



---

**ARTIGO DE REVISÃO**

---

## *Doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e uso/abuso de substâncias psicoativas na adolescência*

*Sexually transmitted diseases, AIDS,  
and use/abuse of psychoactive substances in adolescence*

Valterney O. Morais<sup>1</sup>, Maria Vilma Q. Moura<sup>2</sup>, Maria Conceição O. Costa<sup>3</sup>, Balmukund N. Patel<sup>4</sup>

### Resumo

**Objetivo:** abordar aspectos teórico-práticos das DST/AIDS e substâncias psicoativas (SPAs) na adolescência, enfatizando o manejo holístico e multiprofissional.

**Método:** a literatura nacional e internacional forneceu subsídios para discutir conceitos, classificações, aspectos socioculturais, clínicos, terapêuticos e preventivos das DST/AIDS e uso de SPAs, indicando alternativas de resolutividade.

**Resultados:** adolescentes não apresentam comportamento resiliente, portanto, são considerados vulneráveis aos agravos decorrentes do meio ambiente, tendo prioridade nas ações de prevenção e intervenção ao controle das DST/AIDS e do uso/abuso de SPAs. Segundo a OMS, mundialmente, um entre vinte adolescentes contrai DST por ano e, diariamente, mais de 7.000 são infectados pelo HIV, totalizando 2,6 milhões/anuais, consequência do sexo desprotegido e da interação DST/SPAs, com destaque para o álcool e outras SPAs.

**Conclusões:** na abordagem multifocal e holística dessas temáticas com o adolescente é essencial para o profissional considerar as dimensões de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade, assim como a tríade da interação entre substância, indivíduo e ambiente sociocultural, o que requer a formação de uma rede de apoio e de proteção, com vistas à participação familiar, profissional, comunitária e do próprio adolescente, como protagonista na superação dos seus conflitos, em busca da realização de um projeto de vida saudável e duradouro.

*J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (Supl.2): S190-S204:adolescência, risco e vulnerabilidade, DST/AIDS, uso/abuso de SPAs.*

### Abstract

**Objective:** to discuss theoretical and practical aspects of sexually transmitted diseases, AIDS, and psychoactive substances in adolescence, focusing on a holistic and multiprofessional approach.

**Methods:** review of national and international literature on concepts, classifications, social and cultural, clinical, therapeutic and preventive aspects of sexually transmitted diseases/AIDS, as well as the use of psychoactive substances, with the aim of pointing out problem-solving alternatives.

**Results:** adolescents do not show resilient behavior and are vulnerable to environmental hazards. For this reason, preventive actions and intervention for the control of sexually transmitted diseases/AIDS and use or abuse of psychoactive substances among adolescents are a priority. According to the World Health Organization, one out of 20 adolescents acquires sexually transmitted disease in the world every year and, more than 7,000 are infected by HIV every day, totaling 2.6 millions a year. This scenario results from unprotected sex and from the interaction between sexually transmitted diseases and psychoactive substances, especially alcohol.

**Conclusions:** it is crucial that health care providers consider magnitude, transcendence, vulnerability and feasibility as well as the set of interactions among substance, individual, and his/her social and cultural environment when the multifocal and holistic approach is used. This requires the formation of a support and protection network, involving the family, physicians, community, and adolescents. The major element in this network, though, are the adolescent themselves, who can overcome their conflicts, aiming at a healthy and longer life.

*J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (Supl.2): S190-S204:adolescence, risk, vulnerability, sexually transmitted diseases, acquired immunodeficiency syndrome, psychoactive substances.*

- 
1. Professor do Depto. de Saúde - UEFS/Ba, Enfermeiro Sanitarista, Consultor Técnico do Programa Municipal de DST/AIDS, Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência/NEPA.
  2. Assistente Social, Especialista em Serviço Social-multiplicador do Centro de Estudos e Terapia ao Abuso de Drogas - CETAD/Ba e Programa de Prevenção ao Abuso de SPAs - UEFS-Ba.
  3. Professora Titular - UEFS/Ba, Doutora em Pediatria, UNIFESP/EPM; Especialista em Pediatria e Adolescência - SBP.
  4. Prof. Adjunto do Depto. de Saúde/UEFS; Doutor pela Universidade de Berlim/Alemanha, Pesquisador do NEPA.

## Introdução

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são moléstias infecto-contagiosas transmitidas pelo contágio direto durante o ato sexual que, há milênios, acompanham a humanidade. Eram ligadas à promiscuidade sexual, prostituição, homossexualismo e ao sexo antes do matrimônio. Do ponto de vista científico, pertenciam à psicopatologia sexual e constituíam um infimo nas doenças infecciosas que agrupavam a sífilis, a gonorréia, o cancro mole, o linfogranuloma venéreo e o donovanose. O herpes genital e o condiloma acuminado eram classificados como doenças paravenéreas ou venéreas menores, e as uretrites, não gonocócicas, sem representação venérea<sup>1</sup>.

Durante as décadas de 30 e 40, ocorreram surtos epidêmicos, destacando-se a gonorréia e a sífilis. Após a II Guerra Mundial, com o advento da penicilina, sucede uma queda na incidência, sendo consideradas erradicadas, situação esta que permaneceu por poucos anos e, no final da década de 50, reapareceram de forma epidêmica. A curva epidêmica ascendente se atenua nas décadas subseqüentes, atingindo a década de 80 com incidências comparáveis à da era pré-penicilínica<sup>1</sup>.

Historicamente, a década de 80 é marcada com a descoberta de uma nova doença, adjetivada de “peste gay”, denominada AIDS e totalmente mutante, do ponto de vista viral e social; vista, *a priori*, através de grupos de risco e, hoje, trabalhada sob enfoque da vulnerabilidade<sup>1</sup>. Atualmente as DST são denominadas de infecções sexualmente transmissíveis (IST), uma vez que algumas dessas não apresentam quadro clínico evidente<sup>3</sup>.

## DST/ AIDS como prioridade em saúde pública

É inequívoco para todos que as DST possuem altas taxas de incidência e que relacionam-se a outros problemas de saúde pública. Nos últimos anos, graças à transcendência da AIDS e à implementação de estratégias como o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), bem como de programas municipais voltados a DST/AIDS, houve um resgate emergencial das DST pelo sistema público de saúde.

Os agravos e/ou problemas em saúde pública e as tentativas de resolutividade levam em conta 4 dimensões básicas: *magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade*. A *magnitude* está relacionada à alta frequência das DST, associada à automedicação, aos tratamentos inadequados e à disseminação. A *transcendência* decorre do fato de que as DST são os principais facilitadores da transmissão da AIDS em todos os segmentos sociais. As DST são doenças de alta *vulnerabilidade* às medidas de prevenção primária e tratamento e, à exceção das virais, todas são sensíveis ao tratamento específico. O controle das DST é *factível*, desde que seja executado por profissionais comprometidos e por programas eficazes nos diferentes níveis de complexidade<sup>4</sup>.

No controle das DST utilizam-se dois princípios básicos do processo saúde-doença: 1) detecção precoce dos casos e tratamento adequado dos parceiros; 2) prevenção das (re)ocorrências, através de aconselhamento coletivo e individual, mostrando ao indivíduo que o mesmo é um ator social responsável pela sua saúde e tratamento. Tal processo de priorização e controle das DST, preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) vem sendo executado graças às ações dos programas municipais voltados às DST/AIDS, os quais estão lançando estratégias condizentes com a realidade do município, bem como implantando ou implementando o atendimento às DST nas redes básicas de saúde, impedindo, assim, a assistência informal por meio dos balconistas de farmácia<sup>4,5</sup>.

## Epidemiologia das DST/AIDS na demografia do adolescente

Hoje, mais da metade da população mundial tem menos de 25 anos de idade, sendo que 29% encontram-se na faixa de 10 a 24 anos, e, destes, 80% vivem em países em desenvolvimento, onde as DST estão entre os problemas de saúde pública mais comuns. Conforme pesquisa do MS, tais agravos estão entre as cinco principais causas de procura de serviços de saúde. A população brasileira com menos de 25 anos representa quase um terço da população total. Em 1970, o país contava com 18,3 milhões de jovens e, em 2000, com aproximadamente 51 milhões. Segundo dados da OMS, metade das pessoas que contraíram o HIV no mundo se infectaram antes de completar 25 anos. Tal fato é mais agravante em países africanos, onde a realidade é tão terrível que desafia a compreensão<sup>6,7</sup>.

