

Informações sobre Drogas

O que são Drogas?

Todo mundo já tem uma ideia do significado da palavra droga. Em linguagem comum, de todo o dia ("Ah, mas que droga" ou "logo agora, droga..." ou ainda, "esta droga não vale nada!"), droga tem um significado de coisa ruim, sem qualidade. Já em linguagem médica, droga é quase sinônimo de medicamento. Dá até para pensar porque uma palavra designada para apontar uma coisa boa (medicamento; afinal este serve para curar doenças), na boca do povo tem um significado tão diferente. O termo droga teve origem na palavra droog (holandês antigo) que significa folha seca; isto porque antigamente quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais.

Atualmente, a medicina define droga como sendo: qualquer substância que é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. Por exemplo, uma substância ingerida contrai os vasos sanguíneos (modifica a função) e a pessoa passa a ter um aumento de pressão arterial (mudança na fisiologia). Outro exemplo, uma substância faz com que as células do nosso cérebro (os chamados neurônios) fiquem mais ativas, "disparem" mais (modificam a função) e como consequência a pessoa fica mais acordada, perdendo o sono (mudança comportamental).

Mais complicada é a seguinte palavra: psicotrópico. Percebe-se claramente que ela é composta de duas outras: psico e trópico. Psico é uma palavra derivada da língua grega que significa "alma", o que se concebe, atualmente, naquilo que está associado às funções mentais, que fazem com que tenhamos sentimentos, comportamentos e pensamentos. A palavra trópico relaciona-se com o termo tropismo que significa ter atração por. Nesse sentido, psicotrópico significa atração pelo psiquismo e, analogamente, drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o nosso cérebro, alterando algumas formas o funcionamento mental, de forma biológica, fisiológica ou psíquica, podendo alterar nossa percepção, sentimentos e pensamentos. De forma parecida à definição de substâncias psicotrópicas, as substâncias psicoativas são aquelas que ativam partes do cérebro, alterando o funcionamento cerebral, tal como observado anteriormente, na maioria das vezes através da ingestão de drogas.

As alterações "psíquicas" dependerão do tipo de substância psicotrópica (ou psicoativa) ingerida. Por isso, há a classificação delas, de acordo com as partes onde elas atuam de formas mais intensas no cérebro, ou como os efeitos subjetivos e psicodinâmicos gerados pelo consumo delas ocorrem. Via de regra, elas são classificadas em três grandes tipos: Depressoras, Estimulantes e Perturbadoras do Sistema Nervoso Central (SNC).

No primeiro grupo, encontram-se as drogas que diminuem as atividades "sinápticas" de nosso cérebro, ou seja, que "deprimem" o funcionamento do mesmo. Durante o consumo dessas substâncias, a sensação do indivíduo é de "anestesia", "dormência" e menor responsividade ao seu meio, o que pode

aparentar a quem observa o usuário, uma pessoa "mais devagar", com sono ou até mesmo "mais alheia" ao que ocorre ao seu redor. Por isso essas drogas são chamadas de Depressoras do Sistema Nervoso Central.

No segundo grupo de drogas psicotrópicas, estão aquelas que aumentam a atividade cerebral, ou seja, estimulando seu funcionamento, fazendo com a pessoa que se utiliza dessas drogas fiquem "ligadas", "elétricas", sem aparentar sono, mas frequentemente o oposto, como inquietação e agitação acima do padrão da normalidade. Por isso, essas drogas recebem a denominação de Estimulantes do Sistema Nervoso Central.

No terceiro grupo de classificação geral das substâncias psicoativas, encontram-se aquelas que atuam fortemente na modificação qualitativa das atividades cerebrais, não se trata, portanto, de mudanças quantitativas como de aumentar ou diminuir a atividade cerebral. Aqui a mudança predominante é de qualidade das atividades sinápticas (ou neuronais)! O cérebro passa a funcionar fora do padrão, induzindo a pessoa a ficar "perturbada", no sentido de sofrer alterações perceptivas que podem alterar a forma de como o sujeito vê os estímulos existentes no ambiente ou, por vezes, inexistentes. Por esta razão este terceiro grupo de drogas é concebido como Perturbadores da Atividade do Sistema Nervoso Central.

Nesse paradigma, as drogas psicotrópicas são:

1. Depressoras da Atividade do SNC;
2. Estimulantes da Atividade do SNC;
3. Perturbadoras da Atividade do SNC.

Esta classificação, feita por cientistas franceses, tem vantagens em simplificar a compreensão das drogas, ausentando-se de palavras técnicas e difíceis, como geralmente observa-se nas pesquisas em saúde, como no campo da medicina ou de pesquisas neurocientíficas, além de correlatas.

Abaixo, encontram-se as definições utilizadas, de acordo com o que foi apresentado, para facilitar a compreensão e o entendimento da classificação das substâncias psicotrópicas, tipicamente utilizadas por pesquisadores da área médica:

1. Depressores – podem também ser chamadas de psicolépticos;
2. Estimulantes – recebem também o nome de psicoanalépticos, noanalépticos, timolépticos, etc;
3. Perturbadores ou psicoticomiméticos, psicodélicos, aluginógenos, psicometamórficos, etc.

As principais drogas psicotrópicas que são usadas de maneira abusiva, estão relacionadas abaixo:

Depressores da Atividade do SNC

- Álcool;
- Soníferos ou hipnóticos (drogas que promovem o sono), barbitúricos e benzodiazepínicos (ou ansiolíticos), tais como o diazepam, lorazepam, clonazepam;
- Opiáceos ou narcóticos (aliviam a dor e dão sonolência), como a morfina, a heroína, a codeína, a meperidina;

- Inalantes ou solventes (colas, tintas, removedores, etc).

Estimulantes da Atividade do SNC

- Anorexígenos (diminuem a fome). Principais drogas pertencentes a essa classificação são as anfetaminas, como a dietilpropiona, femproporex;
- Cocaína;
- Tabaco.

Perturbadores da Atividade do SNC

- Substâncias de origens vegetais: mescalina (do cacto mexicano), THC (da maconha), psilocibina (de certos cogumelos), lírio (trombeteira, zabumba ou saia branca);
- Substâncias de origens sintéticas: LSD-25; Extasy, Anticolinérgicos (Artane®, Betyl®).

Fonte: Cebrid

DETALHES DE DROGAS COMUMENTE CONSUMIDAS NO BRASIL

Depressores das Atividades do SNC

SOLVENTES OU INALANTES

A palavra solvente significa substância capaz de dissolver coisas, e inalante é toda substância que pode ser inalada, isto é, introduzida no organismo através da aspiração pelo nariz ou pela boca. Em geral, todo solvente é uma substância altamente volátil, ou seja, evapora-se muito facilmente, por isso o fato de ser facilmente inalado. Uma característica alarmante dos solventes (ou inalantes) é que muitos deles são inflamáveis, quer dizer, pegam fogo facilmente. Um número enorme de produtos comerciais, como esmaltes, colas, tintas, tineres, propelentes, gasolina, removedores, vernizes etc., contém esses solventes. Eles podem ser aspirados tanto involuntariamente (por exemplo, trabalhadores de indústrias de sapatos ou de oficinas de pintura, o dia inteiro expostos ao ar contaminado por essas substâncias), quanto voluntariamente (por exemplo, a criança de rua que cheira cola de sapateiro, o menino que cheira em casa acetona ou esmalte, ou o estudante que cheira o corretivo Carbex® etc.).

