

**Resumo:** Na última década a proliferação e massificação do consumo das *Designer Drugs* em contextos marcadamente recreativos, suscitou um particular interesse quer na comunidade científica, como na população em geral. O presente artigo sintetiza muita da informação existente, pretendendo introduzir novos esquemas de leitura, em face das características específicas do consumo de Ecstasy. Desenvolve uma análise retrospectiva, com vista a esclarecer velhos mitos, contribuindo para a compreensão da génese dos mesmos e a forma como o fenómeno evoluiu ao longo do tempo. Operacionaliza o conceito de *Designer Drugs* tendo em conta os padrões de Consumo Recreativos. Descreve resumidamente as diversas variações quer em termos de apresentação, bem como das suas composições e efeitos. Por fim, o autor tece algumas considerações relativamente à compreensão e enquadramento do fenómeno, com vista a uma adequada abordagem de carácter preventivo.

**Palavras-chave:** Ecstasy; MDMA; *Designer Drugs*; Metanfetaminas; Consumo Recreativo; Prevenção Primária.

**Résumé:** Dans cette dernière décennie la prolifération et la massification des consommations de *Designer Drugs* dans les contextes récréatifs, a suscité un intérêt particulier sur la communauté scientifique et dans la population en général.

Cette article synthétise l'information existant, prétendant introduire de nouveaux schèmes de lecture, d'abord à les caractéristiques internes et spécifiques présent dans les différentes dimensions de la thématique Ecstasy. Cela débute par une rétrospective historique comme but à dénouer de vieux mythes, contribuant par la compréhension de la génese des mêmes et de quelle façon ce phénomène à évolué pendant le temps. Opérationnalise le concept de *Designer Drugs*, portant en ligne de compte la consommation récréative. Décrit d'une façon résumé les variations que soit en termes de présentation, bien comme des compositions et effets.

L'auteur tisse certaines considérations relatives à la compréhension et encadrement du phénomène, ainsi comme quelques aspects pratiques pour la construction adéquate des abordages de caractère préventif.

**Mots Clé:** Ecstasy; MDMA; *Designer Drugs*; Methamphetamines; Consommation Récréatif; Prévention Primaire.

**Abstract:** In the last decade the proliferated and widespread use of Designer Drugs basically in recreational contexts, raised a particular interest among scientific community, as well as in the common population.

The present article synthesises lot of the existent information, intending to introduce new reading outlines regarding the specific characteristics and throwing a glance through the different dimensions of Ecstasy issue. Starts with a retrospective trip to demystified old myths, a contribution to understand the geneses of those myths and the forms how the phenomenon developed across the time. Define Designer Drugs concept, taking in count patterns of Recreational Use. It describes concisely the several presentation forms, as well as the variety of compositions and effects.

The author makes some personal considerations about the understanding of the phenomenon, and also some practical remarks to appropriate construction of preventive approaches.

**Key Words:** Ecstasy; MDMA; *Designer Drugs*; Metamphetamines; Recreational Use; Primary Prevention.

## Ecstasy História, Mitos & Factos

Luís Miguel da Silva Viana

### Síntese Histórica

A origem do Ecstasy remonta aos princípios do século XX, não se tratando em absoluto de uma “Nova Droga” como vulgarmente é tido. Esta percepção social foi construída a partir do facto de só nos últimos 25 anos, este se ter tornado amplamente difundido em ambientes recreativos e somente nos últimos 15 anos, ter passado a ser alvo de particular atenção pelas autoridades e comunicação social, consequentemente com um forte incremento da sua visibilidade pública.

Inclusivamente o termo Ecstasy só muito recentemente foi adoptado, com vista a ser uma nomenclatura comercialmente apelativa, sugestiva e incisiva, para o princípio químico a que inicialmente estava exclusivamente associado, o MDMA (*3,4-metilenodioximetanfetamina*).

O MDMA foi sintetizado pela primeira vez em 1912, por químicos alemães e patenteado em 1914 pela companhia farmacêutica MERCK® como anorexígeno. Foi utilizado pela primeira vez em soldados durante a I.<sup>a</sup> Grande Guerra, com o fim de aumentar os tempos de permanência no teatro de batalha, através da supressão da sensação de apetite (Schuckit, 1994).