A epidemia pelo HIV/AIDS é atualmente o maior fenômeno biomédico responsável pela necessidade emergencial de conhecer melhor a ocorrência das DST e sua interação com o HIV. A partir dessa compreensão, o sistema de saúde tem buscado resgatar tais conhecimentos, antes discriminados e direcionados a ditos grupos de riscos, de certa forma, marginalizados pela sociedade, para um olhar holístico e desprovido de preconceitos. O próprio meio acadêmico e científico vem buscando entender as mudanças na cadeia epidemiológica da AIDS, hoje apresentando seis vertentes: heterossexualização, feminilização, juvenilização, pauperização, interiorização (com grande risco para ruralização), e aumento no tempo de sobrevivência do soropositivo<sup>8</sup>.

O adolescente está na linha de frente da pandemia da AIDS, uma ameaça a sua saúde e sobrevivência. Em todo o mundo, um entre vinte adolescentes contrai algum tipo de DST a cada ano. Diariamente, mais de 7.000 jovens são infectados pelo HIV, no total de 2,6 milhões por ano, o que representa a metade de todos os casos registrados. Estima-se que 10 milhões de adolescentes vivem, hoje, com o HIV ou estão propensos a desenvolver a AIDS entre os próximos 3 e 15 anos. Aproximadamente 80% dessas transmissões decorreram do sexo desprotegido<sup>6</sup>.

Para fins de vigilância epidemiológica, a AIDS é trabalhada em duas categorias etárias: em menores de 13 anos, e 13 anos ou mais. No Brasil, dados do MS de 2000 mostram que de 1980 a 2000, 196.016 casos de AIDS foram notificados, sendo 146.472 masculinos e 49.544 femininos. O número em menores de 13 anos atingiu 6.857 e, em maiores de 13 anos, cresceu, no biênio 1995-96, cerca de 12%, mantendo-se estável desde então. Entre os homens, no período 1994-98, observou-se um percentual de crescimento de 7,6% e, em mulheres, o número cresceu 71%, cerca de 9 vezes mais que entre os homens, perfazendo uma razão proporção de 1:1. Em relação às categorias de exposição, observa-se 42,8% heterossexual; homo/bi 22,0%, e usuários de droga injetável (UDI) 9,9%. Dentre os UDI, destaca-se um decréscimo em 1997 (7,6%), e em 1998 (17,9%), este pode estar associado às ações de prevenção – em especial aos programas de redução de danos. Vale ressaltar que na faixa etária de 13 a 19 anos houve um aumento de 59,0% na categoria heterossexual. A incidência de AIDS é de 14 casos por 100.000 habitantes<sup>9</sup>.

Após duas décadas de doença, o Brasil se depara com órfãos da AIDS. Desde a primeira ocorrência de transmissão perinatal, em 1985, até o momento, têm-se 30.000 crianças de até 15 anos que perderam a mãe devido à AIDS. Há no país cerca de 200.000 filhas de portadoras do HIV<sup>9-11</sup>.

A epidemia de AIDS no Brasil é o somatório de subepidemias microrregionais em interação permanente com diversidades sociais, culturais e migratórias, o que requer olhar através dos critérios e conceitos de risco e vulnerabilidade<sup>8</sup>.

### **Adolescência, risco e vulnerabilidade nas DST/AIDS**

A cada etapa fisiológica da vida, o indivíduo passa por um processo complexo de diferenciação e maturação. Para isso, necessita de impulsos internos e estímulos externos, os quais podem influenciar positivamente ou negativamente, através de situações denominadas de risco.

O risco é a probabilidade da ocorrência de algum evento indesejável e não está independente do contexto social. Relaciona-se a uma complexa rede de fatores e interesses culturais, históricos, políticos, socioeconômicos e ambientais. Esses fatores relacionam-se à saúde integral, que, segundo a OPAS/OMS/1997, é caracterizada como um processo dinâmico de responsabilidade pessoal e coletiva relacionado à qualidade e modo de vida cotidiana, inserido no contexto global<sup>12,13</sup>.

A adolescência é caracterizada por uma maior exposição aos riscos, em virtude do processo natural do jovem em querer saber sobre todas as coisas que a vida têm a oferecer, tornando-o um aventureiro e um curioso emergente em

potencial. Vale salientar que nessa fase são definidos hábitos, costumes e condutas que servirão para este como um eterno referencial da sua personalidade. O adolescente é visto no âmbito das políticas públicas e programas DST/AIDS através da percepção de vulnerabilidade<sup>14</sup>.

O conceito de vulnerabilidade está associado a três aspectos: 1) cidadania, que vem apresentar a possibilidade e necessidade do indivíduo ser visto como ator social; 2) não existe risco nem prevenção que não passem necessariamente por aspectos globais e sociais; 3) diversidade humana, isso significa que não existe um único referencial universal para implantação ou implementação de ações. Ao trabalhar a vulnerabilidade em foco com a adolescência, é necessário perguntar: o que significa adolecer? Como se comporta? Como se insere no seu meio? Como exerce a sexualidade? Quais as situações que aumentam a vulnerabilidade? <sup>14,15</sup>.

### **Abordagem e terapêutica ao adolescente portador de DST**

#### *Abordagem holística*

O adolescente que procura atendimento traz consigo, além da sintomatologia clínica, questões de ordem psicofetiva, ligadas a essa sintomatologia e ao seu conceito da doença, conseqüências e gravidade. É importante lembrar que as DST se dão por meio do exercício da sexualidade, e que os valores sexuais de cada pessoa antecedem e fundamentam suas atividades sexuais, de certa forma inserida num contexto global.

Destaca-se o fato de que, se o adolescente não for abordado com a devida clareza e cuidado, poderá haver conseqüências negativas, como omissão de informações necessárias para o diagnóstico; despreocupação quanto à real gravidade da doença ou seu o superdimensionamento, levando a angústias desnecessárias ou, até mesmo, a desajustes psicológicos. Nunca se deve esquecer que o adolescente deverá ser visto como um todo, constituído por sentimentos, crenças e dúvidas. Seu comportamento orgânico também não se restringe aos órgãos genitais; lembremos que outras doenças (diabetes, dermatoses, imunodeficiências, etc), estado nutricional e uso de medicamentos podem interferir tanto no diagnóstico como na terapêutica. E não é fácil expor a terceiros suas práticas e condicionamento ou sua orientação sexual, principalmente quando a consulta é feita de forma mecanicista, e a abordagem é unidirecional e discriminativa<sup>1,4,12,14</sup>.

O atendimento deverá incluir, sempre que possível, o exame clínico-genital minucioso, que contemple a busca de outras DST, educação para redução de risco, orientação sobre cuidados higiênicos, aconselhamento, orientação para a realização do teste anti-HIV, estímulo à adesão ao trata-

mento e ao uso de preservativo, convocação dos parceiros sexuais e notificação imediata<sup>4</sup>. A abordagem clínica e terapêutica ao adolescente portador de DST só terá sua eficácia se o mesmo se sentir protagonista na resolutividade de tal problema.

**Abordagem clínica**

Partindo da premissa holística descrita, chega-se ao momento da abordagem clínica que visa à imediata interrupção da cadeia de transmissão.

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de DST/AIDS, preconiza a abordagem sindrômica, método de manejo clínico sintomatológico aos portadores de DST, como estratégia de combate e controle a estes agravos, estratégia esta testada e validada em estudo multicêntrico realizado no país e, posteriormente, publicado no *Genitourinary Medicine*, e utilizado como referência pela OMS e por vários países, para definição de suas políticas em DST<sup>4,16</sup>.

A abordagem sindrômica é realizada levando em consideração quatro síndromes que englobam as DST e possibilidades etiológicas, propondo intervenção imediata, dispensando, na primeira consulta, resultados de exames laboratoriais complexos e demorados, possibilitando atuação através dos recursos existentes.

A abordagem etiológica apresenta fatores limitantes: alto custo; demora nos exames laboratoriais (campo escuro, pesquisa de clamídia, cultura para micoplasma urogenitais, entre outros); viés diagnóstico, devido a semelhanças sintomatológicas, em especial as lesões das úlceras genitais; não associação de múltiplas etiologias das DST, como cancro misto de Rollet (cancro duro e cancro mole), infecção por clamídia e gonococos associados; falta de dados para história clínica associada ao período de incubação da doença.

