

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
CURSO DE NUTRIÇÃO**

DROGAS E DROGADIÇÃO

Ana Paula Becker

Caroline Schwengber

César Cardozo

Michele Medeiros

Wilson Junior Wechenfelder

Santa Cruz do Sul, Outubro de 2004

INTRODUÇÃO

Cada vez mais a problemática Drogadição está entre nós. A droga passa a ser um agente de todas as suas atividades e a única que passa a confiar na sua relação com o mundo, tornando-se em conseqüência um escravo (dependente) do tóxico.

O dependente, nega suas dificuldades, porque a sua dependência o faz acreditar que o objeto provocador de suas manifestações comportamentais anômalas é a droga que está fora de sua identidade e não dentro dele. A considera como objeto que elegeu como o faz o desportista que escolhe uma modalidade esportiva.

O uso indiscriminado de medicamentos, do fumo do álcool e de comidas de forma compulsiva, o consumismo a fuga no trabalho (ergomania) ou outros atos com a finalidade de abrandar a angustia vai construindo modelos onde o controle dos impulsos não existe; em contrapartida usam a ação tóxica para mascará-la, degenerando assim a personalidade e preparando o pré aditivo que ao aliar-se com a droga passa a categoria de adicto.

1 CONCEITO

A Droga é toda e qualquer substância que atua no nosso cérebro de forma a alterar nosso comportamento, humor, pensamento e percepção da realidade. São substâncias psicoativas, pois ativam mecanismos químicos, psíquicos, em nossa mente, podendo nos trazer algum tipo de prazer, ou alívio de desprazer, imediatamente. São capazes portanto, de nos seduzir a busca de tal sensação mais uma vez, mais outra, e mais uma. Quando menos se imagina, podemos estar dependendo de tais substâncias para nos sentirmos normais, tanto física, como psicologicamente.

Existem as drogas lícitas que são aquelas legalmente produzidas e comercializadas (álcool, tabaco, medicamentos, inalantes, solventes), sendo que a comercialização de alguns medicamentos é controlada, pois há risco de causar dependência física/psíquica. E também as drogas ilícitas, que são aquelas substâncias cuja comercialização é proibida por provocar altíssimo risco de causar dependência física e/ou psíquica (cocaína, maconha, crack, etc).

2 CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS

2.1 Classificação das Drogas segundo sua Origem

- Drogas usadas em estado natural: maconha, solventes (ou voláteis). Os solventes ou voláteis apesar de serem industrializados, são usados sem nenhum procedimento a mais.
- Drogas semi-industrializadas: são assim chamadas porque o seu preparo utiliza processos muito simples, com tecnologia rudimentar e no próprio local onde são colhidas as folhas do vegetal que tem o princípio ativo. Exemplo: cocaína, Santo Daime, etc.
- Drogas industrializadas: são as que exigem tecnologia apropriada para a sua obtenção. Exemplo: LSD-25, morfina, entre as ilícitas e todas as drogas lícitas (destinadas a uso médico). Exemplo: barbitúricos, anfetaminas, etc.
- Drogas projetadas: são as drogas resultantes dos laboratórios de pesquisa do narcotráfico. Exemplo: speed-ball (mistura de cocaína com heroína), êxtase ou MDMA.

2.2 Drogas Estimulantes

São aquelas em que a pessoa fica alerta, atenta, dando aos usuários a impressão de serem mais fortes, dinâmicos ou potentes, de renderem mais no trabalho, de tornarem-se mais corajosos, aumentando a atividade cerebral, agindo como

estimulante do Sistema Nervoso Central, causando alterações no funcionamento do organismo tais como: aumento dos batimentos cardíacos, respiração, pressão sanguínea, temperatura corporal, perda do apetite e do sono.

2.3 Drogas Depressoras

São aquelas substâncias que deprimem a atividade geral do cérebro, causam certo relaxamento, em que a pessoa sente-se mais à vontade, mais calma.

Estas drogas, quando utilizadas dão prazer porque afastam a sensações desagradáveis, reduzem a insônia, a ansiedade e a depressão.

Com o uso crônico prolongado, causam efeitos físicos e/ou psíquicos: a fala fica arrastada, o pensamento e a memória prejudicados, podem ocorrer irritabilidade, alterações rápidas de humor, com o indivíduo indo do riso ao choro, de um momento para o outro, e com doses altas levam a convulsões, depressão respiratória e do cérebro, podendo até causar a morte.

2.4 Drogas Perturbadoras

São substâncias que produzem distorções, desvios ou anormalidades na atividade cerebral (funcionamento do Sistema Nervoso Central), também chamadas psicodélicas. Com elas o cérebro funciona desordenadamente, "perturbando" a transmissão de mensagens nervosas até a consciência. As distorções de formas e cores são tidas em certas épocas como meio de entrar em contato com o sobrenatural. Porém, as alucinações correspondem a sintomas semelhantes a de problemas mentais graves.

3 AS DROGAS MAIS CONSUMIDAS E SEUS PRINCIPAIS EFEITOS

3.1 Drogas Perturbadoras do SNC

MACONHA:

Origem asiática (cannabis sativa). É habitualmente fumada.

EFEITOS PSÍQUICOS: Sonolência, alterações na percepção, alucinações, dificuldades para concentração, compulsão, síndrome amotivacional, prejuízos de memória e atenção.

EFEITOS FÍSICOS: Conjuntivite crônica, relativa impotência sexual, insônia, taquicardia, sede e náuseas, boca seca. Produz acentuada dependência psicológica e leve dependência física.

LSD-25:

Derivado do ácido lisérgico (produto biológico encontrado no fungo do centeio). Habitualmente administrado por via oral.

EFEITOS PSÍQUICOS: Alterações visuais e táteis, despersonalização, assemelhando-se a reações esquizofrênicas agudas, alucinações profundas. São comuns suicídios involuntários (o indivíduo pensa que pode voar).

EFEITOS FÍSICOS: Midríase acentuada (aumento da pupila), taquicardia, tremores, dores pelo corpo. Em caso de overdose, a morte ocorre por parada respiratória. Produz moderada dependência psíquica. Geralmente não ocorre dependência física ou síndrome de abstinência.

3.2 Drogas Estimulantes do SNC

COCAÍNA:

É o principal alcalóide extraído das folhas do arbusto *Erythroxylon coca*, originário do Peru e Bolívia. É um pó branco, cristalino, de sabor amargo, deixando a boca anestesiada (anestésico local). Poderoso estimulante do SNC. Pode ser ingerido, aspirado ou injetado.