A substância foi vetada ao esquecimento, só tendo reaparecido em 1953 e 1954, período durante o qual por iniciativa de um departamento da marinha dos E.U.A., o “*Edgewood Chemical Warfare Service*”, onde foram desenvolvidos ensaios toxicológicos em Ann Arbor, pela Universidade do Michigan, com o nome de código “*Agente Experimental 1475*”. Estas pesquisas mantiveram-se confidenciais até 1969 e consideradas como segredo de estado, só tendo sido divulgadas e publicadas por Hardman *et al.*, em 1973. Nessa altura foram levadas a cabo uma série de experiências com múltiplas substâncias em mamíferos, entre elas o MDMA, com vista a descortinar o seu potencial para inclusão no rol de substâncias pertencentes ao arsenal de guerra psicológica.

Acrescente-se ainda que no início da década de 60 o MDMA tornou-se bem conhecido de dois químicos polacos, Biniecki e Krajewski. Na altura publicaram as suas descobertas relativamente a novas formas de síntese desta substância, não tendo contudo tido qualquer espécie de impacto científico ou mediático, passando despercebido à maioria da comunidade científica de então, continuando ainda hoje este facto no desconhecimento da maioria (Biniecki & Krajewski, 1960).

Contudo o pai do moderno MDMA, génese do actual Ecstasy, é Alexander Shulgin. Depois de ter obtido o Doutoramento em bioquímica pela Universidade da Califórnia em Berkeley, Shulgin arranhou emprego como investigador químico numa grande empresa do sector, *DOW CHEMICALS®*.

Como certo dia durante o tempo de estudante, Shulgin havia tido uma experiência muito negativa com o consumo de Mescalina, este sentiu-se seduzido a investigar drogas psicotrópicas. Começou por sintetizar novas substâncias, experimentando-as num primeiro momento em si próprio e posteriormente num grupo de amigos de longa data.

Graças aos seus bons contactos sociais, incluso com aqueles que não partilhavam das suas controversas ideias, acabou por obter o respeito de pessoas influentes, tendo-lhe permitido continuar com as suas investigações até muito recentemente.

Especializou-se nas Feniletilaminas sintéticas, sendo o seu estudo marcado pela identificação e caracterização das subtis diferenças existentes, entre cada uma das substâncias incluídas nesta categoria. As experiências que levou a cabo, estão descritas na sua biografia, escrita conjuntamente com a sua esposa Ann, *"Phenethylamines, I Have Known and Loved"*. O MDMA é apenas uma das aproximadamente 200 substâncias psicoactivas que ao longo do seu trabalho descreve detalhadamente.

No início da década de '70 Shulgin começa a interessar-se especificamente pelo MDMA, em grande medida devido ao facto de ver neste um grande potencial psicoterapêutico. Durante esta altura Shulgin ensaia múltiplas vezes o MDMA, divulgando-o junto dos seus colaboradores.

Leo Zeff psicoterapeuta que para além das convencionais abordagens terapêuticas, realizava desde já há alguns anos "tratamentos" alternativos com LSD, MDA e Ibogaína, revelou um particular interesse pelo potencial terapêutico

do MDMA. Zeff após algumas sessões psicoterapêuticas, introduzia o MDMA em longuíssimas sessões realizadas nos domicílios dos utentes, por forma a aprofundar aspectos sentidos como conflituosos nas suas histórias de vida. A principal função visava favorecer a rememoração, através da utilização simultânea de objectos pessoais associados a momentos significativos das suas vidas. Após ter experimentado a utilização do MDMA já próximo da reforma, Zeff opta por não se retirar, acabando por se dedicar durante mais alguns anos a formar outros psicoterapeutas na utilização do MDMA.

A sua utilização não era controlada legalmente. Existia na altura um vazio legal, todavia o seu emprego estava salvaguardado pelas leis existentes no estado da Califórnia, que autorizava a utilização de produtos farmacêuticos não comercializados, desde que administrados *"in situ"* por um médico ou farmacêutico.