Todos os solventes ou inalantes são substâncias pertencentes a um grupo químico chamado de hidrocarbonetos, como o tolueno, xilol, n-hexano, acetato de etila, tricloroetileno etc. Para exemplificar, eis a composição de algumas colas de sapateiro vendidas no Brasil: Cascola® – mistura de tolueno + n-hexano®; Patex Extra® – mistura de tolueno com acetato de etila e aguarrás mineral; Brascoplast® – tolueno com acetato de etila e solvente para borracha.

Em 1991, uma fábrica de cola do interior do Estado de São Paulo fez ampla campanha publicitária afirmando que finalmente havia fabricado uma cola de sapateiro “que não era tóxica e não produzia vício”, porque não continha tolueno. Essa indústria teve um comportamento reprovável, além de criminoso, já que o produto anunciado ainda continha o solvente n-hexano, sabidamente bastante tóxico.

Um produto muito conhecido no Brasil é o “cheirinho” ou “loló”, também conhecido como “cheirinho da loló”. Trata-se de um preparado clandestino (isto é, fabricado não por um estabelecimento legal, à base de clorofórmio mais éter, utilizado para fins recreativos de forma abusiva. Sabe-se hoje que, quando esses “fabricantes” não encontram uma daquelas duas substâncias, eles misturam qualquer outra coisa em substituição. Assim, em relação ao “cheirinho da loló”, não se conhece bem sua composição, o que complica quando se tem casos de intoxicação aguda por essa mistura. Ainda, é importante chamar a atenção para o lança-perfume. Esse nome designa inicialmente aquele líquido que vem em tubos e que se usa no Carnaval. À base de cloreto de etila ou cloretila, sua venda é proibida para fabricação no Brasil e só aparece nas ocasiões de Carnaval, contrabandeada por outros países sul-americanos. Cada vez mais o nome é utilizado para designar o “cheirinho da loló” (os meninos de rua de várias capitais brasileiras já usam estes dois nomes – cheirinho e lança – para designar a mistura de clorofórmio e éter).

Aspectos gerais:

A dependência entre aqueles que abusam cronicamente de solventes é comum, sendo os componentes psíquicos da dependência os mais evidentes, tais como desejo de usar a substância, perda de outros interesses que não seja o solvente. A síndrome de abstinência, embora de pouca intensidade, está presente na interrupção abrupta do uso dessas drogas, sendo comum a sensação de ansiedade, agitação, tremores, câibras nas pernas e insônia pelas pessoas que costumam fazer uso dessas substâncias.

Pode surgir tolerância fisiológica à substância, embora não tão dramática em relação a outras drogas (como as anfetaminas, que os dependentes passam a tomar doses 50-70 vezes maiores que as iniciais). Dependendo da pessoa e do solvente, a tolerância instala-se ao fim de um a dois meses. Os solventes são as drogas mais usadas entre os meninos (as) de rua e entre os estudantes da rede pública de ensino, quando se excluem da análise o álcool e o tabaco.

Fonte: Cebrid

BEBIDAS ALCOÓLICAS

As bebidas alcoólicas são bebidas que contêm álcool etílico e é fabricado através do processo de fermentação de sacarose contidas em frutas, grãos ou caules como a cana-de-açúcar. Apesar do desconhecimento por parte

da maioria das pessoas, o álcool também é considerado uma droga psicotrópica, pois atua no sistema nervoso central, provocando mudanças comportamentais de quem o consome, com alto potencial para desenvolvimento de dependência.

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem um consumo socialmente aceito e até incentivado pela civilização, ainda que seus malefícios sejam evidentes. Sua aceitação cultural é um dos principais motivos pelo qual o álcool seja encarado de forma diferenciado, se comparado com as demais drogas. E isso remonta a tempos milenares.

Apesar de ampla aceitação, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema. Além dos inúmeros acidentes de trânsito e da violência associada aos episódios de embriaguez, o consumo de álcool a longo prazo, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo. Nesse sentido, o consumo inadequado do álcool é um importante problema de saúde pública, especialmente nas sociedades ocidentais, acarretando altos custos. Isto porque frequentemente exige o envolvimento de profissionais como médicos, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros, para a recuperação da pessoa, incluindo seus familiares e comunidade.

Efeitos agudos:

A ingestão de álcool provoca diversos efeitos no SNC, que aparecem em duas fases distintas: Fase estimulante e fase depressora. Nos primeiros momentos após a ingestão de álcool, podem aparecer os efeitos estimulantes, como euforia, desinibição e loquacidade (maior facilidade para falar). Com o passar do tempo, começam a surgir os efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole e sono. Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo até mesmo provocar o estado de coma.

Os efeitos do álcool variam de intensidade de acordo com as características pessoais. Por exemplo, uma pessoa acostumada a consumir bebidas alcoólicas sentirá os efeitos do álcool com menor intensidade, quando comparada com outra que não está acostumada a beber. Um outro exemplo está relacionado à estrutura física: a pessoa com estrutura física de grande porte terá maior resistência aos efeitos do álcool.

O consumo de bebidas alcoólicas também pode desencadear alguns efeitos desagradáveis, como enrubescimento da face, dor de cabeça e mal-estar geral. Esses efeitos são mais intensos para algumas pessoas cujo organismo tem dificuldade de metabolizar o álcool. Os orientais, em geral, têm maior probabilidade de sentir esses efeitos.

Fonte: Cebrid

CALMANTES E SEDATIVOS

Sedativo é o nome que se dá aos medicamentos capazes de diminuir as atividades cerebrais, principalmente quando este está em estado de excitação acima do normal. O termo sedativo é sinônimo de calmante ou sedante.

Quando um sedativo é capaz de diminuir a dor, recebe o nome de analgésico. Já quando o sedativo é capaz de afastar a insônia, produzindo o sono, é chamado de hipnótico ou sonífero. Quando um calmante tem o poder de atuar mais sobre estados exagerados de ansiedade, é denominado de ansiolítico. Algumas dessas drogas são capazes de acalmar o cérebro hiperexcitado, servindo como uma forma medicamentosa de tratamento para pessoas epiléticas. São as drogas antiepiléticas, capazes de prevenir as convulsões com quem sofre com esses transtornos.

Aspectos gerais:

Existem muitas evidências de que os barbitúricos levam as pessoas a um estado de dependência, o que significa afirmar que, com o tempo, a dose deva ser aumentada para que os sujeitos atinjam os mesmos efeitos iniciais ao experimentar a substância, desenvolvendo tolerância. Esses fenômenos se desenvolvem com maior rapidez quando doses grandes são usadas desde o início. Quando a pessoa está dependente dos barbitúricos e deixa de tomá-los, passa a ter a síndrome de abstinência, cujos sintomas vão desde insônia, irritação, agressividade, delírios, ansiedade, angústia, até convulsões generalizadas. A síndrome de abstinência requer obrigatoriamente tratamento médico e hospitalização, pois há risco de a pessoa vir a falecer.

Fonte: Cebrid

TRANQUILIZANTES OU ANSIOLÍTICOS

Existem medicamentos que têm a propriedade de atuar quase que exclusivamente sobre a ansiedade e a tensão. Essas drogas já foram chamadas de tranquilizantes, por aquietar a pessoa “estressada”, tensa e ansiosa. Atualmente, prefere-se designar esses tipos de medicamentos pelo nome de ansiolíticos, ou seja, que “abolem” a ansiedade. De fato, esse é o principal efeito terapêutico desses medicamentos: diminuir ou acabar com a ansiedade das pessoas, sem afetar, em demasia as funções psíquicas e motoras.