EFEITOS PSÍQUICOS: Altamente estimulante, tagarelice, idéias de grandeza, idéias paranóides, delírios persecutórios, alucinações visuais, auditivas e táteis.

EFEITOS FÍSICOS: Hiperatividade, insônia, perda de apetite, pupilas dilatadas, aceleração do pulso e aumento da pressão arterial e taquicardia, perda de sensação de cansaço e aumento da resistência física. A cocaína provoca apenas dependência psicológica.

CRACK:

É a base livre da cocaína, desenvolvida na década de 70, e que visava tornar a cocaína fumável. Entra no corpo diretamente através dos pulmões, atingindo o cérebro mais depressa do que quando aspirada, desequilibrando a química cerebral mais rapidamente, e deixando o equilíbrio hormonal do cérebro em desordem. Droga altamente estimulante, cuja forma de administração é feita fumando-se as pedrinhas em cachimbos (geralmente improvisados).

EFEITOS PSÍQUICOS: Altamente estimulante, intensa tagarelice, idéias paranóides, delírios. Persecutórios intensos, alucinações, agressividade.

EFEITOS FÍSICOS: Insônia, inapetência, dilatação de pupilas, aumento da pressão arterial, taquicardia, chegando à convulsão. Provoca dependência psicológica.

ANFETAMINAS:

São drogas sintéticas, fabricadas em laboratório (conhecidas como "bolinhas" ou "rebites"). Muito usadas para emagrecer (moderadores de apetite), e também para manter as pessoas acordadas por longos períodos, com efeitos muito semelhantes aos da cocaína.

EFEITOS PSÍQUICOS: Excitabilidade, alucinações, delírios (psicose anfetamínica), sensação de força, chegando até a mudanças de personalidade. **EFEITOS FÍSICOS:** Inapetência, nervosismo, insônia, agressividade, aumento da pressão sangüínea, midríase (dilatação da pupila), taquicardia. O uso de anfetaminas causa dependência física e psicológica, razão pela qual estes medicamentos exigem severo controle médico.

NICOTINA:

Substância de efeito estimulante, encontrada no tabaco (cigarros). Produz intensa dependência física e psicológica, além de graves doenças como bronquite crônica, enfisema pulmonar e diversos tipos de câncer. Esta droga ocasiona dependência muito acentuada, o que torna bastante difícil parar de fumar.

3.3 Drogas Depressoras do SNC

ÁLCOOL:

Álcool etílico, extraído da fermentação de substâncias açucaradas (uva, cana-de-açúcar, cereais), sendo poderoso depressor do S.N.C.

EFEITOS PSÍQUICOS: Distúrbios de personalidade, atitudes impulsivas, desinibição social.

EFEITOS FÍSICOS: cirrose hepática, neurite, gastrite, perda de consciência (coma alcoólico). Produz acentuada dependência física e psíquica, e em síndrome de abstinência "delirium tremens" e até alucinações. As dependências física e psíquica são de difícil controle, por se tratar de droga "socialmente aceita" e por vezes até incentivada.

INALANTES OU SOLVENTES:

São produtos químicos (éter, clorofórmio, acetona, cola), e que são usados por inalação.

EFEITOS PSÍQUICOS: Aparência de ébrio, hilaridade, excitação, incoordenação motora, perda de equilíbrio.

EFEITOS FÍSICOS: Analgesia, narcose, inconsciência, vômitos, perturbações respiratórias, vasomotoras e coriza. Provoca dependência psíquica e física.

CALMANTE E SEDATIVO (BARBITÚRICO):

São usadas para induzir o sono e tranquilizar, e seu uso contínuo pode levar à dependência física e psíquica.

EFEITOS PSICOLÓGICOS: Sonolência, sensação de calma e relaxamento, sensação de embriaguez.

EFEITOS FÍSICOS: Afeta a respiração, o coração e a pressão do sangue, causando dificuldade para se movimentar e sono pesado.

TRANQUILIZANTE OU ANSIOLÍTICO (BENZODIAZEPÍNICO):

São medicamentos usados para controlar a ansiedade e o nervosismo das pessoas.

EFEITOS PSÍQUICOS: Tranquilidade, relaxamento, indução ao sono, redução do estado de alerta.

EFEITOS FÍSICOS: Hipotonia muscular (a pessoa fica "mole"), dificuldade para andar, diminuição da pressão sanguínea e dos reflexos psicomotores. Os benzodiazepínicos causam dependência física e psicológica.

4 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Dependência química é quando, por uma série de fatores adquiridos ou constitucionais, alguns indivíduos adquirem uma personalidade que os torna propensos a recorrerem às drogas e ficam, portanto, susceptíveis de permanecerem dependentes delas. Esta vulnerabilidade biológica necessita de três condições ou fatores: a predisposição adquirida ou hereditária, condições sócio-ambientais e a droga. Sem a conjugação destes três fatores não há dependência química.

4.1 Etapas de uma Dependência Química

Desde o momento em que um indivíduo entra em contato com uma droga, ele percorre uma série de etapas que fazem parte da história natural de sua intoxicação, sendo:

1ª Fase – O início do processo da dependência química é pela auto-administração de drogas. A substância escolhida é, em regra, a que tem afinidade com o temperamento do drogado (equivalência temperamental). 1ª. Fase - É a fase onde a droga satisfaz todas as expectativas do indivíduo e quando este ainda controla a situação.

2ª. Fase - Neste período há dois marcos fundamentais:

- 1) Instala-se a dependência química: viga mestra da toxicomania;
- 2) Ausência do mecanismo da tolerância.

3ª. Fase - Período conflituoso de aparecimento ou agravamento dos sinais ou sintomas psicofísicos da auto-administração da droga e, quando esta, passa a ser dominante.

Aqui se configura o grande equívoco do drogado que vai buscar na droga liberdade para os convencionalismos e se depara, afinal, com uma dolorosa prisão. A droga já não é mais usada tanto para repetição dos efeitos agradáveis, recreacionais e, sim para evitar o sofrimento decorrente da falta da droga.

4ª. Fase - Neste período, muitas vezes, o dependente químico busca a saída, no entanto, não fácil dentro de uma perspectiva feliz para o dependente, pois muitas ocorrências de natureza fatal podem se interpor. Exemplo: morte por infecções (AIDS, tuberculose, septicemia etc), por suicídio, por overdose, etc.

