

## Entrevista com Ronaldo Laranjeira, da Unifesp.

Professor do Departamento de Psiquiatria da Unifesp e coordenador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad)

PhD em Psiquiatria pela Universidade de Londres

### -- Existem estudos epidemiológicos sobre o uso de drogas no Brasil?

Esse é justamente o grande problema do país nesta área: os dados epidemiológicos são poucos e esparsos. Nos Estados Unidos, por exemplo, existem vários sistemas de monitoramento da tendência de consumo de drogas. São feitos anualmente três inquéritos nacionais da população, entre os quais um específico para jovens, para avaliar como está o consumo de uma determinada droga naquele ano e também para se verificar como o consumo de uma determinada droga vai se estabelecendo ao longo dos anos na população. Lá já existe, portanto, uma sistemática formalizada de acompanhamento, que envolve vários grupos de pesquisa; isso é imprescindível para que se fale sério em uma "política de drogas". Sem esse primeiro passo, fica-se apenas no discurso, e discurso não é política.

### -- No Brasil, então, estamos mal...

Não podemos dizer nem se o que se passa no nordeste é diferente do sul... Um dos melhores estudos epidemiológicos feitos no Brasil foi o coordenado pelo professor Elisaldo Carlini, aqui da Unifesp. Ele fez o levantamento do uso de drogas entre escolares em várias capitais do país. Mas o seu trabalho também apresentou limitações, que devem ser levadas em conta. Uma delas é de que, em geral, os usuários de droga abandonam os estudos e não permanecem na escola. Então, quando se analisam os dados obtidos em escolas, deve-se levar em conta esse fato e considerar que o número de usuários de drogas em idade escolar pode ser ainda maior do que o encontrado. Apesar de importantes, os estudos feitos no país estão limitados e nos fornecem apenas visões parciais do que ocorre. Através deles e dos dados obtidos a partir dos serviços de atendimento ao usuário, temos apenas indícios do que possa estar acontecendo. Aqui na Unifesp, por exemplo, atendemos cerca de 300 usuários de drogas por semana. Analisando essa demanda, temos "pistas" do que está acontecendo com a população em geral. Mas, veja, são apenas impressões, que não substituem a necessidade de um inquérito mais aprofundado. Ao contrário, nossas impressões parciais indicam a necessidade de inquéritos mais abrangentes.

### -- Apesar dessas limitações, é possível se falar em um "perfil" do usuário de drogas?

Podemos traçar esse perfil com base na nossa experiência de atendimento e nesses estudos existentes, mas não podemos tomá-lo como "o perfil", aplicável a qualquer caso. Por exemplo, estamos particularmente interessados no tema "Maconha", porque constatamos, no ano passado, um aumento de usuários de maconha em nosso serviço de atendimento. São pessoas com problemas, exclusivamente, causados pelo uso da maconha. Não víamos isso antes, mas agora o número desses casos aumentou, a ponto de criarmos um serviço de atendimento específico para eles.

### -- Qual as possíveis explicações para esse aumento de procura de tratamento, por usuários de maconha?

Acredito que isso está relacionado, em primeiro lugar, a diminuição da percepção de risco do uso de maconha. Tem se propalado a idéia de que "maconha não é uma droga pesada" e isso influencia no seu consumo. Quanto mais se fortalece a idéia de que a maconha é "leve", mais aumenta o seu consumo. Nos Estados Unidos, também se fez essa avaliação: ao se insistir

tanto nos riscos causados pela cocaína e o *crack*, passou-se a idéia de que a maconha, por contraste, era uma droga "leve", "que não causava mal". Essa mudança de percepção de risco entre os jovens, principalmente, foi um dos principais fatores de aumento do consumo da droga. O próprio discurso a favor da liberalização da droga favoreceu essa percepção diferenciada do risco e, portanto, o aumento do consumo da maconha. É claro, também, que outros fatores estão envolvidos com o aumento do número de usuários de maconha, tais como a diminuição do preço e uma distribuição mais eficiente da droga. Mas, sem dúvida, quando se teme menos uma coisa, seu uso aumenta.

**-- Esses argumentos explicam o aumento no número de usuários, mas não necessariamente o aumento dos usuários que procuram tratamento...**

De fato existem outros fatores envolvidos... Estudos recentes feitos nos Estados Unidos mostram que nos últimos anos a concentração da substância ativa da maconha (o THC ou delta-9-tetrahidrocannabinol) vem aumentando. Nos anos 60, a concentração ficava em torno de 1%; atualmente chega a 4% e, em algumas situações, como em variedades como o *skank*, atinge 20%. A concentração do THC na planta depende do solo e do clima em que é cultivada. Também depende da qualidade da planta. Existem indícios de que os produtores da maconha, principalmente na Holanda, estariam selecionando cepas da planta com concentrações cada vez maiores de THC. A concentração de THC, portanto, estaria bem maior hoje do que na década de 60. No Brasil não temos esse monitoramento da concentração do THC na droga apreendida, mas os próprios relatos de usuários nos fazem acreditar que isso esteja de fato acontecendo. Então, uma hipótese que explicaria esse aumento de procura por tratamento é que a maconha com mais THC estaria aumentando as chances do usuário crônico desenvolver dependência e aumentando os efeitos e problemas advindos de seu uso.