Antigamente, o principal agente ansiolítico era uma droga chamada meprobamato, que praticamente desapareceu das farmácias com a descoberta de um importante grupo de substâncias: os benzodiazepínicos. De fato, esses medicamentos estão entre os mais utilizados no mundo todo, inclusive no Brasil. Para se ter ideia, atualmente existem mais de cem tipos de remédios benzodiazepínicos diferentes e vendidos em nosso país. Estes têm nomes químicos que terminam geralmente pelo sufixo am. Assim, é relativamente fácil a pessoa, quando toma um remédio para acalmar-se, saber o que realmente está tomando: tendo na fórmula uma palavra terminada em am, é um benzodiazepínico. Exemplos: diazepam, bromazepam, clobazam, clorazepam, estazolam, flurazepam, flunitrazepam, lorazepam, nitrazepam etc. Uma das exceções é a substância chamada clordiazepóxido, que também é um benzodiazepínico. Por outro lado, essas substâncias são comercializadas pelos laboratórios farmacêuticos com diferentes nomes “fantasia”, existindo assim dezenas de remédios com nomes diferentes: Valium®, Calmociteno®,

Dienpax®, Psicosedin®, Frontal®, Frisium®, Kiatrium®, Lexotan®, Lorax®, Urbanil®, Somalium® etc, são apenas alguns dos nomes.

Aspectos gerais:

Os benzodiazepínicos, quando usados por meses seguidos, podem levar as pessoas a um estado de dependência psíquica e química. Como consequência, sem a droga o dependente passa a sentir-se com irritabilidade, insônia excessiva, sudoreação, dor pelo corpo todo, podendo, em casos extremos, apresentar convulsões. Se a dose tomada já é grande desde o início, a dependência ocorre mais rapidamente ainda. Há também desenvolvimento de tolerância, embora esta não seja muito acentuada, isto é, a pessoa fica acostumada à droga e precisa aumentar a dose para obter o efeito inicial.

Fonte: *Cebriid*

OPIÁCEOS E OPIOIDES

Muitas substâncias com grande atividade farmacológica podem ser extraídas de uma planta chamada *Papaver somniferum*, conhecida popularmente com o nome de “Papoula do Oriente”. Ao se fazer cortes na cápsula da papoula, quando ainda verde, obtém-se um suco leitoso, o ópio (a palavra ópio em grego quer dizer “suco”).

Quando seco, esse suco passa a se chamar pó de ópio. Nele existem várias substâncias com grande atividade farmacológica. A mais conhecida é a morfina, palavra que vem do deus da mitologia grega Morfeu, o deus dos sonhos. Pelo próprio segundo nome da planta *somniferum*, de sono, e do nome morfina, de sonho, já dá para fazer uma ideia da ação do ópio e da morfina no homem: são depressores do sistema nervoso central, isto é, fazem o cérebro funcionar mais devagar. Mas o ópio ainda contém mais substâncias, sendo a codeína também bastante conhecida. É possível obter-se outra substância, a heroína, ao se fazer pequena modificação química na fórmula da morfina. A heroína é, então, uma substância semissintética (ou seminatural).

Todas essas substâncias são chamadas de drogas opiáceas ou simplesmente opiáceos, ou seja, oriundas do ópio, que, por sua vez, podem ser opiáceos naturais quando não sofrem nenhuma modificação (morfina, codeína) ou opiáceos semissintéticos quando resultantes de modificações parciais das substâncias naturais (como é o caso da heroína).

Atualmente, há laboratórios que fabricam várias substâncias com ações semelhantes à dos opiáceos: a meperidina, a oxicodona, o propoxifeno e a metadona, são apenas alguns exemplos. Essas substâncias totalmente sintéticas são chamadas de opióides (isto é, semelhantes aos opiáceos). Todas são colocadas em comprimidos ou ampolas, tornando-se, então, medicamentos.

A ciência foi capaz de desenvolver um adesivo que contém essas substâncias que, ao ser colado na pele de um paciente, vai liberando pouco a pouco a quantidade necessária para a ação terapêutica que o médico indicou. São os chamados adesivos transdérmicos ou patch (pronuncia-se: péti).

Efeitos no cérebro:

Todas as drogas do tipo opiáceo ou opióide têm basicamente os mesmos efeitos no sistema nervoso central: diminuem as atividades. As diferenças ocorrem mais em sentido quantitativo, isto é, são mais ou menos eficientes em produzir os mesmos efeitos; tudo fica, então, sendo principalmente uma questão de dose. Assim, temos que todas essas drogas produzem analgesia e hipnose (aumentam o sono), daí receberam também o nome de narcóticos, que são exatamente as drogas capazes de produzir esses dois efeitos: sono e diminuição da dor. Recebem também, por isso, o nome de drogas hipnoanalgésicas. Agora, para algumas drogas derivadas do ópio, a dose necessária para esse efeito é pequena, ou seja, são bastante potentes, como, por exemplo, a morfina e a heroína; outras, por sua vez, necessitam de doses 5 a 10 vezes maiores para produzir os mesmos efeitos, como a codeína e a meperidina.

Algumas drogas podem ter, ainda, ações mais específicas, como por exemplo, deprimir os acessos de tosse. É por essa razão que a codeína foi muito usada como antitussígeno, ou seja, para diminuir a tosse. Outras apresentam a característica de levar a uma dependência mais facilmente; daí serem muito perigosas, como é o caso da heroína.

Além de deprimir os centros da dor, da tosse e da vigília (o que causa sono), todas essas drogas em doses um pouco maior que as terapêuticas acabam também por deprimir outras regiões do cérebro, como, por exemplo, as que controlam a respiração, os batimentos do coração e a pressão do sangue. Isso é muito importante quando se analisam os efeitos tóxicos que elas produzem.

Em geral, as pessoas que usam essas substâncias sem indicação médica, ou seja, abusam delas, procuram efeitos característicos de uma depressão geral do cérebro: um estado de torpor, como isolamento da realidade do mundo, calmaria na qual realidade e fantasia se misturam, sonhar acordado, estado sem sofrimento, afeto meio embotado e sem paixões. Enfim, fugir das sensações que são a essência mesmo do viver: sofrimento e prazer que se alternam e se constituem como base homeostática de nossa vida psíquica.

Fonte: Cebrid

XAROPES para tosse com Codeína e Zipeprol

Os xaropes são formulações farmacêuticas que contêm grande quantidade de açúcares, fazendo com que o líquido fique "viscoso", "meio grosso" ("xaroposo"). Neste veículo ou líquido coloca-se então a substância medicamentosa que vai trazer o efeito benéfico desejado pelo médico que a receitou. Assim, existem xaropes para tosse onde o medicamento ativo é geralmente a codeína ou o zipeprol. Mas também existem outras maneiras de preparar tais remédios. Ao invés de colocá-los num xarope, faz-se uma solução aquosa, às vezes com um pouco de álcool, tendo-se assim as chamadas gotas para tosse! A substância ativa contida nas gotas é também geralmente a codeína ou o zipeprol.

