e na asa do nariz. Consumia a droga semanalmente, sempre aos domingos, pois a venda era feita nesse dia em uma barraca de quadros localizada numa feira de artesanato no bairro da Liberdade. Na época, preparava a droga dessa forma para grupos de 10 a 15 pessoas, não sabendo informar quantas gramas eram usadas. Normalmente, cada 4 pessoas compravam 1g por 280 dólares.

Aos 27 anos de idade (1993), passou a fazer uso de heroína injetável, por não mais sentir os efeitos da forma inalada. Por 6 meses, conseguiu usar somente de 1 a 3 vezes por semana, e ao final de um ano, de 4 a 5 vezes por semana. Aos 28 anos, passa a fazer uso diário, 5 a 6 vezes ou mais usando atualmente cerca 1g/dia. Para não compartilhar seringas, antes mesmo de usar pela primeira vez, mandou confeccionar uma seringa semelhantes as usadas por dentista, inclusive com “cartuchos”. Preparava os “cartuchos” com antecedência para uso próprio e seringas para 18 a 20 pessoas . Usa gotas de casca de limão com ácido para cozinhar e dissolver a heroína em água destilada. Fazia uso da droga em casa de amigos, ou no metrô, escondido dos transeuntes. Estas casas são geralmente mansões na zona sul e no litoral norte de SP aparentemente usadas apenas para este fim pois não moram pessoas lá. O grupo era constituído de 6 mulheres e 12 homens, com profissões variadas de modelos a empresários, todos adultos jovens.

Há três anos passou a integrar o “tráfico”, fazendo viagens de moto, para Porto Strossner Paraguai, sem paradas, retornando no mesmo dia. Trazia a droga na carenagem da moto e/ou numa mochila. Cerca de 35 a 40 kgs por viagem, lhe rendiam na máximo U\$ 1.000, e pelo menos 5 g de heroína. Sabe que a droga vem do Oriente, mas não por onde chega e qual o meio de transporte. Refere ainda, que

há aproximadamente 6 anos, frequenta com certa regularidade algumas casas do bairro da Liberdade onde se fuma ópio. O preço é alto cerca de U\$ 150,00 a dose e as casas são frequentadas quase exclusivamente por orientais.

Queixas físicas decorrentes do uso crônico:

1- Perda de todos os dentes, o que é referido como um fenômeno comum a todos os “empregados e patrões” desse comércio que usam prótese móveis, pelas quais podem se identificar (são feitas apenas por um protético ou dentista e passam de boca em boca com pequenos ajustes). Atualmente, a ausência das gengivas quase expõe o osso da arcada superior.

2- Úlcera gástrica que o levou ao hospital “com risco de cirurgia”(sic).

3- Flebites: no início, fazia uso da heroína injetável nos braços. Com a piora gradativa da funcionabilidade das veias, passou a fazer uso das veias do pé, principalmente sob a unha primeiro artelho.

Internação

Durante dois meses ficou internado num hospital público. Na sua entrada apresentava sintomas de intoxicação aguda leve pelos opiáceos: lentificação global, humor normal, miose, pele seca. Em seguida desenvolveu sintomas de abstinência pelos opiáceos: sudorese, bocejos frequentes, rinorréia, lacrimejar, midriase, tremores, piloereção, vômitos, cólicas abdominais, diarreias, febre (38.5C), espasmos musculares, taquicardia e hipertensão arterial discreta, ansiedade, inquietação, arrepios, insônia, perda de energia e do apetite, fissura, delírium. Foi medicado com benzodiazepínicos, prometazina, metoclopramida e metilbrometo de hiocina (Buscopan). Esses sintomas desapareceram progressivamente ao longo da primeira semana. Alguns sintomas como rinorréia, insônia, sudorese e a piloereção só desapareceram na semana seguinte. Foi usado neste período propranolol para alívio dos sintomas simpáticos e manteve benzodiazepínicos em doses altas (100mg diazepam) devido à irritabilidade e insônia. Após dois meses de internação houve remissão completa dos sintomas.