Outro fator que pode estar influenciando a busca por tratamento é a diminuição na idade de início de consumo. A iniciação ao uso da maconha no Brasil ocorre hoje por volta dos 13/14 anos. Estudos revelam que 60% dos meninos de rua usaram maconha pelo menos uma vez e cerca de 10% dos estudantes do 1º grau já o fizeram. Entre universitários, dados de 1995, revelam que 26% deles já haviam experimentado a droga. A iniciação cedo pode também estar aumentando as chances de desenvolver dependência. A maior concentração de THC e o início cedo de uso da droga são fatores que podem estar se expressando na dificuldade em largar a droga e, portanto, na necessidade de buscar tratamento. Se no passado o usuário de maconha largava o hábito quando queria, hoje ele pode estar tendo dificuldade em fazê-lo.

**-- É possível falar, no caso da maconha, em dose-dependência?**

Pode-se dizer que a medida que uma droga fica mais concentrada ela tem mais chance de produzir dependência. Os adolescentes, em geral, querem saber, por exemplo, "quantos cigarros de maconha se pode fumar sem ficar dependente". Não existe essa resposta. É como alguém consumir cerveja, que tem uma concentração de álcool de 5%, ou beber pinga, com concentração de 45% de álcool... A chance aumenta bastante para quem consome pinga, mas ela não deixa de existir para quem consome cerveja. Com a maconha também acontece isso: o fumante do "baseado" de maconha da década de 60 tinha uma chance de se tornar dependente muito menor do que o usuário de hoje. Tanto que na literatura técnica daquela época, questionava-se se a maconha causava dependência. Só nos últimos anos, com o surgimento dessas variedades mais fortes da *Cannabis*, surgiram estudos mostrando que a maconha causa, sim, dependência e sintomas de abstinência em certas pessoas. Sabemos hoje que não se fica viciado fumando um cigarro de maconha, porém sabemos também que o uso regular da droga pode resultar em dependência. O risco vai depender de quão freqüentemente a pessoa usa a droga e da concentração de THC que possui a maconha que ela está usando. É como o cigarro, só que para o tabaco já existe uma resposta mais objetiva; já se sabe, por exemplo, que 60% dos adolescentes que fumaram mais do que seis semanas regularmente, fumaram por mais de 30

anos. Ou seja, a maioria se tornou dependente. Para a maconha, isso ainda não está definido. No entanto, eu frisaria, com base na experiência de atendimento clínico que temos na Unifesp, que a maconha hoje em dia é uma droga “pesada”. Basta ver os danos que ela causa aos usuários que nos procuram...

**-- A idéia de que a maconha é a “porta de entrada” para o uso de outras drogas é um mito?**

Embora exista polêmica quanto a isso, já se sabe que alguém que usa maconha está mais propenso a experimentar outra droga. Mas isso não porque a maconha cause essa propensão e sim por causa das circunstâncias que levaram a pessoa até a maconha; elas são praticamente as mesmas para qualquer droga. Em geral, o usuário de maconha tem contato com pessoas que consomem outras drogas e isso funciona como um facilitador do acesso a elas. Principalmente entre adolescentes, o ciclo de amizades, os locais freqüentados e o tipo de programas realizados podem estimular a curiosidade e o consumo de vários tipos de drogas.

**-- Vocês detectam algum condicionante sócio-econômico ou psicológico entre os usuários de droga atendidos?**

A maconha, desse ponto de vista, pode se considerada uma droga "democrática", porque atinge igualmente todas as classes sociais. Existe um estereótipo de que a maconha é a droga da classe média, enquanto o *crack* é a do pobre e a cocaína a da elite. É claro que a disseminação do *crack* é maior na periferia, mas com relação à maconha, não acho que haja um condicionamento social. No passado, muito se procurou traçar esse tal perfil psicológico prévio, que motivaria o uso da droga, principalmente entre adolescentes. Mas, hoje, prefere-se falar em fatores de risco para consumo de drogas, ao invés de buscar condições pré-existentes psicológicas ou sociais. A exposição e a combinação de vários fatores de risco é que aumentariam as chances de alguém se envolver com drogas. Em vez de se falar em predisposição, o mais correto é se falar em fatores de risco da pessoa se envolver em um comportamento determinado, no caso o uso de drogas.