Estas duas substâncias, codeína e zipeprol, estão entre os remédios mais ativos para combater a tosse: são por isto chamadas de antitussígenas ou béquicas (nominho bobo que a medicina inventou para complicar as coisas). Existe um número muito grande de produtos comerciais a base de codeína. Assim, Belacodid®, Belpar®, Codelasa®, Gotas Binelli®, Pambenyl®, Setux®, Tussaveto®, etc, são remédios contra tosse que contêm esta substância como principal de suas fórmulas. Remédios antitussígenos feitos com zipeprol também existiam no Brasil até o ano de 1991 (quando foram retirados do comércio) como, por exemplo, Eritós®, Nantux®, Silentós®, e Tussiflex®.

A codeína conforme já explicado em outro folheto desta série é uma substância que vem do ópio; trata-se, desta maneira, de um opiáceo natural. O zipeprol é uma substância sintética, isto é, fabricado em laboratório. Devido a sua grande toxicidade, o zipeprol foi recentemente banido no Brasil; isto é, está proibido fabricar ou vender remédios à base desta substância no território nacional.

Aspectos gerais:

A codeína leva rapidamente o organismo a um estado de tolerância. Isto significa que a pessoa que vem tomando xarope à base de codeína, como "vício", acaba por aumentar cada vez mais a dose diária. Assim, não é incomum saber-se de casos de pessoas que tomam vários vidros de xaropes ou de gotas para continuar sentindo os mesmos efeitos. E se elas deixam de tomar a droga, estando já dependentes, aparecem sintomas da chamada síndrome de abstinência. Calafrios, câimbras, cólicas, nariz escorrendo, lacrimejando, inquietação, irritabilidade e insônia são os sintomas mais comuns da abstinência. Com o zipeprol há também o fenômeno da tolerância embora em intensidade menor. O pior aspecto do uso crônico (repetido) dos produtos à base do zipeprol é a possibilidade de ocorrência de convulsões.

Fonte: Cebrid

Estimulantes das Atividades do SNC

ANFETAMINAS

As anfetaminas são drogas estimulantes da atividade do sistema nervoso central, isto é, fazem o cérebro trabalhar mais depressa, deixando as pessoas mais "acesas", "ligadas", com "menos sono", "elétricas" etc.

São chamadas de "rebite", principalmente entre os motoristas que precisam dirigir durante várias horas seguidas sem descanso, a fim de cumprir prazos predeterminados. Também são conhecidas como "bola" por estudantes que passam noites inteiras estudando, ou por pessoas que costumam fazer regimes de emagrecimento sem acompanhamento médico.

Nos Estados Unidos, a metanfetamina (uma anfetamina) tem sido muito consumida na forma fumada em cachimbos, recebendo o nome de "ICE" (gelo). Outra anfetamina, metilendioximetanfetamina (MDMA), também conhecida pelo nome de "êxtase", tem sido uma das drogas com maior aceitação pela

juventude inglesa e agora, também, apresenta-se em consumo crescente no Brasil.

Esses tipos de drogas são sintéticas e fabricadas em laboratórios, variando-se de acordo com misturas que podem incluir doses de substâncias perturbadoras do SNC.

Aspectos gerais:

Quando uma anfetamina é continuamente tomada por uma pessoa, esta começa a perceber com o tempo, que a cada dia a droga produz menos efeito; assim, para obter o que deseja, precisa tomar a cada dia doses maiores. Há até casos que de 1 a 2 comprimidos a pessoa passou a tomar até 40 a 60 comprimidos diariamente. Esse é o fenômeno de tolerância, ou seja, o organismo acaba por se acostumar ou ficar tolerante à droga. Por outro lado, o tempo prolongado de uso também pode trazer uma sensibilização do organismo aos efeitos desagradáveis (paranoia, agressividade etc.), ou seja, com pequenas doses o indivíduo já manifesta esses sintomas.

Discute-se até hoje se uma pessoa que vinha tomando anfetamina há tempos e pára de tomar apresentaria sinais dessa interrupção da droga, ou seja, se teria uma síndrome de abstinência. Ao que se sabe, algumas podem ficar nessas condições em um estado de grande depressão, difícil de ser suportada; entretanto, não é regra geral.

Fonte: Cebrid

COCAÍNA, CRACK e MERLA

A cocaína é uma substância natural, extraída das folhas de uma planta encontrada exclusivamente na América do Sul, a *Erythroxylon coca*, conhecida como coca ou epadu, este último nome dado pelos índios brasileiros. A cocaína pode chegar até o consumidor sob a forma de um sal, o cloridrato de cocaína, o “pó”, “farinha”, “neve” ou “branquinha”, que é solúvel em água e serve para ser aspirado (“cafungado”) ou dissolvido em água para uso intravenoso (“pelos canos”, “baque”), ou sob a forma de base, o crack, que é pouco solúvel em água, mas que se volatiliza quando aquecida e, portanto, é fumada em “cachimbos”.

Também sob a forma base, a merla (mela, mel ou melado), um produto ainda sem refino e muito contaminado com as substâncias utilizadas na extração, é preparada de forma diferente do crack, mas também é fumada. Enquanto o crack ganhou popularidade em São Paulo, Brasília foi a cidade vítima da merla. De fato, pesquisas mostram que mais de 50% dos usuários de drogas da Capital Federal fazem uso de merla, e apenas 2% de crack.

Por apresentar aspecto de “pedra” no caso do crack e “pasta” no caso da merla, não podendo ser transformado em pó fino, tanto o crack como a merla não podem ser aspirados, como a cocaína pó (“farinha”), e por não serem solúveis em água também não podem ser injetados. Por outro lado, para passar do estado sólido ao de vapor quando aquecido, o crack necessita de uma temperatura relativamente baixa (95°C), o mesmo ocorrendo com a merla,

ao passo que o “pó” necessita de 195°C; por esse motivo o crack e a merla podem ser fumados e o “pó” não.

Há ainda a pasta de coca, que é um produto grosseiro, obtido das primeiras fases de extração de cocaína das folhas da planta quando estas são tratadas com álcali, solvente orgânico como querosene ou gasolina, e ácido sulfúrico. Essa pasta contém muitas impurezas tóxicas e é fumada em cigarros chamados “basukos”.

Antes de se conhecer e de se isolar cocaína da planta, a coca (planta) era muito usada sob forma de chá. Ainda hoje esse chá é bastante comum em certos países da América do Sul, como Peru e Bolívia, sendo em ambos permitido por lei, havendo até um órgão do Governo, o “Instituto Peruano da Coca”, que controla a qualidade das folhas vendidas no comércio. Esse chá é até servido aos hóspedes nos hotéis. Acontece, porém, que, sob a forma de chá, pouca cocaína é extraída das folhas; além disso, ingerindo (toma-se pela boca) o tal chá, pouca cocaína é absorvida pelos intestinos e, ainda, por essa via ela imediatamente já começa a ser metabolizada. Através do sangue, chega ao fígado e boa parte é destruída antes de chegar ao cérebro. Em outras palavras, quando a planta é ingerida sob a forma de chá, muito pouca cocaína chega ao cérebro.

Todo mundo comenta que vivemos hoje em dia uma epidemia de uso de cocaína, como se isso estivesse acontecendo pela primeira vez. Mesmo nos Estados Unidos, onde, sem dúvida, houve uma explosão de uso nesses últimos anos, já existiu fenômeno semelhante no passado. E no Brasil também, há cerca de 60 ou 70 anos utilizou-se aqui muita cocaína. Tanto que o jornal O Estado de S. Paulo publicava esta notícia em 1914:

“Há hoje em nossa cidade muitos filhos de família cujo grande prazer é tomar cocaína e deixarse arrastar até aos declives mais perigosos deste vício. Quando... atentam... é tarde de mais para o recuo”.