4.2 Dependência Psíquica

Trata-se de uma situação em que existe um impulso irrefreável no sentido de auto administrar-se uma droga para produzir o prazer ou evitar o mal-estar decorrente da ausência da droga (síndrome da privação). A dependência psíquica indica a existência de alterações da personalidade que conduzem ou favorecem a manutenção na dependência psíquica e apresenta os seguintes sintomas: tremores, ansiedade, palpitações e mal-estar, na ausência da droga.

4.3 Dependência Física

Certas drogas, quando são auto-administradas, modificam o funcionamento normal do organismo, determinando um novo estado de equilíbrio. O funcionamento orgânico passa a se fazer dentro das condições criadas pela droga. E isto se torna muito evidente quando se suspende subitamente o uso da droga. Aparece, então, uma série de reações, sobretudo orgânicas, que caracterizam a síndrome de abstinência. E todo o quadro então desenrolado na esfera orgânica caracteriza a dependência física.

4.4 Síndrome de Abstinência

Quando um dependente químico deixa de usar subitamente uma droga, surge uma série de sintomas, mais ou menos graves que caracterizam a síndrome de abstinência. A síndrome é tanto mais acentuada quando a droga determina dependência física. Na síndrome de abstinência física determinada pela retirada da morfina num usuário, este passa a ter ansiedade, dores generalizadas, insônia, vômitos, diarreia, febre e alterações cardiovasculares. A síndrome de abstinência, pelos sintomas desagradáveis que determina, é um dos motivos que impedem que um drogado abandone a droga.

4.5 Tolerância

É uma das características da dependência química. A tolerância leva o drogado a aumentar progressivamente a quantidade da droga auto-administrada, para que ela produza os efeitos desejados, por serem agradáveis. Se o usuário começa, por exemplo, a auto-administração com 400 mg de cocaína, esta quantidade vai aumentando até várias gramas por dia. Com os barbitúricos, a dose pode começar por 1 grama e subir até 05 a 10 gramas. A tolerância para uma droga pode valer para outra: é o que se chama de tolerância cruzada. Por exemplo: álcool e barbitúricos, opiáceos e anfetaminas.

4.6 Overdose ou Dose Excessiva

O dependente químico pode usar a overdose, conscientemente ou não, por vários motivos. Quando o dependente químico chega a um estado de degradação física e moral, ele vê na overdose, determinante de sua morte, uma solução para o impasse em que se encontra. Neste caso, é um verdadeiro suicídio, fato muito freqüente entre

os drogados. Outras vezes ele se decepciona com a droga por não mais produzir os efeitos desejados e a solução é o suicídio.

Há casos, no entanto, nos quais o drogado toma uma overdose inadvertidamente. Isto acontece, quando muda de fornecedor da droga que a vende com pouca mistura e, portanto, com maior quantidade de cocaína, de princípio ativo. Habitado a usar droga muito falsificada pela mistura com o pó de mármore, talco, etc. (há partidas que só contêm 20% de cocaína) o drogado utiliza uma overdose inconscientemente. Hoje está provado que não é só a overdose que pode matar o usuário pela morte súbita (por parada cardíaca). Um drogado usuário de cocaína por longo tempo pode, igualmente, morrer por parada cardíaca.

4.7 Como agem as Drogas

Da evolução de explicação passional do drogado pela droga tem-se hoje uma explicação científica baseada na bioquímica cerebral. Como se sabe as células cerebrais - os neurônios - guardam uma distancia entre si e nisto são diferentes das demais células do organismo humano. A comunicação entre os neurônios, para transmissão de mensagens (ou impulsos nervosos) se faz por substâncias químicas chamadas neurotransmissores que atuam na sinapse, em formações existentes nos neurônios (receptor de membrana). Fala-se, então, que as drogas psicoativas, como por exemplo, a cocaína, podem modificar, significativamente, o funcionamento normal dos neurotransmissores daí decorrendo os danos e lesões produzidos pelas drogas.

As drogas depressoras, como os barbitúricos, podem atuar tanto sobre os neurotransmissores como sobre certas células, retardando ou diminuindo o prosseguimento da mensagem, tornando os movimentos mais lentos. As drogas excitantes, como a cocaína, aceleram ou aumentam a atividade dos neurotransmissores, levando os mecanismos cerebrais a serem mais rápidos ou intensos. Já as drogas alucinógenas prejudicam a produção dos neurotransmissores e o funcionamento normal cerebral e, conseqüentemente, toda a ideação mental. Tanto

no caso das depressoras como das excitantes, o longo uso das mesmas pode alterar toda a fisiologia da neuro-bioquímica cerebral.

4.8 Ações e Efeitos das Drogas

A descrição das ações e efeitos das drogas referem-se aos usuários dependentes químicos. No entanto, é preciso que fique bem claro que as outras categorias de usuários - experimentadores, eventuais e racionais - podem ter reações, às vezes graves, pois há que levar em conta as variáveis da personalidade e condições sócio-ambientais que podem modificar as reações. Jamais esquecer que a dependência-química resulta da conjugação dos três fatores: personalidade, condições sócio-ambientais e o produto (a droga).

5 NUTRIÇÃO: ALIMENTOS, MEDICAMENTOS E SUAS INTERAÇÕES

A interação droga-nutrientes é um assunto relativamente recente e as informações a respeito ainda são um pouco escassas, mas vêm crescendo nos últimos tempos. O tema é de interesse tanto dos médicos como dos nutricionistas, bem como dos pacientes. Sobretudo nos tratamentos longos, um acompanhamento nutricional pode ser desejável, pois é fato que, assim como os efeitos (terapêuticos e adversos) das drogas podem ser afetados pela dieta ou pelo estado nutricional, a administração de drogas pode também, como consequência final, afetar o estado nutricional da pessoa.