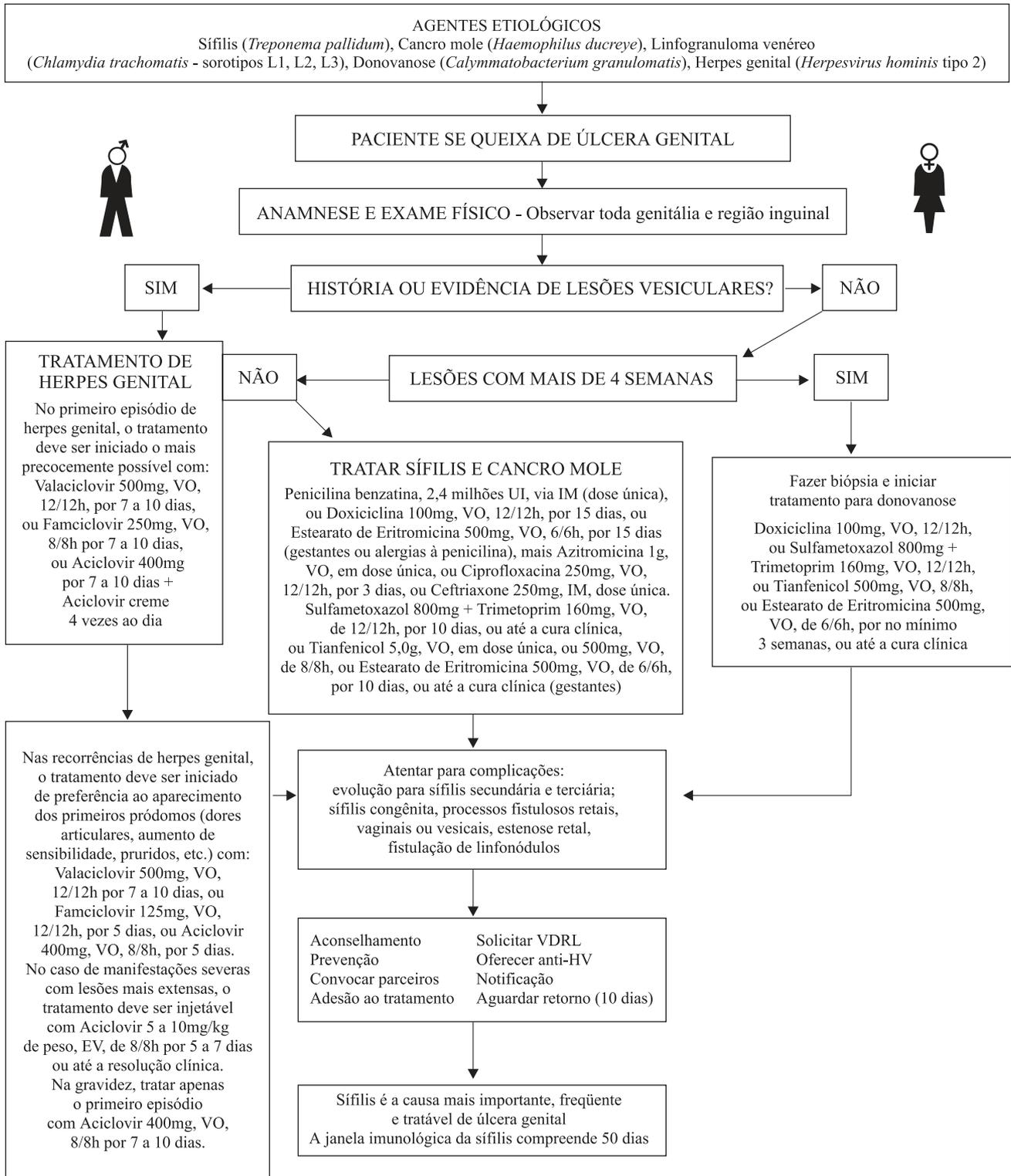
**Fluxograma para manejo clínico dos casos de DST**

Síndrome	Doença
<p><i>Úlcera genital</i></p> 	<p>Sífilis primária Cancro mole Herpes genital Linfogranuloma venéreo Donovanose</p>
<p><i>Corrimento uretral</i></p> 	<p>Uretrite gonocócica Uretrite não-gonocócica</p>
<p><i>Corrimento vaginal</i></p> 	<p>Vulvovaginite e vaginose <i>Gardnerella vaginalis</i> Tricomoníase Candidíase</p>
<p><i>Desconforto ou dor pélvica</i></p> 	<p>Cervicite Gonocócica Não-gonocócica Doença inflamatória pélvica</p>

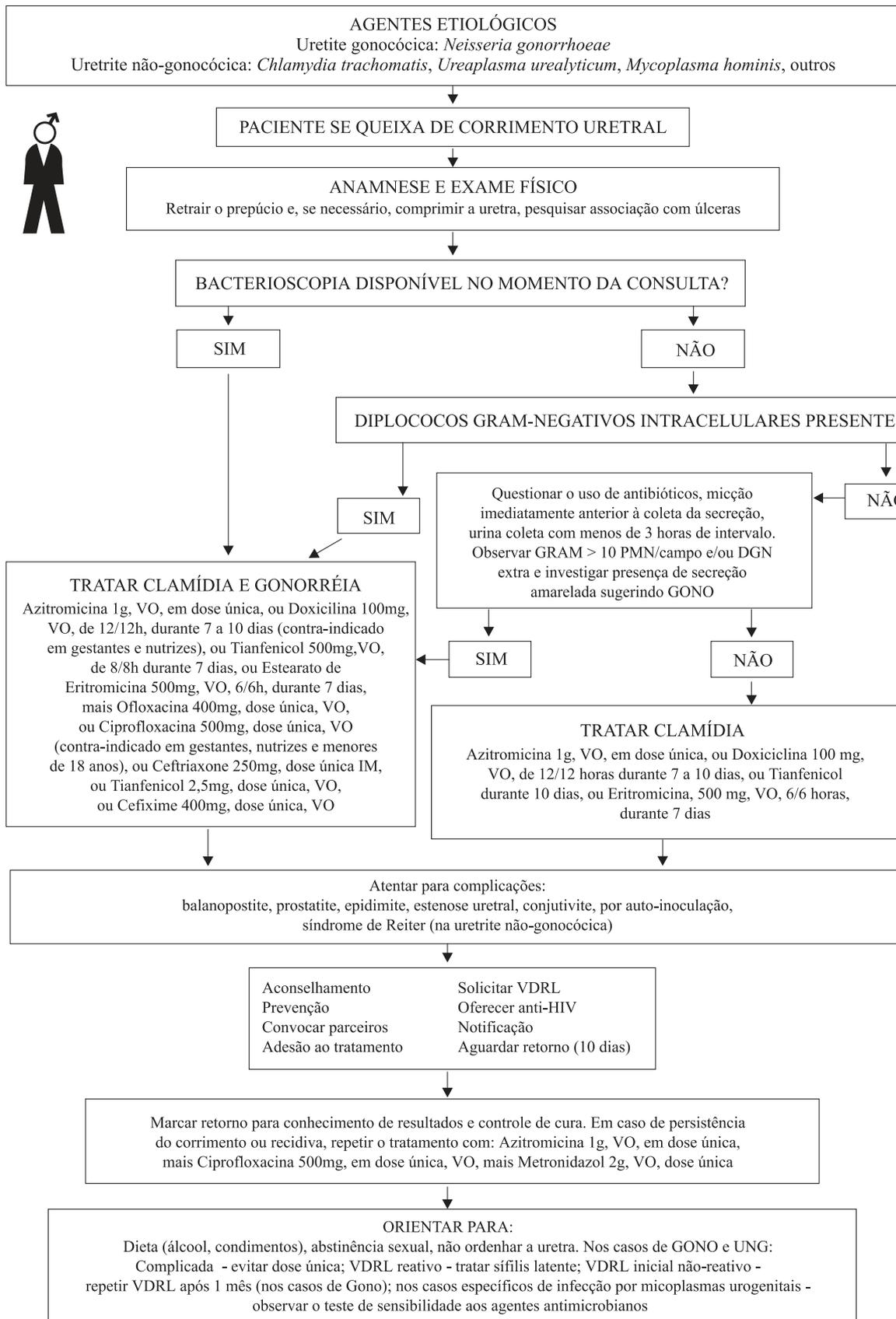
Fonte: adaptado do Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde, Brasil 2000.