Discussão

O encontro de um paciente que relate o uso de uma droga não facilmente disponível no mercado pode ser o começo de um novo padrão de consumo de drogas que se instalará numa comunidade. Os estudos epidemiológicos mostram que esses casos sentinela possam ser importantes na detecção de epidemias. Devido à importância de uma nova epidemia de uma nova droga no Brasil este caso pode servir como um alerta (5). Existe obviamente a limitação inerente à informação de um único caso que possa estar sujeito a uma série de meias verdades, à excepcionalidade da situação vivida pelo usuário, fantasias e mentira plena. No entanto o caso relatado manteve a versão dos fatos consistente ao longo de toda a internação e a maior parte das informações foi confirmada pelos familiares. Além disso, apesar dos sintomas de abstinência dos opiáceos não serem absolutamente

patognomônicos, a sequência e o relato dos sintomas foram convincentes de abstinência aos opiáceos.

O que preocupa com as informações obtidas são duas coisas. Em primeiro lugar uma rede de distribuição regular de heroína com uma conexão com o Paraguai. A implicação desta rede pode ser um começo de um sistema de distribuição de heroína que possa atingir um público grande. Em segundo lugar, pelo relato deste paciente, começa a existir um tipo de usuário de heroína fora do círculo restrito da comunidade oriental paulistana. Esses usuários seriam profissionais de classe média alta dispostos a experimentar com a heroína. Algo semelhante está acontecendo também nos EUA atualmente com o ressurgimento da heroína. Profissionais bem sucedidos estão deixando a cocaína e passando a usar heroína. A alegação é que a heroína apresenta menores consequências no dia seguinte, além do fato de que como esta droga está chegando de uma forma mais pura ela pode ser usada aspirada ou inalada.

Se essas informações forem confirmadas por outros pacientes podemos estar diante de uma nova onda de uso de drogas com consequências imprevisíveis para a saúde pública no Brasil. Os usuários de drogas brasileiros não estão acostumados com os opiáceos, pois a América Latina, historicamente sempre foi poupada deste tipo de droga. Em oposição à Europa e aos EUA que desde o século passado apresentam um consumo constante de opiáceos. Um dos principais riscos com essa droga é que no começo, inúmeros usuários despreparados possam ter overdose, por desconhecerem a dose que deveriam usar ou a real pureza da droga. Além disso o uso crônico e o aparecimento dos sintomas de abstinência, com o predomínio de desconforto físico, possa ser mais um fator envolvido na criação de um grupo de usuários desorganizados e que possam envolver-se em comportamentos anti-sociais para conseguir a droga.

O desafio para os organizadores da saúde pública que estão envolvidos na prevenção de drogas e na organização de serviços aos usuários de drogas é enorme. Podemos ter em alguns centros urbanos um novo grupo de usuários de drogas, com problemas que se aglutinarão aos enormes problemas já existentes relacionados ao crack e à cocaína. Devemos nos próximos meses monitorar muito de perto novos casos que eventualmente possam surgir para não repetirmos a demora exagerada na organização de serviços e políticas preventivas que ocorreu nos últimos vinte anos.

Referências

- 1- Laranjeira, R. "Bases para uma politica de tratamento dos problemas relacionados ao alcool e outras drogas no Estado de Sao Paulo" J. Bras. Psiquiatria, 45 (4), 191-199, 1996.
- 2- Dunn, J., Laranjeira, R. "The epidemic that was allowed to happen". Addiction, 91(8), 1089-1099, 1996.
- 3- Ferri, C. e colaboradores "Aumento da procura de tratamento por usuarios de crack em dois ambulatorios na cidade de Sao Paulo nos anos de 1990 a 1993". Revista da AMB (no prelo)
- 4- Dunn, J. et al "Crack Cocaine: An increase in use among patients attending clinics in Sao Paulo: 1990-1993" Substance Use & Misuse, 31(4), 519-527, 1996.
- 5- Laranjeira, R. e colaboradores "Extase (3,4 metilendioxi metaanfetamina, MDMA): Uma droga droga velha e um problema novo ?" Revista da ABP-APAL .18 (3): 77-81, 1996