5.1 Tipos e Fatores de Risco

As interações droga-nutriente são muito comuns e podem ocorrer em vários níveis: na ingestão do alimento, na absorção da droga ou do nutriente, no transporte por proteínas plasmáticas, durante os processos de metabolização e de excreção. As consequências indesejáveis dessas interações podem ser a deterioração do estado nutricional, a redução ou exacerbação do efeito terapêutico ou o aumento da toxicidade da droga. Entretanto, há alguns fatores de risco que tornam essas interações mais previsíveis. O problema é mais frequente no caso das doenças crônicas, nas quais a desnutrição causada pelo uso de drogas é comum. E essa desnutrição ocorre com mais frequência em pacientes que já tenham histórico recente de deficiência energética ou de algum nutriente específico. Outro fator que potencializa a interação entre drogas e nutrientes é o consumo simultâneo de vários medicamentos. A composição orgânica do

indivíduo também influencia a resposta a uma droga, sendo comum por exemplo, o acúmulo de drogas lipossolúveis no tecido adiposo. De modo geral, pode-se dizer que as populações de risco para esse tipo de interação são, em primeiro lugar, os idosos e os pacientes de doenças crônicas, seguidos das mulheres grávidas, dos lactantes e dos fetos em desenvolvimento.

5.2 Drogas x Nutrientes

O uso de drogas pode ter um efeito indesejável sobre as necessidades e/ou o estado nutricional de uma pessoa. Esse efeito pode ocorrer nas diversas etapas pelas quais as drogas e os nutrientes passam no organismo, desde a ingestão até a excreção.

5.2.1 Ingestão

Uma carência nutricional pode resultar dos tratamentos de emagrecimento que utilizam agentes anoréticos, como as anfetaminas, que diminuem o apetite. A desnutrição nesse caso é simplesmente o resultado de uma ingestão reduzida, que não atende às necessidades nutricionais do organismo.

Em outras situações, o aumento da ingestão alimentar, e conseqüentemente o ganho de peso, são efeitos colaterais, que acontecem frequentemente nos tratamentos com drogas psiquiátricas, como o lítio e o diazepam. Outras drogas apresentam efeito colateral inverso, provocando perda do apetite, o que pode levar a uma carência nutricional. Atenção especial deve ser dada às crianças que usam anfetaminas (indicada para hiperatividade), pois há evidências de retardo do crescimento quando seu uso for prolongado.

Há drogas ainda que provocam modificações no paladar (o que é chamado de disgeusia) ou uma redução da percepção do paladar (hipogeusia), ou causar uma sensação desagradável na percepção do paladar. Drogas usadas no tratamento de quimioterapia no câncer frequentemente alteram o paladar dos pacientes e provocam náusea e vômito, o que acaba reduzindo a sua ingestão de alimentos. Nesse caso, assim como em vários outros, o acompanhamento nutricional do paciente é tão importante quanto o acompanhamento farmacoterápico.

5.2.2 Absorção

Dado que a maioria das drogas e dos nutrientes é absorvida no intestino delgado, as interações droga- nutrientes são muito comuns nessa área, resultando em complicadas inter-relações que dependem de uma série de fatores como a dosagem da droga, do tipo e quantidade do alimento, do tempo decorrido e da presença da enfermidade ou desnutrição. A má-absorção é um dos efeitos principais decorrente do uso de certas drogas e pode ser devido a um efeito sobre o lume intestinal ou a uma diminuição da capacidade de absorção da mucosa gastrointestinal. Muitas drogas causam má-absorção por mais de um mecanismo.

Algumas drogas reduzem o tempo de trânsito gastrointestinal e podem causar esteatorréia (diarréia causada por excesso de gordura nas fezes) e conseqüentemente levar à perda de cálcio e potássio. Outras afetam a absorção de gorduras, vitaminas lipossolúveis, colesterol. O uso de óleos minerais (como os laxantes) pode diminuir os níveis séricos de beta-caroteno. A cimetidina, usada no tratamento de gastrites porque inibe a secreção de ácido gástrico, diminui a absorção de vitamina B.

Mas as drogas que mais exercem efeitos sobre a absorção de nutrientes são aquelas que provocam lesões na mucosa intestinal. O resultado é uma má-absorção geral ou específica, que pode ocorrer em vários graus de intensidade. Os laxantes frequentemente têm este efeito, causando esteatorréia branda, mas a neomicina (um

antibiótico) pode causar lesões histológicas na mucosa em apenas seis horas, levando a uma má-absorção reversível de gordura, proteína, sódio, potássio e cálcio

5.2.3 Metabolismo

Certas drogas inibem a síntese de enzimas, porque competem com vitaminas para suas estruturas, essas drogas são chamadas de antivitaminas. Os agentes quimioterápicos utilizam esse princípio para impedir a replicação e induzir a morte da célula tumoral, pois competem com o ácido fólico, sem o qual não há síntese de DNA, provocando assim uma deficiência desse nutriente.

Algumas drogas também podem formar um complexo com o nutriente, tornando-o não- prolongado da tuberculose, forma um complexo com a vitamina B6 (piridoxina), interferindo em seu metabolismo em vários níveis, podendo levar a uma deficiência desta vitamina.

Mas o exemplo mais amplamente conhecido de interação droga-nutriente envolve as drogas psiquiátricas do tipo inibidores da monoaminoxidase (IMAO) e as aminas vasoativas presentes nos alimentos. Em situação normal, as aminas vasoativas dos alimentos não constituem risco porque são metabolizadas rapidamente pelas enzimas monoaminoxidases. Entretanto, a ação destas enzimas é inibida por certas drogas anti-depressivas, antimicrobiais, antihipertensivas e antineoplásicas. A presença de aminas vasoativas não-oxidadas causa constrição dos vasos sanguíneos e elevação da pressão arterial, podendo levar, nos casos mais graves, a uma hemorragia intracranial, arritmias cardíacas e insuficiência cardíaca.

5.2.4 Transporte e Excreção

A maioria das drogas é transportada na corrente sanguínea por proteínas plasmáticas e podem assim deslocar uma vitamina de um local de ligação numa proteína plasmática, que então será filtrada através dos rins e excretada pela urina. A aspirina, por exemplo, pode alterar o transporte de folato, levando a uma diminuição dos níveis séricos deste nutriente. As drogas também podem alterar a excreção de um nutriente por interferir na sua reabsorção pelos rins. Os diuréticos de via oral podem produzir uma hipercalcúria através deste mecanismo.

5.2.5 Absorção

A composição da dieta e o tipo de alimentação podem alterar a absorção dos medicamentos, aumentando-a, diminuindo-a ou apenas retardando-a. No caso de uma absorção diminuída ou retardada, o resultado é que a droga pode não atingir os níveis eficazes na corrente sanguínea; no caso de uma absorção aumentada, esses níveis podem ser mais elevados do que o desejável, potencializando efeitos colaterais. Dependendo do tipo de alimento ingerido a velocidade de esvaziamento gástrico pode variar, afetando a absorção de uma droga. As drogas básicas, por exemplo, são melhor absorvidas quando o esvaziamento gástrico é retardado. A absorção da penicilina, por exemplo, é reduzida quando administrada junto com uma refeição, porque a presença de alimento no estômago reduz o tempo de esvaziamento gástrico e permite a exposição, durante um período mais longo, ao ácido gástrico, o que degrada a penicilina.