**Abordagem terapêutica  
Fluxograma sintromico**

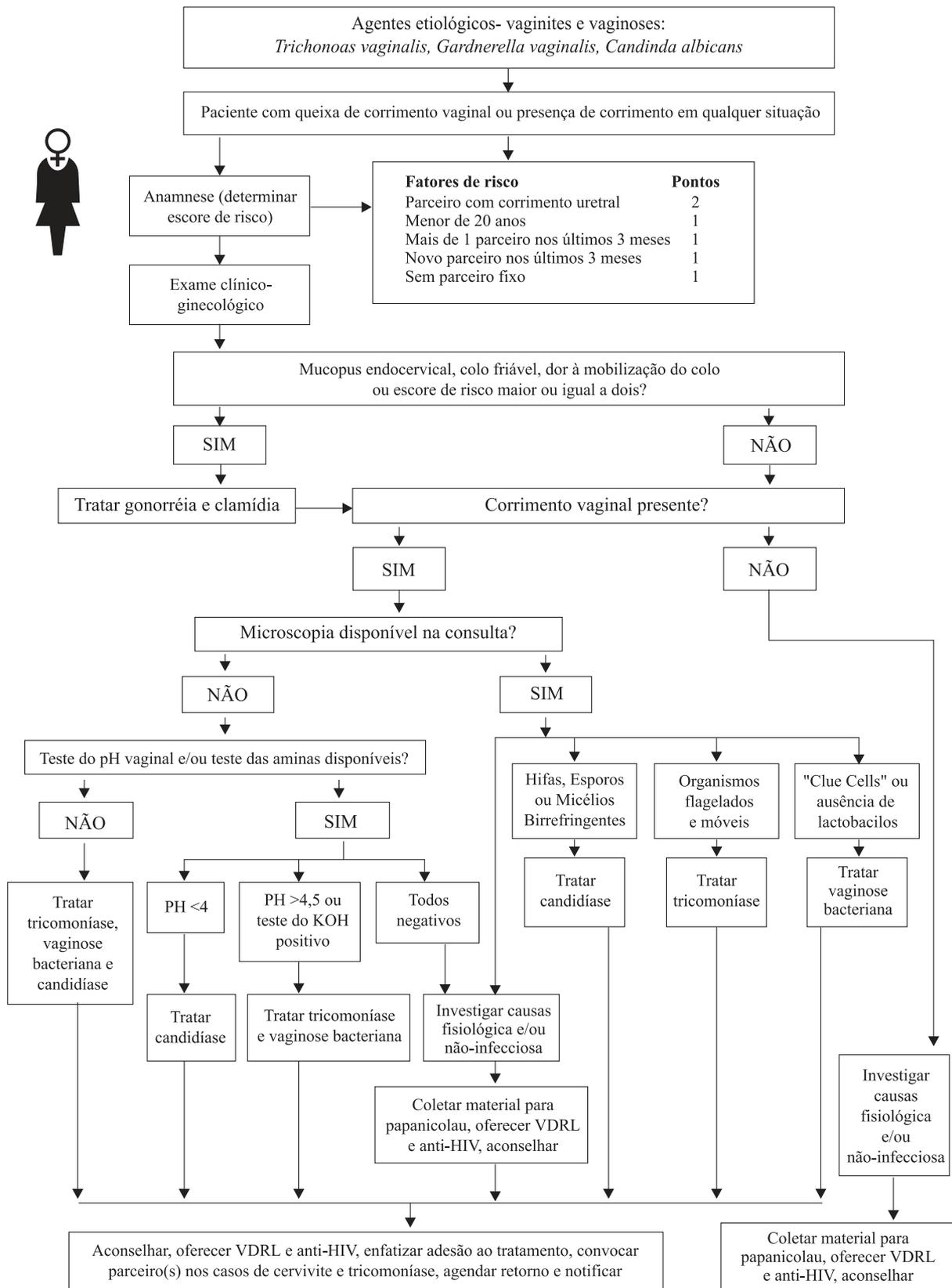
**Síndrome de úlceras genitais**



**Síndrome de corrimento uretral**

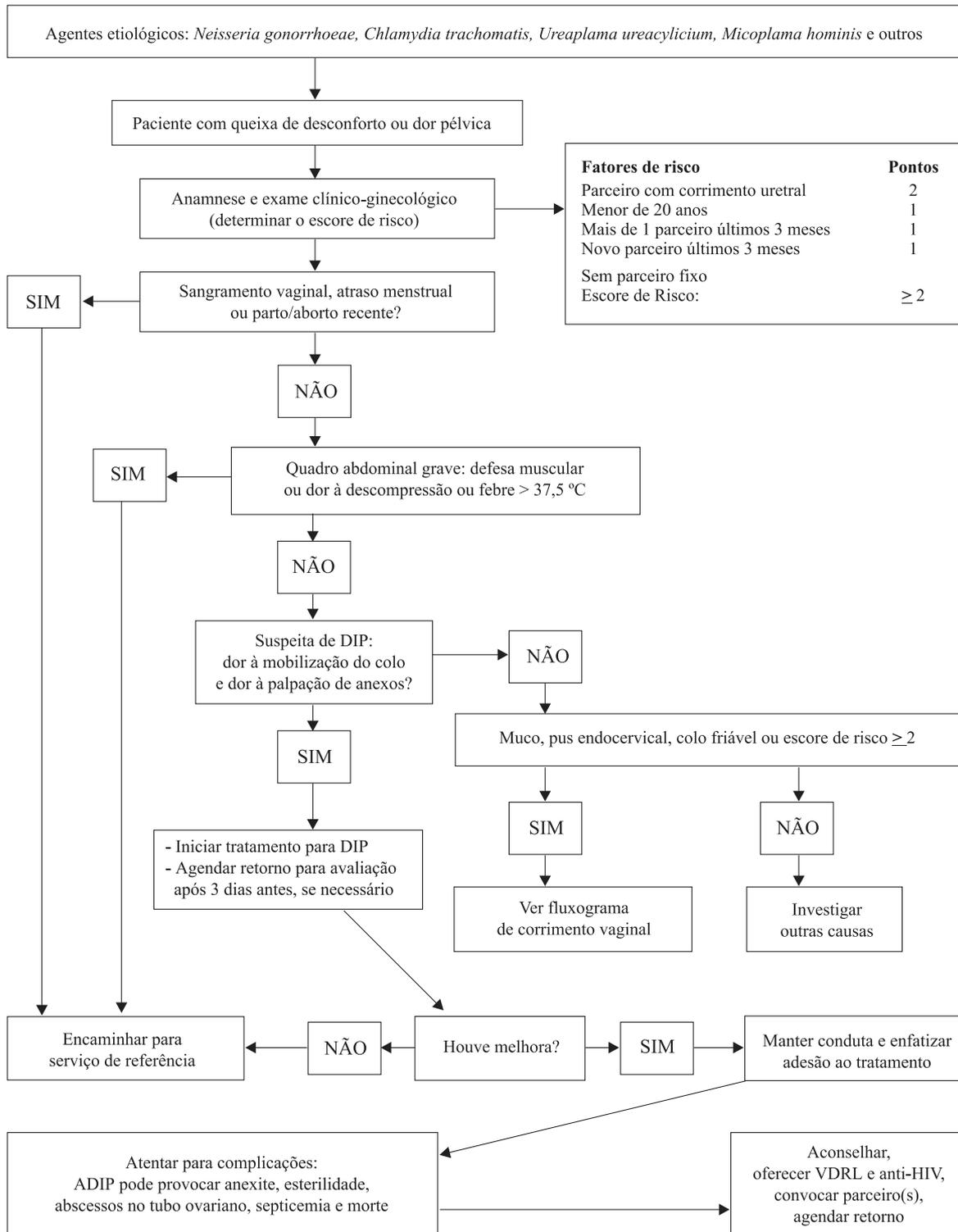


**Síndrome de corrimento vaginal**



Fonte: adaptado do Manual de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde, Brasil/2000.

**Síndrome do desconforto ou dor pélvica**



**Observações terapêuticas***Síndrome de úlcera genital*<sup>1,4,17,18</sup>

1) Malária, lepra, mononucleose positivam o VDRL; 2) VDRL com títulos baixos ( $\leq 1:4$ ), no adolescente assintomático, parceiro foi tratado e não mais se expuseram, pode ser considerado cicatriz sorológica; 3) a interpretação do VDRL é clínica e epidemiológica; 4) nos adolescentes acima de 15 anos, usa-se o esquema de adulto; 5) adolescentes sexualmente ativos e expostos, com tratamento anterior, sorologia positiva ou que não se sabe se parceiro foi tratado, considerar como recontaminação e tratar.