Tanto o crack como a merla também são cocaína; portanto, todos os efeitos provocados no cérebro pela cocaína também ocorrem com o crack e a merla. Porém, a via de uso dessas duas formas (via pulmonar) faz toda a diferença em relação ao “pó”. Assim que o crack e a merla são fumados, alcançam o pulmão, que é um órgão intensivamente vascularizado e com grande superfície, levando a uma absorção instantânea. Através do pulmão, cai quase imediatamente na circulação, chegando rapidamente ao cérebro. Com isso, pela via pulmonar, o crack e a merla “encurtam” o caminho para chegar ao cérebro, surgindo os efeitos da cocaína muito mais rápido do que por outras vias. Em 10 a 15 segundos, os primeiros efeitos já ocorrem, enquanto os efeitos após cheirar o “pó” surgem após 10 a 15 minutos, e após a injeção, em 3 a 5 minutos. Essa característica faz do crack uma droga “poderosa” do ponto de vista do usuário, já que o prazer acontece quase instantaneamente após uma “pipada” (fumada no cachimbo).

Porém, a duração dos efeitos do crack é muito rápida. Em média, em torno de 5 minutos, enquanto após injetar ou cheirar, duram de 20 a 45 minutos. Essa certa duração dos efeitos faz com que o usuário volte a utilizar a droga com mais frequência que as outras vias (praticamente de 5 em 5 minutos), levando-o à dependência muito mais rapidamente que os usuários da

cocaína por outras vias (nasal, endovenosa) e a um investimento monetário muito maior.

Logo após a “pipada”, o usuário tem uma sensação de grande prazer, intensa euforia e poder. É tão agradável que, logo após o desaparecimento desse efeito (e isso ocorre muito rapidamente, em 5 minutos), ele volta a usar a droga, fazendo isso inúmeras vezes, até acabar todo o estoque que possui ou o dinheiro para consegui-la. A essa compulsão para utilizar a droga repetidamente dá-se o nome popular de “fissura”, que é uma vontade incontável de sentir os efeitos de “prazer” que a droga provoca. A “fissura” no caso do crack e da merla é avassaladora, já que os efeitos da droga são muito rápidos e intensos.

Além desse “prazer” indescritível, que muitos comparam a um orgasmo, o crack e a merla provocam também um estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço, falta de apetite. Esse último efeito é muito característico do usuário de crack e merla. Em menos de um mês, ele perde muito peso (8 a 10kg) e em um tempo maior de uso ele perde todas as noções básicas de higiene, ficando com um aspecto bastante debilitado. Por essas características, os usuários de crack (craqueros) ou de 40 merla são facilmente identificados. Após o uso intenso e repetitivo, o usuário experimenta sensações muito desagradáveis, como cansaço e intensa depressão.

Aspectos gerais:

Como ocorre com as anfetaminas (cujos efeitos são em parte semelhantes aos da cocaína), as pessoas que abusam da cocaína relatam a necessidade de aumentar a dose para sentir os mesmos efeitos iniciais de prazer, ou seja, a cocaína induz tolerância. É como se o cérebro se “acomodasse” àquela quantidade de droga, necessitando de uma dose maior para produzir os mesmos efeitos prazerosos. Porém, paralelamente a esse fenômeno, os usuários de cocaína também desenvolvem sensibilização, ou seja, para alguns efeitos produzidos pela cocaína, ocorre o inverso da tolerância, e com uma dose pequena os efeitos já surgem. Mas para a angústia do usuário, os efeitos produzidos com pouca quantidade de droga são exatamente aqueles considerados desagradáveis, como, por exemplo, a paranoia. Dessa forma, com o passar do tempo, o usuário necessita aumentar cada vez mais a dose de cocaína para sentir os efeitos de prazer, porém seu cérebro está sensibilizado para os efeitos desagradáveis, ocorrendo como consequência do aumento da dose uma intensificação de efeitos indesejáveis, como paranoia, agressividade, desconfiança etc.

Não há descrição convincente de uma síndrome de abstinência quando a pessoa para de usar cocaína abruptamente: não sente dores pelo corpo, cólicas, náuseas etc. Às vezes pode ocorrer de essa pessoa ficar tomada de grande “fissura”, desejar usar novamente a droga para sentir seus 41 efeitos agradáveis e não para diminuir ou abolir o sofrimento que ocorreria se realmente houvesse uma síndrome de abstinência.

Fonte: Cebrid

TABACO

O tabaco é uma planta cujo nome científico é *Nicotiana tabacum*, da qual é extraída uma substância chamada nicotina. Começou a ser utilizada aproximadamente no ano 1000 a.C., nas sociedades indígenas da América Central, em rituais mágico-religiosos, com o objetivo de purificar, contemplar, proteger e fortalecer os ímpetos guerreiros, além disso, esses povos acreditavam que essa substância tinha o poder de predizer o futuro. A planta chegou ao Brasil provavelmente pela migração de tribos tupis-guaranis. A partir do século XVI, seu uso foi introduzido na Europa, por Jean Nicot, diplomata francês vindo de Portugal, após ter-lhe cicatrizado uma úlcera na perna, até então incurável.

No início, utilizado com fins curativos, por meio do cachimbo, difundiu-se rapidamente, atingindo Ásia e África no século XVII. No século seguinte, surgiu a moda de aspirar rapé, ao qual foram atribuídas qualidades medicinais, pois a rainha da França, Catarina de Médicis, o utilizava para aliviar suas enxaquecas.

No século XIX, surgiu o charuto que veio da Espanha e atingiu toda a Europa, Estados Unidos e demais continentes, sendo utilizado para demonstração de ostentação. Por volta de 1840 a 1850, surgiram as primeiras descrições de homens e mulheres fumando cigarros, porém, somente após a Primeira Guerra Mundial (1914 a 1918), seu consumo apresentou grande expansão.

Seu uso espalhou-se por todo o mundo a partir de meados do século XX, com a ajuda de técnicas avançadas de publicidade e marketing que se desenvolveram nessa época.

A partir da década de 1960, surgiram os primeiros relatórios científicos que relacionaram o cigarro ao adoecimento do fumante, e hoje existem inúmeros trabalhos comprovando os malefícios do tabagismo à saúde do fumante e do não fumante exposto à fumaça do cigarro.

Hoje, o fumo é cultivado em todas as partes do mundo e é responsável por uma atividade econômica que envolve milhões de dólares. Apesar dos males que o hábito de fumar provoca, a nicotina é uma das drogas mais consumidas no mundo.

Aspectos gerais:

O hábito de fumar é muito frequente na população. Até pouco tempo era comum a associação do cigarro à imagem de pessoas bem-sucedidas, jovens e esportistas nos meios de comunicação. Esse cenário foi alterado após a Lei 10 167, de dezembro de 2000, que proibiu a propaganda de cigarros nos meios de comunicação de massa. Essa restrição foi uma grande conquista, pois aquele tipo de propaganda estimulava o uso do cigarro. Além disso, os programas de controle do tabagismo vêm recebendo um destaque cada vez maior em diversos países, ganhando apoio de grande parte da população.

O INCA (Instituto Nacional de Câncer) é o órgão do Ministério da Saúde responsável pelas ações de controle do tabagismo e prevenção primária de câncer no Brasil, por meio da Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp).