Outras vezes, os nutrientes podem formar complexos com a droga, impedindo sua absorção. Cálcio, magnésio, ferro e zinco, por exemplo, formam complexos com a tetraciclina (um antibiótico). Uma dieta hiperproteica interfere com a absorção da levodopa (um anti-psicótico) porque os aminoácidos competem pelos sítios absorptivos que estão envolvidos na absorção da levodopa.

5.2.6 Transporte

De forma geral, as drogas são transportadas na corrente sanguínea através de proteínas plasmáticas, entre as quais se destaca a albumina. Os níveis séricos de albumina podem estar diminuídos por desnutrição ou por enfermidade do fígado, o que altera toda a farmacocinética da droga, ou seja, sua distribuição, metabolismo e eliminação. Assim sendo o transporte reduzido pode levar a um aumento da concentração da droga na sua forma livre, levando a efeitos indesejáveis ou a ausência de qualquer efeito.

A ligação da droga a uma proteína plasmática também pode ser alterada por uma dieta hiperlipídica, pois os ácidos graxos livres na corrente sanguínea se associam à albumina, levando a um deslocamento da droga.

5.2.7 Metabolização

O metabolismo das drogas pode ser alterado pela composição da dieta, nos estados de deficiência ou pela manipulação nutricional. O fator dietético mais importante é o teor de proteínas. Uma dieta rica em proteínas e pobre em carboidratos aumenta a taxa de metabolização de um grande número de drogas, enquanto que uma dieta hipoproteica e hiperglicídica diminui esta metabolização.

Um grande número de drogas e nutrientes é metabolizado no fígado através de sistemas enzimáticos específicos. Dentre os componentes nutricionais que participam desses sistemas estão as proteínas, lipídios, ácido nicotínico, ácido ascórbico, vitaminas A e E, cobre, cálcio, ferro, zinco entre outros, portanto, deficiências destes nutrientes podem levar a uma metabolização mais lenta.

A manipulação nutricional vem sendo utilizada em algumas condições patológicas com bons resultados. Crianças asmáticas, por exemplo, tratadas com o

teofilina (broncodilatador) têm menos episódios de respiração dificultosa nas dietas com baixa quantidade de proteínas porque assim a teofilina é metabolizada mais lentamente, permanecendo por mais tempo na circulação.

5.2.8 Excreção

Os efeitos farmacológicos de uma droga dependem tanto de sua absorção quanto de sua excreção eficiente. Tanto a excreção renal quanto a excreção biliar podem ser afetadas pelo conteúdo da dieta ou ainda por algumas condições nutricionais. A deficiência de sódio, por exemplo, leva a uma reabsorção aumentada deste sal e simultaneamente de carbonato de lítio (um anti-depressivo), elevando o potencial tóxico do lítio, o que pode ser revertido pela suplementação de sódio ou maior ingestão de líquidos. Os efeitos dos nutrientes na excreção renal de drogas é mais proeminente em drogas de espectro terapêutico limitado.

5.2.9 Cuidados na nutrição enteral

Muitas vezes os pacientes não são capazes de se alimentar adequadamente e então a alimentação enteral contínua se faz necessária. No entanto, todo o cuidado é pouco quando simultaneamente está se administrando alguma droga a estes pacientes. O uso do mesmo tubo para administração da droga e da alimentação é pouco recomendável em função das interações que aí podem ocorrer. Algumas drogas são conhecidamente incompatíveis com as formulações enterais, contudo as informações nessa área são relativamente escassas. Algumas evidências sugerem, por exemplo, que o caseinato de cálcio, usado como fonte proteica em muitas fórmulas, possa se ligar a algumas drogas. Recomenda-se que a administração terapêutica e enteral seja feita de forma separada e o tubo utilizado lavado com água entre uma e outra.

6. MÉTODOS E TERAPIAS INCLUÍDAS EM ESTRATÉGIAS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas deve ter a característica multidisciplinar, com a participação de profissionais de especialidades diversas (psiquiatra, médico clínico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, etc.). O trabalho de cada um é ao mesmo tempo autônomo e integrado na estratégia de recuperação do indivíduo.

As principais formas de atuação dos profissionais podem ser agrupadas segundo as modalidades:

- Seguimento individual – aconselhamento
- Psicoterapia individual
- Psicoterapia em grupo
- Prevenção de recaída
- Treinamento de habilidades sociais
- Tratamento familiar

Ao lado destas, sem que possa ser considerado tratamento, mas sim como um apoio importante, encontra-se a participação do paciente em grupos de auto-ajuda, tais como o AA e o NA. Sem que tenha o rótulo terapêutico, estas constituem-se meios essenciais para a obtenção de resultados favoráveis no tratamento. A participação deve ser estimulada por todos os profissionais envolvidos na assistência aos pacientes.

O objetivo final de todas estas técnicas é que o paciente desenvolva capacidade de evitar comportamentos associados ao consumo, lidando melhor com relacionamentos e com fontes de estresse, aumentando a auto-estima e promovendo uma mudança significativa do estilo de vida do paciente. Podemos agrupar estas estratégias nas modalidades psicoeducacional/aconselhamento, cognitivo-comportamental (a prevenção de recaídas é um de seus métodos mais importantes) e orientados para a resolução de conflitos psicológicos ditos "profundos" ("insight").

Estas intervenções têm ampla aplicação na fase do tratamento que se segue: à prevenção de recaída (manutenção da abstinência) e à mudança do estilo de vida. Geralmente se inicia após o paciente ter obtido algumas semanas de abstinência e promovido algumas modificações em sua rotina básica.