Contudo já nessa altura, todos estavam bem cientes dos riscos do MDMA se tornar popular como substância de uso recreativo, seguindo porventura o mesmo trajecto, anteriormente percorrido pelo LSD que culminou na sua criminalização. Os investigadores da altura concordaram em manter as investigações o mais informais possíveis, por forma a não atrair a atenção do grande público. Foram bem sucedidos neste seu intento, já que o MDMA só gradualmente e pontualmente começou a ser utilizado com fins recreativos.

As primeiras referências disponíveis sobre o abuso de MDMA, são datadas de 1970, quase coincidentes com a ilegalização do MDA (Metilendioxianfetamina), vulgarmente conhecido como "Droga do Amor" pelos movimentos de contracultura dos finais dos anos 60 e início dos anos 70. Em função deste facto, o MDMA passou a constituir o substituto legal do MDA, nos contextos de consumo recreativo.

Cerca de 1970 um grupo de químicos, apoiados financeiramente por pequenos empresários, montam um laboratório em Marin County, Califórnia. Inicia-se assim a produção em larga escala e comercialização do MDMA.

Este laboratório em 1976 distribuía para todos os Estados Unidos da América cerca de 10 000 doses por mês. Três anos mais tarde este valor havia subido para 30 000 doses/mês e em 1985 para 500 000 doses/mês, encontrando-se disponível em 21 estados, fundamentalmente Texas, Flórida, Nova Iorque e Nova Inglaterra, bem como no Canadá e a partir do final desse ano, passou a estar igualmente

disponível na Europa, inicialmente em Inglaterra e Escócia. No período entre 1977 e 1985 o MDMA era conhecido sob a designação de “Adão”, em nítida alusão ao mistério da criação, a partir do aproveitamento da letra “a” na sigla MDMA (sendo por motivo similar que o MDEA é conhecido como “Eva”), mas igualmente devido a uma confusão que se estabeleceu na imprensa e no seio das autoridades judiciais, entre o MDA e o MDMA (Climko, Roehrich, Sweeney & Al-Razi, 1986). Confusão esta em muito devido à ilegalização do MDA e sua substituição pelo MDMA nos mercados negros de comercialização. Esta situação esteve também na origem, da deturpação interpretativa e consequente pânico instalado, de resultados investigacionais obtidos acerca da toxicidade do MDA no princípio dos anos 80.

É já no final da década de 80 que assume a sua actual designação, “Ecstasy”. Previamente a esta denominação, várias siglas e expressões foram utilizadas para aludir ao MDMA: “XTC”, “Adam”, “E”, “M&M”, “Zen”, “MDM”, “Clarity”, “Essence”, “Presence”. Existem referências que descrevem a evolução da sua nomenclatura, com base na utilização da palavra “Empathy”, que acabaria por se transformar em Ecstasy, em virtude de ser um termo comercialmente mais atractivo.

Começou por ser vendido acompanhado de folhetos informativos, tipo manual de utilização, sendo os mais conhecidos: “*Ecstasy, Everything looks wonderful when you're young and on Drugs*”, “*Flifht instructions for a friend using XTC*”, “*How to prepare for an Ecstasy experience*” e “*Ecstasy: 21st. Century Entheogen*” (Saunders, 1995). Estes folhetos para além de algumas informações e recomendações de mero bom-senso, citava supostas investigações científicas e mitos da literatura *underground* dos anos 60.

Em 1984 o seu uso era ainda legal e estava amplamente difundido entre os estudantes universitários norte-americanos, como substância recreativa.

Foi nessa altura que se deu o grande impacto na opinião pública norte-americana. Isto sucedeu em face da larga cobertura dada pelos media, à controvérsia que opunha os defensores dos benefícios terapêuticos do MDMA, a aqueles que alertavam para o potencial de abuso associado a esta substância.

A chegada em massa desta nova substância aos ambientes recreativos, veio ocupar em termos de relevância,

o espaço até então ocupado pela cocaína. Chegou inclusive durante um pequeno período de tempo a estar à venda em bares, onde se podia pagar a sua aquisição com cartão de crédito. Obviamente daqui até ao seu proibicionismo foi um ápice.