Perturbadoras do SNC

MACONHA

Para um bom entendimento, pode-se dividir os efeitos que a maconha produz sobre o homem em relação às alterações físicas (ação sobre o próprio corpo ou partes dele) e psíquicas (ação sobre a mente). Esses efeitos sofrerão mudanças de acordo com o tempo de uso que se considera, ou seja, os efeitos são agudos (isto é, quando decorrem apenas algumas horas após fumar) e crônicos (consequências que aparecem após o uso continuado por semanas, ou meses ou mesmo anos).

Os efeitos físicos agudos são muito poucos: os olhos ficam meio avermelhados (o que em linguagem médica se chama hiperemia das conjuntivas), a boca fica seca (e lá vai outra palavrinha médica antipática: xerostomia – é o nome difícil que o médico dá para boca seca) e o coração dispara, de 60 a 80 batimentos por minuto pode chegar a 120 a 140 ou até mesmo mais (taquicardia).

Os efeitos psíquicos agudos dependerão da qualidade da maconha fumada e da sensibilidade de quem fuma. Para uma parte das pessoas, os efeitos são uma sensação de bem-estar acompanhada de calma e relaxamento, sentir-se menos fatigado, vontade de rir (hilaridade). Para outras pessoas, os efeitos são mais para o lado desagradável: sentem angústia, ficam aturdidas, temerosas de perder o controle mental, trêmulas, suadas. É o que comumente chamam de “má viagem” ou “bode”. Há, ainda, evidente perturbação na capacidade da pessoa em calcular tempo e espaço e um prejuízo de memória e atenção.

Assim, sob a ação da maconha, a pessoa erra grosseiramente na discriminação do tempo, tendo a sensação de que se passaram horas quando na realidade foram alguns minutos; um túnel com 10m de comprimento pode parecer ter 50 ou 100m. Quanto aos efeitos na memória, eles se manifestam principalmente na chamada memória a curto prazo, ou seja, aquela que nos é importante por alguns instantes.

Dois exemplos verídicos ajudam a entender esse efeito: uma telefonista de PABX em um hotel (que ouvia um dado número pelo fone e no instante seguinte fazia a ligação), quando sob ação da maconha, não era mais capaz de lembrar-se do número que acabara de ouvir. O outro caso é o de um bancário que lia em uma lista o número de um documento que tinha de retirar de um arquivo, e que sob ação da maconha já havia esquecido o número quando chegava em frente ao arquivo.

Pessoas sob esses efeitos não conseguem, ou melhor, não deveriam executar tarefas que dependem de atenção, bom senso e discernimento, pois correm o risco de prejudicar outros e/ ou a si próprio. Como exemplo disso: dirigir carro, operar máquinas potencialmente perigosas.

Aumentando-se a dose e/ou dependendo da sensibilidade, os efeitos psíquicos agudos podem chegar até a alterações mais evidentes, com predominância de delírios e alucinações. Delírio é uma manifestação mental

pela qual a pessoa faz um juízo errado do que vê ou ouve; por exemplo, sob ação da maconha uma pessoa ouve a sirene de uma ambulância e julga que é a polícia que vem prendê-la; ou vê duas pessoas conversando e pensa que ambas estão falando mal ou mesmo tramando um atentado contra ela. Em ambos os casos, essa mania de perseguição (delírios persecutórios) pode levar ao pânico e, conseqüentemente, a atitudes perigosas (“fugir pela janela”, agredir como forma de “defesa” antecipada contra a agressão que julga estar sendo tramada). Já a alucinação é uma percepção sem objeto, isto é, a pessoa pode ouvir a sirene da polícia ou ver duas pessoas conversando quando não existe nem sirene nem pessoas. As alucinações podem também ter fundo agradável ou terrificante.

Os efeitos físicos crônicos da maconha já são de maior gravidade. De fato, com o uso continuado, vários órgãos do corpo são afetados. Os pulmões são um exemplo disso. Não é difícil imaginar como ficarão esses órgãos quando passam a receber cronicamente uma fumaça que é muito irritante, dado ser proveniente de um vegetal que nem chega a ser tratado como o tabaco comum. Essa irritação constante leva a problemas respiratórios (bronquites), aliás, como ocorre também com o cigarro comum.

Outro efeito físico adverso (indesejável) do uso crônico da maconha refere-se à testosterona. Este é o hormônio masculino que, como tal, confere ao homem maior quantidade de músculos, voz mais grossa, barba, e também é responsável pela fabricação de espermatozoides pelos testículos. Já existem muitas provas de que a maconha diminui em até 50 a 60% a quantidade de testosterona. Conseqüentemente, o homem apresenta um número bem reduzido de espermatozoides no líquido espermático (em medicina essa diminuição chama-se oligospermia), o que leva à infertilidade. Assim, o homem terá mais dificuldade de gerar filhos. Esse é um efeito que desaparece quando a pessoa deixa de fumar a planta. É também importante dizer que o homem não fica impotente ou perde o desejo sexual, mas apresenta esterilidade, isto é, fica incapacitado de engravidar sua companheira. Há ainda a considerar os efeitos psíquicos crônicos produzidos pela maconha. Sabe-se que seu uso continuado interfere na capacidade de aprendizagem e memorização e pode induzir a um estado de amotivação, isto é, não sentir vontade de fazer mais nada, pois tudo fica sem graça e sem importância. Esse efeito crônico da maconha é chamado de síndrome amotivacional.

A maconha pode levar algumas pessoas a um estado de dependência, isto é, elas passam a organizar sua vida de maneira a facilitar o uso da droga. Em alguns casos, há provas científicas de que se o indivíduo tem uma predisposição biológica para desenvolver determinadas doenças psíquicas, a maconha pode prejudicar o usuário. Isso ocorre, principalmente com pessoas com pré-disposição para desenvolvimento da esquizofrenia. Em um levantamento feito entre estudantes do ensino fundamental e do ensino médio nas 27 capitais do país, em 2004, 5,9% declararam que já haviam experimentado maconha e 0,7% declararam fazer uso dela pelo menos seis vezes por mês.

Fonte: Cebrid

PERTURBADORES SINTÉTICOS - LSD 25

Perturbadores ou alucinógenos sintéticos são substâncias fabricadas (sintetizadas) em laboratório, não sendo, portanto, de origem natural, e que são capazes de provocar alucinações no ser humano. Vale a pena recordar um pouco o significado de alucinação: “é uma percepção sem objeto”. Isso significa que, mesmo sem ter um estímulo (objeto), a pessoa pode sentir, ver, ouvir. Como exemplo, se uma pessoa ouve uma sirene tocando e há mesmo uma sirene perto, ela está normal; agora, se ela ouve a sirene e não existe nenhuma tocando, então está alucinando ou tendo uma alucinação auditiva. Da mesma maneira, sob a ação de uma droga alucinógena, ela pode ver um animal na sala (por exemplo, um elefante) sem que, logicamente, exista o elefante, ou seja, a pessoa tem uma alucinação visual.

O LSD-25 (abreviação de dietilamina do ácido lisérgico) é, talvez, a mais potente droga alucinógena existente. É utilizado habitualmente por via oral, embora possa ser misturado ocasionalmente com tabaco e fumado. Alguns microgramas (micrograma é um milésimo de um miligrama que, por sua vez, é um milésimo de um grama) são suficientes para produzir alucinações no ser humano. O efeito alucinógeno do LSD-25 foi descoberto em 1943 pelo cientista suíço Hoffman, por acaso, ao aspirar pequeníssima quantidade de pó por descuido em seu laboratório. Eis o que ele descreveu: Os objetos e o aspecto dos meus colegas de laboratório pareciam sofrer mudanças ópticas. Não conseguindo me concentrar em meu trabalho, num estado de sonambulismo, fui para casa, onde uma vontade irresistível de me deitar apoderou-se de mim. Fechei as cortinas do quarto e imediatamente caí em um estado mental peculiar, semelhante à embriaguez, mas caracterizado por imaginação exagerada. Com os olhos fechados, figuras fantásticas de extraordinária plasticidade e coloração surgiram diante de meus olhos. Seu relato detalhado das experiências alucinatórias levou a uma intensa pesquisa dessa classe de substâncias, culminando, nas décadas de 1950 e 1960, com seu uso psiquiátrico, embora com resultados pouco satisfatórios.