É importante relacionar os elementos obrigatórios no trabalho psicoterapêutico bem sucedido para indivíduos dependentes:

1. Abordagem da ambivalência – os pacientes têm a ilusão de poder controlar seu consumo, sem ter que abandoná-lo, têm intensa dificuldade de aceitar a própria dependência. Sem que a ambivalência seja focalizada, o paciente não se engaja em tarefas ou estratégias para evitar o consumo.
2. Reduzir a disponibilidade da substância (droga) – É imprescindível que o paciente tome todas as medidas possíveis para não ter contato com drogas e álcool, principalmente no início do processo de recuperação. Medidas de "teste do controle" costumam ter resultado catastrófico. As exposições "acidentais" às drogas já são de intensidade suficiente para que a metade dos dependentes de cocaína abandonem o tratamento logo no seu primeiro mês.
3. Evitar situações de alto-risco – de forma semelhante ao anteriormente citado, lugares e pessoas associadas ao uso de álcool e drogas são intensos estímulos

para o consumo, desencadeando "fissuras" muitas vezes incontroláveis para os pacientes.

4. Evitar os estímulos condicionados na rotina do consumo – semelhante aos anteriores.
5. Modificação do estilo de vida – desenvolver alternativas de comportamento, de obtenção de prazer, relacionamentos e outras aspectos vivenciais, propiciando recuperação dos prejuízos sobre às diferentes áreas de impacto da dependência.

7 TRATAMENTOS

7.1 Tratamento De Emergência Em Dependências Químicas

O psiquiatra freqüentemente é chamado aos serviços de emergência para avaliar pacientes que desenvolveram complicações do consumo de drogas ou álcool. A maioria dos casos está relacionada a estados de intoxicação ou abstinência, porém complicações médicas, acidentes, ferimentos por armas, comportamento suicida e violência costumam acompanhar estes casos.

Drogas e álcool podem piorar doenças preexistentes ou ainda interagir com medicações necessárias ao indivíduo.

É comum que o paciente por conta do estado de intoxicação, não seja capaz de fornecer informações mínimas – estas devem ser obtidas com acompanhantes ou policiais, sempre que possível. Para os pacientes que chegam a estes serviços inconscientes, a manutenção das funções vitais é o inicial e principal objetivo da assistência prestada. Um exame físico e psíquico completo, exames laboratoriais e análises toxicológicas devem ser realizados, pela freqüência observada de ferimentos, infecção pulmonar, insuficiência do funcionamento hepático e alterações neurológicas (p.ex. alteração de nervos cranianos). A tabela abaixo apresenta a duração de ação das principais drogas de abuso:

DROGA	DURAÇÃO DA INTOXICAÇÃO
Opióides	3 a 6 horas
Cocaína – inalada	1 a 2 horas
Cocaína – crack	30 minutos – 1 h.
Anfetamínicos (remédios para emagrecer)	4 – 72 horas
Benzodiazepínicos (média)	4 – 8 horas
Maconha	2 – 4 horas
LSD	8 – 12 horas

7.2 Psicoterapia de grupo para dependentes

A psicoterapia de grupo é um método de tratamento, no qual ocorre uma cuidadosa seleção de indivíduos com determinada patologia. Estes pacientes são incluídos em programa de sessões grupais coordenadas por terapeuta treinado, com o propósito de modificar os comportamentos mal-adaptativos dos participantes (integrantes).

Por sua definição, podemos perceber a associação óbvia entre este modelo terapêutico e a síndrome de dependência de substâncias psicoativas. Nos Estados Unidos, por exemplo, a terapia de grupo vem sendo considerada como núcleo do tratamento, constituindo-se na estratégia terapêutica mais utilizada no tratamento dos dependentes. É também considerada entre as mais eficazes formas de tratamento disponíveis. A intervenção grupal para dependentes tem o objetivo de integrar o paciente a um grupo inicial de recuperação, com relacionamento entre os membros fundamentado na abstinência do consumo. É o chamado "grupo funcional de fórum público" também observado no funcionamento dos grupos de auto-ajuda (AA, NA, etc.).

As abordagens psicoterapêuticas grupais mais utilizadas podem ser agrupadas segundo seu corpo teórico em dois principais grupos, sem que existam evidências de diferenças de efetividade entre eles:

- Grupo das abordagens psicodinâmicas (ex. psicanálise e terapias para resolução de conflitos – pessoais e/ou da relação com outros).
- Grupo das abordagens cognitivo-comportamentais (ex. prevenção de recaídas).

A terapia cognitivo-comportamental propõe que a dependência seja "comportamento aprendido", que é constantemente reforçado pelos efeitos prazerosos e pelas contingências do consumo de drogas e/ou álcool. As abordagens psicodinâmicas são orientadas para a compreensão do papel da "droga" no psiquismo do dependente.

Qualquer abordagem grupal deve incluir aspectos psico-educacionais sobre álcool e drogas, bem como sobre o estilo de vida relacionados. O processo da terapia em grupo privilegia a interdependência entre os integrantes, tendo como meta o estabelecimento de relações sociais saudáveis voltadas para a abstinência e a reabilitação. A terapia em grupo permite a oportunidade do paciente se identificar com outros, expressando suas idéias e emoções. Pelo aprendizado da escuta de outros (semelhantes), seus conceitos e apreciações dos companheiros sobre seus problemas, o paciente tem um reforço positivo na interação "saudável" com outras pessoas ao seu redor.

Finalmente, a intervenção em grupo permite verificar se os pacientes são capazes de transformar as informações cognitivamente aprendidas (orientações) em comportamento operante.

7.3 Terapia familiar em dependência química

PAPEL DA FAMÍLIA – A família é um fator fundamental tanto na dependência como em seu tratamento. Alguns estudiosos chegam a considerar a dependência como uma patologia familiar (doença de origem no funcionamento familiar). A genética, por um lado, é considerada responsável por 30% dos casos de alcoolismo, embora sua influência seja menor no caso de outras drogas. Por outro lado a convivência familiar, os relacionamentos interpessoais e seus conflitos bem como influências ambientais a que todos os integrantes da família estão submetidos, são considerados de importante contribuição para a dependência.

Um fator também digno de nota é o aprendizado de comportamentos de consumo (e outros associados ao abuso de substâncias e à dependência), ou seja, o indivíduo adquirindo hábitos e comportamentos a partir de seus familiares e amigos próximos.

A terapia familiar é um aspecto sumamente importante na recuperação do dependente em tratamento. Os membros da família constituem as "vítimas primárias" da dependência, além do próprio paciente. Vitimização, superproteção, culpa, raiva, mágoa, privações e desespero são quase sempre observados em familiares do dependente que inicia o tratamento. Agressões físicas, furtos e negligência complicam ainda mais a situação familiar, com conseqüências diretas em todas as suas relações interpessoais. A família se torna, assim, uma parte significativa do problema e fator de sua amplificação.