*Síndrome de corrimento uretral*<sup>1,4,12,13</sup>

1) *Gestantes ou nutrízes*: Clamídia – Amoxicilina 500mg/7 dias, Eritromicina 500mg/14 dias; Azitromicina 1g, em dose única. *Gonorréia* – Cefixitina 400mg; Ceftriaxona 250mg/IM; Espectomicina 2g/IM dose única. 2) Tratar parceiros.

*Síndrome de corrimento vaginal*

1) *Tricomoniase*: *T. sistêmico* – Tinidazol, Metronidazol, Secnidazol todos 2g, em dose única; Metronidazol 500mg/7 dias. *T. local*: acidificação vaginal e Metronidazol/10 dias (creme ou óvulos).

*Observações*: tratar gestantes após o 1º trimestre com Metronidazol 2g, em dose única; as nutrízes com Metronidazol creme ou óvulo/5 dias ou 2g, em dose única; suspender aleitamento materno por 24h; tratar parceiro; a citologia oncológica pode ser alterada pela tricomoníase, tratar e repetir após 2 a 3 meses.

2) *Vaginose bacteriana*: Tinidazol ou Secnidazol - 2g, em dose única; Clindamicina 300mg/7 dias ou creme/7 dias (contra-indicação em gestantes); Metronidazol 500mg/7 dias ou 2g, em dose única, creme vaginal/5 dias.

3) *Candidíase T. Local*: Miconazol, Isoconazol, Tiocanazol, Clotrimazol, Nistatina cremes, óvulos 3 a 14 dias.

*Observações*: *casos recidivantes*, tratamento sistêmico: Itraconazol 200mg duas doses; Fluconazol 150mg em dose única; Cetoconazol 400mg/5 dias. *Em gestantes*, a terapêutica é local; *os parceiros* só devem ser tratados nos casos sintomáticos ou recidivantes. *Buscar fatores predisponentes*: diabetes, HIV, uso de corticóide. *Orientar medidas preventivas e higiênicas*.

*Síndrome do desconforto ou dor pélvica*<sup>1,4,17,18</sup>

1) *Esquema 1*: Ceftriaxona, 250mg IM, em dose única, com doxicilina 100mg/14 dias; *Esquema 2*: Cefoxitina, 2g IM com probenecida 1g, dose única, e doxicilina 100mg/14 dias; *Esquema 3*: Ofloxacina 400mg e metronidazol 500mg/14 dias; *Esquema 4*: Ofloxacina 400mg com doxicilina 100mg e metronidazol 500mg/14 dias; *Esquema 5*: Ampicilina 3,5g, em dose única, com doxicilina 100mg e metronidazol 500mg/14 dias.

2) *Tratar os parceiros*.

**Interação DST/HIV/AIDS**

A AIDS, reconhecida em 1981, é uma pandemia de alta vulnerabilidade às outras DST e doenças, ou infecções denominadas de oportunistas (IO). É a DST de maior importância, em virtude das conseqüências sociais, dos custos terapêuticos elevados e pela alta taxa de mortalidade, apesar da melhoria da sobrevida dos soropositivos.

Sabe-se que outras DST, em especial as úlceras genitais, sífilis, cancro mole, LGV, donovanose, herpes e os corrimentos (gonorréia e clamídia) aumentam o risco de transmissão do HIV em até 25 vezes. Tal interação relaciona-se a três premissas: 1) à infecção pelo HIV constitui uma DST, ou seja, quem adquire ou transmite DST pode estar adquirindo ou transmitindo o HIV; 2) atualmente, a principal via de transmissão do HIV é a sexual, destacando as relações heterossexuais 3) é baixo o número de pessoas que utilizam o preservativo para realização do sexo seguro.

Sabendo-se que a AIDS é uma imunodeficiência, observa-se que a infecção do HIV implica no curso clínico e processo terapêutico de outras DST: as lesões herpéticas se tornam mais severas, a resposta do Aciclovir é diminuída – bem como a eficácia do tratamento local do condiloma acuminado à base do ATA – 80 a 90%, as lesões ulcerativas tendem a ser atípicas, podendo não envolver no tratamento habitual<sup>1,2,4,17</sup>.

As infecções oportunistas associadas à AIDS apresentam grande variedade etiológica: vírus (CMV, HSV, HPV); bactérias (micobacterias, *S. pneumoniae*, salmonelose); fungos (pneumocistose, candidíase, criptococose, histoplasmoses); protozoários (toxoplasmose, criptosporidiose, isosporíase). Segundo a Coordenação Nacional de DST/AIDS-MS, as doenças mais notificadas nos casos de AIDS são as seguintes: candidíase, pneumocistose pulmonar por *Pneumocysti carinii*, tuberculose (disseminada/extrapulmonar, pulmonar não-cavitária), toxoplasmose cerebral, HSV, sarcoma de Kaposi, criptococose extrapulmonar e CMV<sup>19</sup>.

Diante do quadro atual relacionado à magnitude e transcendência das DST e AIDS, constata-se, portanto, a necessidade emergente de implantar e/ou implementar ações preventivas, de controle e diagnóstico das DST, simultaneamente à epidemia do HIV. Ao pediatra ou clínico de adolescentes, cabe atuar de forma sistemática na prevenção, suspeita, aconselhamento e diagnóstico, através da abordagem sindrômica e, nos casos de adolescentes soropositivo para AIDS, encaminhar para centros de referência, contribuindo com o controle da infecção e com o aumento da sobrevida.

**Uso/abuso de álcool, fumo e outras substâncias psicoativas (SPAs)***Aspectos gerais e conceituais*

O uso de substâncias psicoativas-SPAs, mais conhecidas como “drogas”, é uma prática que percorre a história da

humanidade, estando presente em contextos religiosos, místicos, socioculturais, político-econômicos, entre outros<sup>20</sup>. As SPAs foram e ainda são consumidas em diversas épocas e contextos, com finalidades terapêuticas, religiosas e lúdicas<sup>21</sup>. Entretanto, nas últimas décadas, os indicadores têm apontado proporções preocupantes do consumo destas substâncias, cujas conseqüências são percebidas na família e no trabalho, entre outros espaços de convívio sociocultural.

A OMS define droga como “toda substância que, introduzida no organismo, produz alterações, modificando uma ou mais de suas funções”. Para esta reflexão, interessa considerar as drogas ou SPAs, por se tratar de produtos químicos que vão atuar no sistema nervoso central (SNC), podendo provocar danos à saúde do indivíduo.

As SPAs foram conceituadas pela Associação Americana de Psiquiatria, no *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* (DSM-IV, 1994), como “substâncias”, e os transtornos associados a elas como “transtornos relacionados com substâncias”<sup>22,23</sup>, similar à classificação internacional das doenças e transtornos relacionados com a saúde (CIE-10) da OMS<sup>24</sup>.

As SPAs podem ser de origem natural ou artificial, atuam direta e temporariamente no cérebro, produzindo alterações da percepção, sensações e humor, de modo que o usuário experimenta sensações prazerosas de euforia, alívio do medo, da dor, das frustrações, das angústias<sup>25</sup>. Embora sejam caracterizadas como psicoativas, as SPAs também atuam em outros órgãos, como o coração, os intestinos e os vasos sanguíneos, entre outros<sup>26</sup>.

De acordo com a forma como são consumidas, as SPAs podem interferir de maneira drástica no metabolismo psicológico e físico, e seus efeitos sobre o organismo podem variar, segundo tipo e quantidade da substância, tempo de utilização, via de administração, características pessoais de quem as usam, as expectativas que têm sobre seus efeitos e as circunstâncias em que são ingeridas, ou seja, a interação entre o indivíduo, a substância e o contexto sociocultural.<sup>25</sup> Vários fenômenos estão relacionados ao uso de SPAs e sua compreensão faz-se necessária, para lidar melhor com a questão<sup>25,26</sup>.

*Usuário* é a pessoa cujo padrão de uso ocorre de forma controlada, quando de forma exagerada e sem controle, constitui *usuário abusador*, podendo tornar-se *usuário dependente*, caso tenha instalado dependência química física ou psicológica.