Aspectos gerais:

O fenômeno da tolerância desenvolve-se muito rapidamente com o LSD-25, mas também há desaparecimento rápido com a interrupção do uso. O LSD-25 não leva comumente a estados de dependência e não há descrição de síndrome de abstinência se um usuário crônico para de consumir a droga.

Todavia, o LSD-25, assim como outras drogas alucinógenas, pode provocar dependência psíquica ou psicológica, uma vez que a pessoa que habitualmente usa essas substâncias como “remédio para todos os males da vida” acaba por se alienar da realidade do dia-a-dia, aprisionando-se na ilusão do “paraíso na Terra”.

Fonte: Cebrid

MDMA e ÊXTASE

A MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) foi sintetizada em 1912 e patenteada em 1914 na Alemanha pela empresa farmacêutica Merck. O propósito dessa síntese era o de desenvolver um medicamento para diminuir o apetite, no entanto, em função de sua baixa utilidade clínica, os estudos com essa substância foram abandonados.

Ao fim da década de 1970, a utilidade clínica da MDMA voltou a ser discutida, agora como um possível auxiliar do processo psicoterapêutico. Alguns psiquiatras e psicólogos acreditavam que a substância deixava a pessoa mais solta, promovendo assim uma melhor comunicação e vínculo terapeuta-paciente.

Paralelamente, começou a crescer nos Estados Unidos o uso recreativo da droga, chamada agora de “êxtase”, principalmente entre jovens universitários. Temendo o surgimento de uma nova “era psicodélica” no país, os Estados Unidos decidiram, em 1985, incluir a MDMA na lista das substâncias proibidas. Essa medida logo foi seguida pela OMS (Organização Mundial de Saúde), a qual passou a considerar a MDMA como droga de restrição internacional.

No fim dos anos 80, surgiu em Ibiza, na Espanha, a cena musical e cultural que deu origem à cultura clubber ou dance. Associado a esse novo conceito musical, o êxtase começou a ser difundido na Europa, crescendo ao longo da década de 1990, com a popularização da música eletrônica e da cultura dance.

No Brasil, no início dos anos 90 começaram a chegar as primeiras remessas consideráveis de êxtase vindas da Europa. A partir daí, tem crescido o número de usuários, bem como a importância dada pelos meios de comunicação ao assunto.

A MDMA é uma droga classificada como perturbadora, que tem atividade estimulante e alucinogênica (embora muito menos intensa quando comparada à maioria das drogas alucinógenas). O uso recreativo da droga geralmente é feito com um ou dois comprimidos, ou seja, doses que variam de 75 a 150mg, podendo haver doses subsequentes horas após o uso. Seus efeitos podem durar até 8 horas. Logo após a ingestão, a MDMA distribui-se amplamente pelo organismo, chegando ao cérebro. Sua metabolização é realizada principalmente no fígado e sua eliminação ocorre através da urina, sendo concluída após aproximadamente dois dias.

ANTICOLINÉRGICOS

Em 1866, um médico da Bahia descreve o seguinte quadro em dois escravos: Fui chamado a visitar estes doentes no dia seguinte às 8 horas da manhã. Já podiam caminhar, mas estavam ainda trôpegos e hallucinados, vendo objetos imaginários, phantasmas, ratos a passear pela camara etc., de que procuravam fugir dirigindo-se para a porta. Ambos tinham as pupilas dilatadas... a boca e faces nada oferecem de notável... Na panela que servia para fazer o cozimento estavam dous ramos com muitas folhas e algumas flores rudimentares, de uma planta que conheci ser trombeteira (*Datura arborea*, Lin).

Em 1984, um jovem advogado de São Paulo narrou sua experiência após ingerir chá de saia-branca: Os sintomas iniciam-se cerca de 10 minutos mais tarde com queixas de não enxergar direito, vendo tudo embaçado e fora de foco. As pupilas estão totalmente dilatadas. Seguem-se alucinações terrificantes, visão de animais e plantas ameaçadoras, cadáveres de índios, pessoas etc. Algumas horas mais tarde relata que perdeu o pulso e engoliu a língua sendo levado para o pronto socorro.

Ainda em uma manhã de 1989, um menino de rua com as pupilas muito dilatadas descreveu o que sentia após tomar 10 comprimidos de Artane® (medicamento à base de triexafenidila, utilizado para mal de Parkinson, mas usado como droga de abuso devido as suas propriedades em produzir alucinações): via elefante correndo pela rua e rato saindo do buraco, se olhava para o céu via estrelas de dia. Tava tudo embaçado e dava medo, mas era também bonito.

Conforme pode-se ver pelas descrições acima, tanto o chá da planta como o medicamento Artane® foram capazes de produzir dilatação das pupilas (midríase) e alterações mentais do tipo percepção sem objetivo (ver ratos, índios e estrelas quando esses objetos não existiam), isto é, alucinações.

O que existe de comum entre a planta trombeteira ou lírio e o medicamento Artane® para produzir efeitos físicos e psíquicos semelhantes? É que duas substâncias (atropina e/ou escopolamina) sintetizadas pela planta e o princípio ativo (triexafenidil) do medicamento produzem um efeito no organismo que a medicina chama de efeito anticolinérgico. E sabe-se que todas as drogas anticolinérgicas são capazes de, em doses elevadas, além dos efeitos no corpo, alterar as funções psíquicas.

Aspectos gerais:

O abuso dessas substâncias é relativamente comum no Brasil. O Artane® chega a ser a terceira droga mais usada entre meninos de rua de algumas capitais no Nordeste (depois dos inalantes e da maconha). Nas demais regiões, o uso de anticolinérgicos é bem menos frequente.

Essas drogas não desenvolvem tolerância (necessidade de aumento de dose para sentir os mesmos sintomas prazerosos iniciais) no organismo e não há descrição de síndrome de abstinência, ou seja, quando a pessoa para de usar abruptamente essas substâncias, não apresenta reações desagradáveis.

Fonte: Cebrid

COGUMELOS E PLANTAS ALUCINÓGENAS

A palavra alucinação significa, em linguagem médica, percepção sem objeto; isto é, a pessoa que está em processo de alucinação percebe coisas sem que elas existam. Assim, quando uma pessoa ouve sons imaginários ou vê objetos que não existem ela está tendo uma alucinação auditiva ou uma alucinação visual.

As alucinações podem aparecer espontaneamente no ser humano em casos de psicoses, sendo que destas a mais comum é a doença mental chamada esquizofrenia. Também podem ocorrer em pessoas normais (que não

têm doença mental) que tomam determinadas substâncias ou drogas alucinógenas, isto é, que "geram" alucinações. Estas drogas são também chamadas de psicotomicomiméticas por "imitarem" ou "mimetizarem" um dos mais evidentes sintomas das psicoses – as alucinações. Alguns autores também as chamam de psicodélicas. A palavra psicodélica vem do grego (psico = mente e delos = expansão), e é utilizada quando a pessoa apresenta alucinações e delírios em certas doenças mentais ou por ação de drogas. É óbvio que estas alterações não significam expansão da mente.