Durante o tratamento sempre nos deparamos com familiares com conhecimentos insuficientes (sobre drogas, álcool e suas implicações) para compreender a necessidade da participação no processo terapêutico e poder lidar satisfatoriamente com o problema. Preconceitos e sofrimento acumulado pelos familiares interferem com o processo terapêutico. Atenção especial deve ser dirigida aos familiares, o núcleo vivencial mínimo do paciente, para minimizar as chances de fracasso.

A família necessita discutir seus (pré-)conceitos, melhorar a qualidade das relações interpessoais para criar uma real estrutura de suporte ao paciente, que auxilie em sua reabilitação. Faz-se necessário que a família aprenda a não "sabotar" o processo de recuperação do paciente e mesmo sua abstinência. Os profissionais já se acostumaram com perguntas de familiares do tipo "- Mas se ele é dependente de cocaína, por que não posso oferecer uma cervejinha prá ele no churrasco, junto com a família?".

As famílias precisam lidar com negação, identificar outros possíveis casos, lidar com mal-entendidos, defesas mal-estruturadas, estigma e sua própria ignorância em relação às diversas dimensões do problema da dependência de substâncias psicoativas.

Aspectos psico-educacionais devem portanto ser incluídos em qualquer tratamento dirigido à família, qualquer que seja sua orientação psicológica, com o devido cuidado de preservar o espaço de discussão do funcionamento e rotina familiar e suas relações interpessoais. A mudança no estilo de vida, objetivo final do tratamento da dependência, também é a proposta deste modelo terapêutico, ainda sub-utilizado entre os instrumentos disponíveis no tratamento.

7.4 Tratamento Farmacológico Em Dependências

Há a possibilidade de utilização de medicamentos no tratamento das dependências. O termo "tratamento farmacológico", acreditamos porém, deve ser evitado, para evitar a ilusão da "pílula mágica" que possa tratar a síndrome de dependência. Utilizaremos, então, o termo "Intervenção farmacológica" (ou medicamentosa) em seu lugar.

A utilização de intervenções farmacológicas não apenas são estratégias válidas e disponíveis, como muitas vezes salvam a vida de dependentes em determinadas condições (emergências, etc.).

Quando considera-se a utilização de medicamentos na dependência, os dois principais aspectos a serem considerados são o efeito potencial (diminuir o consumo, reduzir o desejo pela droga) e as considerações de segurança (potencial do medicamento causar conseqüências danosas para o paciente). Outra indicação comum de terapêutica farmacológica é a redução de sintomas de abstinência quando da interrupção do consumo da droga/álcool. Estes sintomas, quando não controlados, muitas vezes levam o indivíduo de volta ao uso (abstinência de álcool, de opióides, por exemplo).

Alguns pacientes dependente têm doenças psiquiátricas independentes sobrepostas ou associadas (depressão, ansiedade, psicose, etc.), que necessitam de intervenções farmacológicas para seu controle. São chamadas doenças co-mórbidas. É um grande erro leigo considerar estas medicações, prescritas por médico especialista, que acompanha o tratamento da dependência, como "drogas". O paciente que necessita dessas medicações não tem nenhuma chance no tratamento da dependência se estas condições não forem adequada e simultaneamente tratadas. A intervenção farmacológica é compatível e pode ser utilizado concomitantemente com todos os outros métodos terapêuticos disponíveis para o auxílio do paciente dependente, esbarrando, apenas, no preconceito de alguns poucos profissionais que atuam na área.

7.5 Grupo de Mútua-Ajuda e Comunidades Terapêuticas

Estas duas modalidades são modelos importantes que integram o arsenal terapêutico para a população dependente. Os grupos de mútua-ajuda tem características de grupo leigo e voluntário, sem qualquer ônus para a comunidade e a sociedade em geral. Estima-se que 1.000.000 de pessoas atualmente freqüentem as

reuniões de AA em todo o mundo. Embora não possa ser considerado tratamento propriamente dito, os grupos de mútua-ajuda são agentes operacionais na recuperação e reinserção social de dependentes químicos, atuando ainda na reestruturação familiar e na prevenção à dependência.

O AA (Alcoólicos anônimos) foi criado nos Estados Unidos em 1935 por dois alcoolistas, e é considerado um dos primeiros esforços no sentido de auxiliar o dependente. Observamos que, no decorrer deste século, seu funcionamento influenciou a maioria das terapêuticas disponíveis hoje em dia. Fundamenta-se nos "Doze passos"; os grupos de mútua-ajuda concebem-se como uma irmandade ou sociedade, sem fins lucrativos, de homens e mulheres dependentes ("adictos", em suas próprias palavras), que se reúnem em grupos e se utilizam de um determinado conjunto de princípios espirituais para encontrar a liberdade da adição e uma nova forma de vida. Enfatiza o conceito de doença (crônica) da dependência, e a necessidade da abstinência total para a recuperação do indivíduo. Os grupos de mútua-ajuda devem ser sempre associados aos tratamentos convencionais para os transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas.

O modelo de tratamento residencial conhecido como Comunidade Terapêutica foi utilizado durante muito tempo para pacientes com patologias psiquiátricas crônicas. Seu funcionamento é fundamentado na premissa de que quando não se é possível promover mudanças no indivíduo dependente, passa a ser necessário alterar sua condição, seu meio ambiente e removê-lo da situação onde o consumo ocorre. O processo terapêutico focaliza intervenções pessoais e sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades ao indivíduo dependente em ambiente seguro em relação ao consumo de álcool e drogas. Tratamentos psico-sociais (psicólogo, assistente social, orientação vocacional, etc.) devem ser sempre incluídos na programação terapêutica das Comunidades.

As internações em Comunidades Terapêuticas (CT) costumam ser longas, durando vários meses. Aparentemente, quanto maior a estadia do indivíduo, maior a chance de obter abstinência após a alta, quando o indivíduo retorna a seu meio

ambiente (habitat) de origem. Suas principais indicações são indivíduos que apresentam graves conseqüências decorrentes do consumo de álcool e drogas, e que não possuam mínimo suporte social (família, trabalho, etc.), para que a abstinência seja obtida em tratamento ambulatorial.