A *dependência química* trata-se de uma síndrome clínica, cujo diagnóstico é realizado pela presença de sinais e de sintomas que dependem do tipo de substância, forma e quantidade como é utilizada. É considerada doença crônica, cujo tratamento está voltado à melhora clínica, assim como à inserção do mesmo na família e na comunidade<sup>27</sup>. Quando a substância consumida é retirada bruscamente, ocorre uma queda do equilíbrio pela adaptação à substância, caracterizando a *síndrome de abstinência*.

A síndrome de abstinência também está relacionada ao fenômeno da *tolerância*, que ocorre após o uso repetido e freqüente de determinada(s) substância(s), com necessidade de usar doses maiores para obter os mesmos efeitos. Quanto maior a tolerância, maiores serão os efeitos. A tolerância é perigosa, pois pode levar à *overdose*, quantidade suficiente para levar ao óbito.

A dependência química pode levar à *escalada*, que significa passagem do consumo eventual para consumo freqüente e em maior quantidade; ou substância “leve”, para outra “pesada”. Este comportamento está relacionado à trajetória pessoal (em função da dependência) na direção do empobrecimento das relações sociais e afetivas.

O grande problema do consumo de SPAs é a dificuldade para caracterizar, entre as pessoas que começaram a usar drogas, quais serão usuários experimentadores ou ocasionais e quais se tornarão dependentes<sup>28</sup>.

Pesquisas demonstram que o consumo de SPAs vem crescendo, principalmente entre jovens, os quais estão cada vez mais expostos à oferta e, portanto, envolvendo-se precocemente com o uso indevido das mesmas. As SPAs mais utilizadas por esta população são os solventes, maconha, ansiolíticos, anorexígenos e cocaína, depois do álcool. O álcool está relacionado ao consumo de outras SPAs, que continuam sendo utilizadas no Brasil, pela falta de políticas públicas para conter o uso abusivo<sup>29,30</sup>.

### **Classificação das SPAs quanto ao efeito no SNC, a freqüência e ao tipo de uso**

1. Considerando as alterações no psiquismo, segundo Chaloult, são as seguintes:<sup>26,29</sup>

- *depressoras*: substâncias que diminuem as atividades do SNC, como o álcool, ansiolíticos (benzodiazepínicos), hipnóticos (barbitúricos), inalantes ou solventes, narcóticos (opiáceos e derivados);
- *estimulantes*: substâncias que aumentam as atividades do SNC, como anfetaminas, anorexígenos, cafeína, cocaína, tabaco;
- *perturbadoras*: substâncias que modificam qualitativamente as atividades do SNC, como alucinógenos (LSD, mescalina, cogumelo), canabis (maconha, haxixe), anticolinérgicos, ecstasy.

2. Considerando a freqüência de utilização e equilíbrio socioprofissional, escolar, afetivo e familiar, segundo Helen Nowlis, tem-se:<sup>25,31</sup>

- *usuário experimentador*: experimenta a substância, por motivos diversos: curiosidade, desejo de novas experiências, pressão de grupo, outros;
- *usuário recreativo ou ocasional*: faz uso de um ou vários produtos, quando o ambiente é favorável, sem que isto afete ou modifique suas relações afetivas e sociais;

- *usuário habitual ou funcional*: faz uso freqüente da substância, ainda de forma controlada, mas já se observam sinais de ruptura em nível social;
- *usuário dependente ou disfuncional*: passa a ter uma relação de exclusividade com a substância, vínculo de dependência, tornando-se “disfuncional” em nível social, o que pode promover a sua marginalização.

3. *Considerando o tipo de uso, segundo a OMS, temos:*<sup>29</sup>

- *uso na vida*: quando uma pessoa faz uso de droga pelo menos uma vez na vida;
- *uso no ano*: utilizou droga(s) pelo menos uma vez nos últimos 12 meses;
- *uso no mês ou recente*: utilizou droga(s) pelo menos uma vez nos últimos 30 dias;
- *uso freqüente*: utilizou droga(s) seis ou mais vezes nos últimos 30 dias;
- *uso de risco*: padrão de uso ocasional, repetido ou persistente, que implica em alto risco de dano futuro à saúde física ou mental, mas que ainda não resultou em efeitos mórbidos orgânicos ou psicológicos. Por exemplo, 20 cigarros/dia pode não acompanhar de nenhum prejuízo presente e real, mas sabe-se que é danoso para o futuro;
- *uso prejudicial*: padrão de uso que já causa dano à saúde física e/ou mental.

### ***O envolvimento do adolescente com o uso/abuso de SPAs***

O uso/abuso de SPAs é um fenômeno multicausal, podendo ser decorrente da necessidade de sentir prazer, de ser aceito, de experimentar coisas novas, de enfrentar medo, de provar capacidades e de buscar explicações para questões existenciais, entre outros<sup>31</sup>.

No caso dos adolescentes, a própria fase já constitui motivo para experimentação, uma vez que a “crise da adolescência”, embora considerada normal, pode se configurar como um risco. A exigência de estabelecer novas relações consigo mesmo, com a família e com a sociedade impõe a necessidade de adotar novos comportamentos, o que representa situação de conflito. Oliveira (1989) aponta algumas características motivacionais para o uso de SPAs nesta fase:<sup>31</sup>

- a) *importância dada à participação de grupo* – o adolescente busca ser aceito e afirmar sua identidade, sendo que o uso de algum produto psicotrópico constitui exigência para sua aceitação;
- b) *o prazer que estas substâncias promovem* – como um meio de fuga das situações conflituosas e insatisfatórias que o mundo lhe oferece, possibilitando a experiência de novas vivências e sensações. Porém, na maioria das

- vezes, trata-se de um prazer solitário, restrito ao próprio corpo e que limita e até impossibilita o encontro com o outro;
- c) *o jogo com a morte* – que leva o adolescente a práticas perigosas, como forma de testar sua autonomia e liberdade e de afirmar-se enquanto pessoa, tornando-se adulto;
- d) *o significado que as SPAs têm na característica da transgressão* – própria ao adolescente, na qual o objeto SPAs passa a ser utilizado como forma de contestação da ordem social estabelecida: testar a autoridade dos pais, infringir as normas e valores sociais, negando-os para sua vida, entre outros.

Para a OMS, algumas situações podem predispor o indivíduo ao uso de SPAs, tais como falta de informações, saúde deficiente, insatisfação com a qualidade de vida, fácil acesso às drogas e núcleo básico de formação desintegrado. O uso abusivo de SPAs pode ser considerado como problema social, e a presença das situações relacionadas contribui para proliferação do abuso, embora este problema atinja a todas as classes.

### ***As substâncias psicoativas e seus efeitos***

Como já mencionado, os efeitos de uma substância não são iguais, depende da interação entre três fatores: pessoa, substância e meio ambiente. É importante desmistificar o caráter mágico da droga como fator unicausal da drogadição<sup>25,26</sup>.

Os riscos relacionados ao consumo dependem da maneira e das circunstâncias em que elas são usadas, e do tipo de substância. Mesmo para os usuários dependentes, os perigos estão relacionados ao grau de dependência, e não à natureza da substância. Não se pode afirmar que existem SPAs inofensivas à saúde, uma vez que o prejuízo depende de quem e da maneira como é consumida. As substâncias “legais” não são menos prejudiciais do que as “ilegais”, as naturais não podem ser consideradas menos prejudiciais do que as produzidas em laboratório. O que se pode afirmar é que existem maneiras menos prejudiciais de consumo, embora todas elas possam ser perigosas<sup>28</sup>. Os sinais e sintomas decorrentes do uso/abuso, abstinência e dependência são descritos a seguir<sup>22,26,32-34</sup>.

*Álcool*: náuseas, vômitos, sudorese, cefaléia, tontura, câimbras, agressividade, euforia seguida de depressão, ansiedade, comprometimento da memória, incoordenação motora, alteração no desempenho sexual, insônia, alucinações, delírios, demência, amnésia, comprometimento das funções hepáticas. Desenvolve tolerância.

*Nicotina*: diminuição do apetite, sudorese, tonturas, cefaléia, insônia, problemas digestivos, pulmonares (asbestose, enfizema e bronquite), cardiovasculares e cerebrais.

*Canabis*: taquicardia, congestão conjuntival, aumento ou ausência do apetite, euforia seguida de relaxamento,

ansiedade, insônia, alterações de memória, delírios e alucinações e oligospermia.