Isto porque a alucinação e o delírio nada têm de aumento da atividade ou da capacidade mental; ao contrário são aberrações, perturbações do perfeito funcionamento do cérebro, tanto que são característicos das doenças chamadas psicoses.

Grande número de drogas alucinógenas vem da natureza, principalmente de plantas. Estas foram "descobertas" pelos seres humanos do passado que, ao sentirem os efeitos mentais das mesmas, passaram a considerá-las como "plantas divinas", isto é, que faziam com que quem as ingerisse recebesse mensagens divinas, dos deuses. Assim, até hoje em culturas indígenas de vários países o uso destas plantas alucinógenas tem este significado religioso.

Com o processo da ciência, várias substâncias foram sintetizadas em laboratório e desta maneira, além dos alucinógenos naturais hoje em dia, têm importância também os alucinógenos sintéticos, dos quais o LSD-25 é o mais representativo. Estes últimos serão objetos de outro folheto.

Há ainda a considerar que alguns destes alucinógenos agem em doses muito pequenas e praticamente só atingem o cérebro e, portanto, quase não alteram qualquer outra função do corpo da pessoa: são os alucinógenos propriamente ditos ou alucinógenos primários. O THC (tetrahydrocannabinol) da maconha, por exemplo, é um alucinógeno primário e será analisado em folheto próximo. Mas existem outras drogas que também são capazes de atuar no cérebro produzindo efeitos mentais, mas somente em doses que afetam de maneira importante várias outras funções: são os alucinógenos secundários. Entre estes últimos podemos citar uma planta, a Datura, conhecida no Brasil sob vários nomes populares e o remédio Artane® (sintético).

Aspectos gerais:

Como ocorre com quase todas as substâncias alucinógenas, praticamente não há desenvolvimento de tolerância; também comumente não induzem dependência e não ocorre síndrome de abstinência com o cessar de uso. Assim, a repetição do uso dessas substâncias tem outras causas que não o evitar os sintomas de abstinência. Um dos problemas preocupantes com o uso desses alucinógenos é a possibilidade, felizmente rara, da pessoa ser tomada de um delírio persecutório, delírio de grandeza ou acesso de pânico e, em virtude disto, tomar atitudes prejudiciais a si e aos outros.

Fonte: Cebrid

Drogas problemáticas que não estão na Classificação Geral

ESTEROIDES ANABOLIZANTES

Apesar de não serem drogas psicotrópicas (pois não são capazes de induzir dependência, não estando, por este motivo, incluídos nas convenções internacionais da ONU), os esteroides anabolizantes têm sido usados de forma abusiva e merecem uma breve consideração.

Os esteroides anabolizantes, mais conhecidos com o nome de anabolizantes, são substitutos sintéticos do hormônio masculino testosterona fabricado pelos testículos. Levam ao crescimento da musculatura (efeito anabólico) e ao desenvolvimento das características sexuais masculinas (efeito androgênico); daí também o nome de esteroides anabolizantes androgênicos. Os anabolizantes possuem vários usos clínicos, nos quais sua função principal é a reposição da testosterona nos casos em que, por algum motivo de doença, tenha ocorrido um déficit.

A propriedade dessas drogas de aumentar os músculos tem feito com que atletas ou pessoas que querem melhorar o desempenho e a aparência física utilizem anabolizantes sem necessidade médica, principalmente aquelas que se julgam pequenas e se sentem infelizes por essa condição. Esse uso estético não é médico, portanto é ilegal e ainda acarreta problemas à saúde.

Os esteroides anabolizantes podem ser tomados na forma de comprimidos ou injeções, e seu uso ilícito é iniciado com uma dose menor, aumentada com o tempo, levando os indivíduos a utilizar centenas de doses a mais do que aquela normalmente recomendada em caso de deficiência de testosterona. Essa prática é denominada de pirâmide. Frequentemente, combinam diferentes esteroides, supondo que a interação de vários anabolizantes produziria um aumento maior da musculatura. Outra forma de uso dessas drogas é tomá-las durante ciclos de 6 a 12 semanas ou mais e, depois, parar por um tempo semelhante e começar novamente. Esse tempo sem droga, acredita o usuário, garantirá ao sistema hormonal recuperar-se.

No Brasil, não se tem estimativa desse uso ilícito, mas sabe-se que o consumidor preferencial está entre 18 e 34 anos de idade e, em geral, é do sexo masculino. No comércio brasileiro, os principais medicamentos à base dessas drogas e utilizados com fins ilícitos são: Winstrol®, Androxon®, Durateston®, Deca-Durabolin®. Porém, além destes, existem dezenas de outros produtos que entram ilegalmente no País e são vendidos em academias e farmácias. Alguns usuários chegam a utilizar produtos veterinários, à base de esteroides, sobre os quais não se tem nenhuma ideia dos riscos do uso em humanos.

Outros efeitos:

Além dos efeitos mencionados, outros também graves podem ocorrer:

☞ No homem: os testículos diminuem de tamanho, a contagem de espermatozoides é reduzida, impotência, infertilidade, calvície, ginecomastia (ou desenvolvimento de mamas, que pode necessitar de cirurgia para ser eliminada), dificuldade ou dor para urinar e aumento da próstata.

☞ Na mulher: crescimento de pelos faciais, alterações ou ausência de ciclo menstrual, aumento do clitóris, voz grossa, diminuição de seios. Alguns desses efeitos são irreversíveis, ou seja, mesmo na ausência do anabolizante não há retorno da condição normal.

☞ No adolescente: o anabolizante pode provocar maturação esquelética prematura e puberdade acelerada, levando a um crescimento raquítico, provocando estatura baixa.

A variação de humor, incluindo irritabilidade e nervosismo provocados pelo abuso de anabolizantes, pode chegar à agressividade e à raiva incontroláveis. Os usuários podem experimentar ainda, um ciúme doentio, ilusões, podendo apresentar distorção de juízo em relação a sentimentos de invencibilidade, distração, confusão mental e esquecimentos. Podem desenvolver também distorção de julgamento do próprio corpo (dismorfia corporal), tendo a falsa sensação de que estão com a musculatura pouco desenvolvida.

Usuários, frequentemente, tornam-se clinicamente deprimidos quando param de tomar a droga, até porque perdem a massa muscular que adquiriram; um sintoma que pode contribuir para a dependência. Atletas, treinadores físicos e mesmo médicos relatam que os anabolizantes aumentam significativamente massa muscular, força e resistência. Apesar dessas afirmações, até o momento não existe nenhum estudo científico comprovando que essas drogas melhoram a capacidade cardiovascular, a agilidade, a destreza ou o desempenho físico.

Devido a todos esses efeitos, o Comitê Olímpico Internacional – COI colocou vinte esteroides, 65 anabolizantes e compostos relacionados a eles como drogas banidas, ficando o atleta que fizer uso delas sujeito a duras sanções.

Os principais esteroides anabolizantes, em sua grande maioria com uso Injetáveis são: estanozolol, nandrolona, metenolona, oximetolona, nesterolona, oxandrolona, sais de testosterona e boldenona (uso veterinário). Os mais utilizados no Brasil são: estanozolol (Winstrol®) e nandrolona (Deca-Durabolin®).

Fonte: Cebrid