Assim como em outros tratamentos residenciais para a dependência (internação), o paciente egresso do tratamento em CT deve obrigatoriamente realizar seguimento ambulatorial e/ou participar em grupo de mútua-ajuda. Convém lembrar novamente que a síndrome de dependência é transtorno crônico e, assim como a hipertensão arterial e o diabetes, acompanha a vida toda do paciente.

7.6 Avaliação de Tratamento

A avaliação do tratamento é uma questão que vem ganhando espaço nos últimos anos. Análises do tipo custo/benefício, pesquisas das características de pacientes em tratamento, pesquisas de efetividade terapêutica passaram desde a década de 1980 a ser realizada em muitos centros no Brasil.

Avaliar o tratamento não significa apenas avaliar a eficácia de determinado método, mas propicia também a possibilidade de adequação das características de um serviço à população que ele assiste. Significa ainda fornecer subsídios importantes para a realização de estratégias de prevenção ao abuso de drogas da comunidade em torno dos serviços terapêuticos.

O resultado da realização de pesquisas de avaliação sempre é a melhoria da qualidade do serviço de saúde oferecido e conseqüentemente resultados mais favoráveis.

Em novembro de 1998 o SENAD realizou em Brasília o I Fórum Nacional Antidrogas, que focalizou diversos aspectos da prevenção, tratamento e repressão às drogas. A Avaliação de tratamento foi um dos temas importantes. Apresentamos um resumo do texto final:

Diversos modelos de tratamento das farmacodependências vêm sendo propostos. Diante dos baixos índices de sucesso das distintas modalidades de intervenção, observa-se uma tendência contínua ao surgimento de novas propostas terapêuticas. Ressentimo-nos, entretanto, da inexistência de uma preocupação sistemática com referência à avaliação destas mesmas propostas.

Seria importante que tais intervenções fossem avaliadas tanto no que se refere à sua eficácia, no sentido de sucesso terapêutico, quanto no sentido de sua eficiência (custo/benefício do tratamento). Além disso, faz-se necessário valorizar critérios de efetividade outros que não apenas a abstinência do uso de drogas. Finalmente, cabe ainda o desenvolvimento de pesquisas no sentido de discriminar com maior precisão quais os sub-tipos de dependentes que melhor se beneficiariam de que modalidades de intervenção.

8 ESTERÓIDES ANABOLIZANTES NO MEIO SOCIAL

Muitos atletas, vem abusando de drogas psicoativas “sociais” ou ilegais. Os esteróides anabolizantes, mais conhecidos apenas com nome de ANABOLIZANTES, são relacionados ao hormônio masculino Testosterona fabricado pelos testículos. Os anabolizantes possuem vários usos clínicos, nos quais sua função principal é a reposição da testosterona nos casos em que, por algum motivo patológico, tenha ocorrido um déficit.

Além desse uso médico, eles têm a propriedade de aumentar os músculos, força e resistência, e por esse motivo são muito procurados por atletas ou pessoas que querem melhorar a performance, treinamento e a aparência física.

Uso: podem ser usadas na forma de comprimidos, cápsulas, ou como injeção intramuscular, seu uso ilícito pode levar o usuário a utilizar centenas de doses a mais do que aquela recomendada pelo médico. freqüentemente, combinam diferentes esteróides entre si para aumentar a sua efetividade.

Usuários: os atletas, porém o uso também está espalhando-se entre os não-atletas que buscam um corpo "sarado" (forte, desenvolvido). os homens são ainda os maiores usuários, mas esse uso vem crescendo entre as mulheres. consumidor preferencial está entre 18 a 34 anos de idade e em geral é do sexo masculino.

Principais medicamentos: androxon, durateston, deca-durabolin, hemogenin... alguns usuários chegam a utilizar produtos veterinários à base de esteróides, sobre os quais não se tem nenhuma idéia sobre os riscos do uso em humanos.

Efeitos adversos: principais efeitos do abuso dos anabolizantes são: tremores, acne severa, retenção de líquidos, dores nas juntas, aumento da pressão sanguínea, colesterol, variação de humor, distração, esquecimento, icterícia e tumores no fígado. Além desses, aqueles que se injetam ainda correm o perigo de compartilhar seringas e contaminar-se com o vírus da aids ou hepatite.

Principais 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, desenvolvimento de mamas, dificuldade ou dor para urinar e aumento da próstata.
- na mulher: crescimento de pêlos faciais, alterações ou ausência de ciclo menstrual, aumento do clitóris, voz grossa, diminuição de seios.
- no adolescente: maturação esquelética prematura, puberdade acelerada levando a um crescimento raquítico.

CONCLUSÃO

Concluimos que quando se inicia a dependência por ser um drogadicto, vive somente através das drogas e em razão dela. Perde o afeto que o une as pessoas de seu círculo e a transfere para a droga.

Aos poucos vai se fechando num mundo restrito de pessoas que usam droga, criando uma falsa concepção de que todos tanto os de dentro como os de fora do grupo são usuários.

O adicto normalmente requer muitas atenções do grupo familiar buscando gratificações imediatas porque não aprendeu a controlar os seus impulsos na constelação familiar por não ter tido a prática de uma educação sadia do lar usando modelos coerentes de reflexão. A droga pela sua ação química mascara o medo e dá um falso suporte para sustentar o fracasso ou a frustração.

Os drogadictos, em regra geral, são personalidades dominadas por angustias e temores, cuja qualidade e intensidade os convertem como portadores de sentimentos insuportáveis para o seu ego, a insegurança em si mesmo, a baixa estima e a desorganização de seus valores no ser, estar e agir criam uma enorme insegurança, e o medo de ser destruído cria uma forma paranóica violenta que domina este tipo de personalidade, daí a estrutura volúvel do adicto que possui uma resistência psicológica muito fraca.

REFERÊNCIAS

<http://www.antidrogas.com.br/anabolizantes.php>

http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/esteroides_anabolizantes.htm

<http://www.olosko.hpg.ig.br/drogas.htm>

<http://www.saudetotal.com/saude/musvida/anabol.htm>

<http://www.psicologia.org.br>

OLIVENSTEIN, Claude. *A Droga*. São Paulo: Brasiliense, 2ª ed, 1984.

Kalina, Eduardo e KOVADLOFF, Santiago. *Drogadição*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 2ª ed, 1980.

Kalina, Eduardo. *Viver sem drogas*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1987.

INABA, Barryl S., COHEN, Willian E. *Drogas Estimulantes Depressores Alucinógenos*. Rio de Janeiro, 1991.