*Inalantes:* agressividade, irritabilidade, excitações, tremores, tonturas, náuseas, salivação, rubor facial, cefaléia, incoordenação motora e ocular, confusão mental e perda da consciência, entre outros comprometimentos neurológicos (convulsão e coma) e cardiovasculares (arritmia cardíaca). Desenvolvem tolerância.

*Anfetaminas:* sudorese, náuseas, excitação acompanhada de depressão, insônia, aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e da respiração, midríase, tremores, hiperatividade motora, cefaléia, vertigens, delírios, alucinações, ansiedade, anorexia, alterações no desempenho sexual. Desenvolvem tolerância.

*Tranqüilizantes:* aliviam a ansiedade e a tensão, provocam sonolência, incoordenação motora e lentidão dos movimentos. Desenvolvem tolerância.

*Cocaína:* anorexia, nervosismo, tremores, convulsões tônico-clônicas e depressão maior, ansiedade, alucinações, perda da noção de temporalidade, sensação de fadiga, insônia, excitação e euforia, hiperatividade, êxtase, aumento de pressão arterial, da respiração, da frequência cardíaca e coma. Desenvolve tolerância.

*Caféina:* insônia, taquicardia, aumento da secreção do suco gástrico, tremores, cefaléia, anorexia, irritabilidade. Desenvolve tolerância.

*Anabolizantes:* hiperatividade e euforia acompanhada por irritabilidade, ansiedade, depressão, confusão mental. No homem, pode provocar: diminuição dos níveis de testosterona e função testicular, redução do número de espermatozoides, impotência, infertilidade, calvície, desenvolvimento de mamas, contornos arredondados dos quadris e ginecomastia. Na mulher, crescimento de pêlos faciais, alteração ou ausência de ciclo menstrual - amenorréia, aumento de clitóris, alteração da cartilagem da laringe, diminuição das mamas, maturação esquelética precoce, puberdade acelerada.

### **Formas de intervenção frente ao uso/abuso de SPAS na adolescência**

O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), no seu artigo 4º, estabelece que é dever da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar a efetivação dos direitos à vida e à saúde. Compreende-se que é tarefa de todos colocar na prática uma orientação quanto ao uso de SPAs, através de estímulo a hábitos saudáveis<sup>35</sup>.

O uso indevido de SPAs precisa ser encarado de forma responsável, com vistas à: 1) redução dos riscos ao usuário (contaminação pela AIDS); 2) redução do consumo, dependência e problemas decorrentes do abuso; 3) combate à oferta de substâncias<sup>28</sup>.

Tentar evitar que as pessoas se envolvam com SPAs é um caminho. Porém, para os que já se envolveram, a

estratégia é ajudá-los a evitar a dependência, para os dependentes, oferecer-lhes meios adequados para tratá-la.

No texto são abordados intervenções voltadas à prevenção e tratamento do abuso<sup>28</sup>.

### **Abordagem preventiva**

Uma vez que não é possível acabar com a oferta de SPAs, faz-se necessário a realização de um trabalho preventivo que consista em diminuir a motivação para o consumo<sup>28</sup>. Ao mesmo tempo, investir em promoção de pesquisas e divulgação, para a conscientização dos danos sociais, físicos e psicológicos, causados pelo uso destas substâncias. Acredita-se que a prevenção é o melhor caminho para evitar o abuso de SPAs e diminuir sua prevalência, através de um programa bem estruturado.

De modo geral, a educação preventiva deve valorizar o equilíbrio do homem no meio ambiente, permitindo a ampliação dos compromissos individuais e coletivos dos jovens, como transformadores sociais, na busca de uma vida saudável. Nesta tarefa, os educadores e familiares são indispensáveis, pois, além de transmitir informações necessárias à reflexão e mudança de comportamento, também representam figuras de identificação significativas para o jovem.

Um programa de prevenção deve considerar a tríade: indivíduo, meio ambiente e substância, propiciar a participação de todos envolvidos e o planejamento estruturado das estratégias e avaliações periódicas<sup>36</sup>. Para adolescentes, é importante considerar:

- estimular a compreensão de si mesmo, desenvolvendo a auto-estima, a autoconfiança e a autodeterminação;
- fortalecer o discernimento crítico quanto ao uso/abuso de SPAs;
- encorajar o exercício de funções sociais adequadas, de competências sociais, de responsabilidade social e de cidadania;
- formar multiplicadores ou grupos de profissionais para desenvolver e aperfeiçoar métodos preventivos integrados, focalizando a comunidade e a cultura popular.

### **Abordagem terapêutica**

Há várias abordagens terapêuticas, sendo as mais comuns o tratamento médico, a psicoterapia, os grupos de auto-ajuda (A.A., N.A., outros) e as comunidades terapêuticas. Nenhuma destas modalidades dão conta de todos os tipos de dependência, por isso pesquisas vêm sendo realizadas para determinar a especificidade de conduta por dependente. As abordagens médico-psicológicas têm-se mostrado muito eficazes<sup>27</sup>.

A maioria dos tratamentos focalizam a dependência, porém muitos usuários apresentam transtornos associados ao uso abusivo, que necessitam também ser tratados. Na abordagem terapêutica, o diagnóstico tem como finalidade a construção conjunta, profissional e paciente, da situação

atual do envolvimento com a substância, do meio ambiente e dos resultados. É necessário conhecer a história pessoal, a história do consumo, bem como a realização de exames físico e psíquicos. A participação da família é essencial para informações e investigação de fatores que contribuem para o consumo<sup>27</sup>.

Após o diagnóstico, para os usuários ocasionais ou frequentes, a abordagem apropriada é insistir na parada ou na diminuição do consumo. Porém, para os dependentes, cabe a motivação para engajamento em processo terapêutico. É fundamental o vínculo de confiança entre a equipe multidisciplinar e o paciente. A partir daí, estabelecer contrato terapêutico, fixando objetivos e modalidades de tratamento<sup>37</sup>. O tratamento propriamente dito consta da desintoxicação, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar, dependendo de cada caso. A redução significativa ou suspensão do consumo pode ocasionar sintomas de abstinência, exigindo abordagem medicamentosa, embora deva ser evitada, pela possibilidade de desenvolver abuso de múltiplas substâncias. Durante ou após desintoxicação, pode ser utilizado o atendimento em grupo ou individual<sup>37</sup>. Dinâmicas de grupos, palestras, atividades artística e esportivas, grupos de apoio à família e recursos audiovisuais são utilizados<sup>38</sup>.

Ao abordar o paciente, o profissional deve estar atento para o tipo de situações que o levaram ao serviço de saúde; se foi espontaneamente ou levado em função de crise. Quanto à família, deve ser capaz de perceber os motivos da procura de ajuda e promover o engajamento de todos na proposta terapêutica<sup>37</sup>.

Na maioria, o tratamento da dependência não requer internação, exceto em ameaça de suicídio, de comportamento autodestrutivo, de ameaça à integridade física de outros; sintomas psiquiátricos; complicações clínicas; dependência de outras substâncias (desintoxicação do álcool); falhas recorrentes em nível ambulatorial; não possuir suporte social algum<sup>27</sup>.

A internação é uma estratégia adotada para a promoção da abstinência no início do tratamento, para afastamento do consumo, das pessoas e dos ambientes que estimulam o uso. Para isso, uma nova rotina cotidiana e um sistema de suporte social, com parentes e amigos deve ser estruturada. As emergências de dependência química estão relacionadas à intoxicação ou abstinência; complicações clínicas, acidentes, ferimentos por armas, comportamento suicida e violência costumam acompanhar estes casos<sup>27</sup>.

#### ***Constituição de uma rede de apoio para enfrentamento do uso indevido de SPAs***

Para Bucher (1994), algumas condutas são caracterizadas como adequadas, porém o resultado depende da forma como a sociedade se posiciona diante dos usuários e de seus problemas, julgando ou amparando, reprimindo o consumo

ou compreendendo. Isso requer bom senso, considerando as particularidades das situações e valores humanos<sup>39</sup>.

#### ***Família***

“O que se faz é muito mais importante do que o que se diz”. O modelo de comportamento descontrolado, adotado pelos pais e outros, pode ser imitado pelos adolescentes, como uso de tranqüilizantes, consumo de bebidas alcoólicas e cigarros, entre outros<sup>28</sup>.