**-- Que fatores seriam esses?**

São principalmente aqueles relacionados à socialização do indivíduo, como o grupo de amigos com que convive. É lógico que um “perfil problemático” – se o adolescente é impulsivo ou pertence a uma família disfuncional, por exemplo --, também funcionaria como um fator de risco e aumentaria as chances desse adolescente se envolver com drogas. Mas o perfil psicológico problemático não é determinante; ele apenas entra na composição como mais um dos fatores de risco. No caso da maconha, é comum encontrarmos adolescentes com famílias absolutamente funcionais, estudando em bons colégios, com vida estruturada, envolvidos com o seu uso. Muitas vezes o grupo social em que o adolescente convive é um fator de risco muito mais poderoso do que a família estruturada ou as condições de vida bem asseguradas. Muitas famílias de usuários se atribuem uma culpa que não têm: ela pode não ter errado em ponto nenhum, mas o processo de socialização do sujeito o levou a se envolver com drogas. Costumo dizer aos familiares de usuários de drogas que eles não têm que ficar se perguntando onde erraram, mas sim o que podem fazer para ajudar. Essa é uma atitude muito mais positiva e mais realista frente a o problema.

**-- A impressão que temos é de que o tema drogas é exaustivamente debatido, mas quando avaliamos o teor das informações, vemos que na realidade pouco se sabe sobre o assunto e que a qualidade das informações deixa a desejar. A que o senhor atribui essa situação?**

O jogo de interesses é muito grande, o que gera informações e muita contra-informações. Fiz um levantamento de *sites* na Internet sobre maconha e constatei que a maioria é para enaltecer o seu uso e defender a liberalização da droga. Encontram-se receitas de como cultivar, que variedades escolher, enfim o “be-a-bá” da droga está lá. Mas, poucos são os *sites*

informativos sobre a maconha. Mesmo na área médica, só recentemente começaram a surgir estudos e debates em torno do tema. Houve um hiato nas pesquisas sobre as conseqüências psiquiátricas ou o risco de dependência que ela gera, por exemplo. Apenas nos últimos cinco anos – com o aumento do consumo da droga nos Estados Unidos e nos países europeus – houve a retomada do tema. O interesse médico aumentou, também porque o aumento do consumo traz o aumento inevitável de pessoas com problemas decorrentes do uso da droga e a maior demanda por atendimento clínico. Esse é o principal motivo porque me oponho à lógica da liberalização e da legalização: caso isso aconteça, acredito que mais adolescentes, e cada vez mais precocemente, estarão expostos à droga. Em conseqüência, aumentarão também os índices de complicações provocadas pelo uso da droga. É exatamente isso que acontece com o cigarro e o álcool: por serem legalizados e não haver controle, as pessoas, em grande número, começam a usá-los cedo. O impacto disso na saúde da população é enorme. O *lobby* poderoso e articulado das indústrias do cigarro e da bebida, de outra forma, paralisam as ações políticas que poderiam reduzir o impacto dessas drogas na saúde pública. No caso das drogas ilícitas, no entanto, o narcotráfico não tem esse poder de “amarrar” as mãos do congresso. O que existe é uma total falta de preparo e desarticulação do governo em relação às políticas sociais.

**-- Isso explica porque temos tão poucas – ou nenhuma – campanha informativa sobre o uso de drogas no país?**

A política de álcool e drogas do governo é vergonhosa. Existe uma preocupação, uma “briga” na realidade, pelo controle da Polícia Federal e uma preocupação exclusiva com a questão do combate ao narcotráfico. Não existe a preocupação em informar a população sobre os riscos do consumo dessas drogas. As drogas são vistas pelo Estado como questão de segurança – como caso de polícia. Se existe uma política, ela é exclusiva de repressão e não de prevenção. Do ponto de vista médico, arrisco-me a dizer que não existe política nenhuma, nem de prevenção, nem de combate ao uso de drogas. Por isso não se tem um estudo epidemiológico completo, não se tem uma sistemática de acompanhamento do consumo e não se tem nenhuma campanha de informação à população. Não se tem nada, porque não se encara a questão das drogas como uma questão de saúde pública. Tanto que os ministérios da saúde e educação, que deveriam estar envolvidos nesse tema, estão totalmente alheios à questão. Pessoas ligadas a esses ministérios poderão até discordar da minha opinião e dizer que existem políticas voltadas a questão das drogas, mas eu questiono: onde estão os resultados dessas políticas? Qual o impacto das medidas tomadas? Cadê as campanhas informativas? A não ser que o que se considera política de prevenção, seja realizar concurso de desenho nas escolas públicas sobre o tema “drogas”. Mas isso é uma brincadeira, não pode ser encarado como uma política estratégica para o combate ao uso de drogas. O fato de ainda estarmos discutindo a legalidade da distribuição de seringas descartáveis aos usuários de drogas, como uma estratégia para prevenção da Aids, demonstra nosso atraso na área. Enquanto se discutia, e se discute ainda hoje isso, milhares de pessoas foram se infectando e morrendo, por falta de orientação e de uma política de prevenção. Na minha avaliação, esse é um dos grandes crimes da saúde pública do Brasil nesse século.