É necessário que a família esteja preparada para a adolescência dos filhos, que permita o questionamento e rebeldia destes, amparando-os na instabilidade, estimulando a sua criatividade e estabelecendo limites. O segredo desta convivência é o diálogo franco, no qual pais e filhos ouvem-se e tentam entender as explicações uns dos outros. A família pode ensiná-lo a resistir às drogas sem ter constrangimento diante dos amigos.

#### ***Escola***

Os programas educativos na prevenção do uso de SPAs, nas escolas, podem ser de grande ajuda aos adolescentes se realizados de forma adequada. As informações não devem estimular experimentação; evitar discursos antidrogas e mensagens repressivas.

O uso de SPAs deve ser discutido dentro de um contexto amplo, no qual a promoção da saúde seja compreendida como bem-estar físico, psíquico e social. Os educadores devem levar os adolescentes a refletirem sobre atitudes saudáveis. Nos casos de envolvimento com SPAs, a escola não deve tomar atitudes drásticas, deve procurar apoio em serviços especializados<sup>28</sup>.

#### ***Comunidade***

A drogadição resulta da relação entre indivíduos vulneráveis, substâncias com propriedades psicoativas e meio ambiente facilitador. É recomendável que, antes de estabelecer programas preventivos, proceda-se o diagnóstico do consumo de SPAs na comunidade, a identificação do conhecimento e interesse do grupo pelo assunto e fatores de risco associados.

#### ***Considerações sobre condutas preventivas do uso/abuso de SPAs***

- 1) Informações devem ser objetivas, precisas e diretas sem exagerar os riscos e perigos.
- 2) Os pais e educadores devem orientar os jovens de forma correta, mostrando os possíveis riscos, sem falso moralismo ou culpas. A atitude agressiva e desesperadora pode acabar empurrando o adolescente para o envolvimento com tais substâncias.
- 3) Neutralizar a atração por SPAs, pelo estímulo às atividades artísticas, esportivas, lúdicas, todavia sem exacerbção.

- 4) A atitude do adulto deve ser incentivar a formação de novos valores, fortalecer vínculos, demonstrar segurança e afeto, para que os jovens tenham condições de superar suas dificuldades como sentimento de solidão, baixa auto-estima, falta de confiança, sensação de inadequação, sem recorrer ao uso de SPAs.
- 5) Cabe aos adultos ensinar aos adolescentes que “a fórmula de obtenção da felicidade a qualquer custo”, imposta pela sociedade, não é a melhor maneira de se viver.
- 6) Cabe aos adultos estabelecer diálogo com o adolescente, mesmo que este torne-se tenso ou conflituoso, pois, ainda assim, ele é uma via de comunicação importante. Caso o adolescente se isole ou feche o acesso, isso pode se configurar um problema, e o ideal nesta situação, é procurar ajuda externa, de pessoas que o adolescente admire e respeite (parente, amigo da família, padre, médico ou outros profissionais).

### Agradecimentos

À Eliana Souza (docente da língua inglesa) e à equipe de bolsistas de iniciação científica do Nepa, em especial à Eloísa Barreto Bacelar, pela grande contribuição com o abstract, revisão bibliográfica e formatação do texto.

### Referências bibliográficas

1. Passos MRL. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1995.
2. Guimarães MDC. Programa Nacional de DST/AIDS. Estado temporal das doenças associadas à AIDS no Brasil. In: Sobre a epidemia da AIDS no Brasil: distintas abordagens. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
3. Brasil, Programa Nacional de DST/AIDS. AIDS in the World - UNAIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
4. Brasil, Programa Nacional de DST/AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Parker R. Políticas, Instituições e AIDS. Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ÁBIA; 1997.
6. Brasil, Programa de Atenção à Saúde do Adolescente. Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
7. Brasil, Programa Nacional de DST/AIDS. A epidemia da AIDS no Brasil: Situações e Tendência: 13ª Conferência Internacional de AIDS, África-Durban. 2000.
8. Brasil, Programa Nacional de DST/AIDS. A epidemia da AIDS no Brasil: Situações e Tendência: Simpósio Satélite. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
9. Brasil, Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico 2, AIDS, Ano XIII. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
10. Brasil, Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico 5, AIDS, Ano XII. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
11. Sila CRC. Crianças e AIDS – ensaios e experiências. São Paulo: Ministério da Saúde; 1999.
12. Eisenstein E, Souza RP. Situações de Risco à Saúde de Crianças e Adolescentes. Rio de Janeiro: Vozes, Cenepa, Cecip; 1993.
13. OPAS – Fundación W. Kellogg. Educación de la sexualidad en el contexto de la salud integral en la adolescencia. Revisión de experiencias de países y propuesta de un marco conceptual. Manual Técnico: OPAS; 1997.
14. Brasil, Programa de Atenção à Saúde do Adolescente. Cadernos – Juventude, Saúde e Desenvolvimento, vol 1. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
15. Fernandes MEC, D’Angelo LAV, Vieira EM. Experiência do Projeto AIDSCAP no Brasil – Prevenção HIV/AIDS. São Paulo: Ministério da Saúde; 1999.
16. Brasil. Programa Nacional de DST/AIDS. Validation of national algorithms for the diagnostic of STD in Brazil: results from a multicentre study – sexually transmitted infections. Genitourinary Medicine 1998; suppl 1, 74:538-43.
17. Veronesi RE, Focaccia R. Tratado de Infectologia. vol. 1 e 2. São Paulo: Atheneu; 1996.
18. Morse SA, Moreland A, Homes K. Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
19. Lima ALM, Kiffer CR, Uip DE, Oliveira MS, Leite OHM. Perguntas e respostas HIV/AIDS – Uma equipe multiprofissional. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 1996.
20. Totugui. ML. Visão histórica e antropológica do consumo de droga. In: Bucher R. As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: EPU; 1988.
21. Brasil, Secretaria Nacional Antidrogas. Relatório do I Fórum Nacional Antidroga. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington, DC: Fouth Editora; 1994.
23. Kaplan HI. Transtornos relacionados com substâncias. Sinopsis de Psiquiatria. Ciências de la conducta. Psiquiatria clínica. 8ª ed. Madrid: Editora Médica; 1999.
24. American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse: Role of the pediatrician in prevention and management of substance abuse. Pediatrics 1993; 91:1010.
25. Gonçalves EC. Alguns conceitos referentes à toxicomania. In: Bucher R. As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: EPU; 1988.
26. Oliveira EMP. Drogas e seus efeitos. In: Buccher R. As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: EPU; 1988.
27. Leite MC. Aspectos básicos do tratamento de Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Anti-Droga; 1999.
28. Xavier S, Silveira ED. Um guia para a família. Brasília: Secretaria Nacional Antidroga; 1999.
29. Noto AR. O uso das drogas psicotrópicas no Brasil: última década e tendências. O Mundo da Saúde 1999; 23: 05-09.
30. Noto AR, Nappo S, Galduróz JCF, Mattei R, Carlini EA. III Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais brasileiras – 1993. São Paulo: CEBRID, UNIFESP – EPM; 1993.
31. Oliveira JA. A fase adolescente e as motivações para a droga. In: Bucher R. Prevenção ao uso indevido de droga. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; 1989.p.63-74.
32. Bergeret J, Leblanc J. Toxicomania: um enfoque pluridimensional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
33. Brasil, Programa Nacional de DST/AIDS. Conhecimentos básicos sobre drogas e a associação de riscos com DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
34. Bennett CJ, Plun F. CECIL Tratado de Medicina Interna. 20ª ed, vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.

35. Brasil, Leis e Decretos. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça; 1991.
36. Brasil, Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Projetos Especiais – Diretrizes para uma Política Educacional de Prevenção ao Uso de Drogas. Brasília: MEC/SEPESPE; 1994.
37. Brasil, Departamento de Programas de Saúde, Coordenações de Saúde Mental. Normas e procedimentos na Abordagem do Abuso de Drogas. Brasília: SNA, DPS, CORSAM; 1991.
38. Brasil VR. O Tratamento da Dependência Química – Relato de Experiência. *O Mundo da Saúde*. 1999; 23: 43-47.

39. Bucher R. Como fazer prevenção na família, escola, local de trabalho, comunidade. In: *Drogas: O que é preciso saber para prevenir*. 4ª ed. São Paulo: CONEN; 1994.

Endereço para correspondência:

Valterney O. Morais

Av. Euclides da Cunha, 475 - apto. 1602 – Graça

CEP 40150-120 – Salvador, BA

E-mail: nnepa@hotmail.com