A “*Drug Abuse Warning Network*” (DAWN) divulgou que durante o ano de 1984 foram registadas um total de 8 emergências médicas, nos serviços de urgência hospitalar, relacionadas com o consumo de MDMA, de entre os 99 000 episódios de urgência comunicados devidos a consumo de drogas.

A DEA (*Drug Enforcement Agency*) publica um artigo em 27 de Julho de 1984 em que sugere a inclusão do MDMA no Grupo I das substâncias controladas. Contudo um grupo de médicos psicoterapeutas (R. Tolbert, G. Greer, L. Grinspoon, J. Bakalar), organizaram-se para impedir a sua inclusão no referido Grupo, em virtude das suas supostas propriedades farmacológicas. Sugerem como contra-proposta, a inclusão no Grupo III, deixando desta forma a porta aberta para uma utilização com fins terapêuticos.

A discussão pública de questões de índole científica nos meios de comunicação social, trouxe uma visão catastrofista e alarmista para a opinião pública que culminou na deliberação da DEA em proibir o seu uso. Os E.U.A. em 1985 pressionaram a “*Convenção Internacional de Substâncias Psicoactivas*” para colocar o MDMA no grupo I (o mais restritivo e severo) das substâncias controladas, mesmo contra o parecer do Presidente da Comissão de *experts* da O.M.S. que na altura afirmou: “*Neste momento, o controlo internacional não está garantido (...). deverá por conseguinte facilitar-se a investigação desta interessante substância*”. Simultaneamente, notícias divulgavam que outra substância análoga o MDA, causava danos nos cérebros dos ratos (Schmidt, 1989). Estes resultados foram reactivamente extrapolados para o MDMA, depreendendo-se efeitos similares para o cérebro humano. Estas notícias em Inglaterra e nos E.U.A. desencadearam nos media a difusão de um cenário dramático, onde se prognosticava a curto prazo o aparecimento de gerações de adolescentes com severos danos cerebrais (Beck, 1986).

Em sequência destes acontecimentos sucedeu o inevitável, a 31 de Maio de 1985, a DEA decide deliberar pela inclusão do MDMA no Grupo I das substâncias controladas, a título provisório e preventivo, por um período de um ano (Lawn,

1985). Esta decisão baseou-se num artigo publicado pela revista *Science*, acerca dos danos neurológicos gerados pelo MDA em ratos e crescentes notícias acerca de mortes e graves lesões neurológicas, relacionadas com o consumo abusivo durante 1976, de uma substância conhecida no mercado negro por “*China White*” (alfametilfentanil-opiáceo sintético), mas adulterado na sua composição com MPTP [N-metil-4 fenil-1,2,3,6 tetrahidropiridina].

A criminalização do MDMA fez com que a pureza da substância comercializada caísse drasticamente, em virtude de passar a ser produzida em laboratórios clandestinos e ser distribuída por redes organizadas do crime. A sua criminalização não impediu no entanto e de certa forma fomentou, o crescimento da popularidade do MDMA em todo o mundo. No decurso do ano de 1985 foram registadas 28 urgências devido a complicações pós-consumo de Ecstasy, segundo dados publicados pela “*Community Epidemiology Work Group*” (CEGW).

Em 22 de Maio de 1986, o Juiz Francis Young da DEA, recomenda a inclusão do MDMA no Grupo III, com a argumentação que a substância tinha uma utilização terapêutica prévia ao deflagrar da polémica. Refere ainda no seu parecer judicial: “... no que respeita às questões relativas ao abuso, as evidências existentes não conseguem estabelecer que face ao actual cenário, o MDMA tenha um elevado potencial de abuso”. Pese embora esta recomendação, a 17 de Junho de 1986, o prazo foi prorrogado por mais 6 meses, tendo ficado com carácter permanente a partir de 13 de Novembro desse mesmo ano (Barnes, 1988).

Quase de imediato um psiquiatra da Universidade de Harvard, Lester Grinspoon, apresenta uma petição ao Tribunal de Apelação em Boston, conseguindo por este meio suspender a deliberação de interdição do MDMA. Esta suspensão foi meramente temporária, já que após um período de três meses, a 23 de Março de 1988, foi novamente incluído no Grupo I e desta feita com carácter definitivo.

Como curiosidade, na Suíça o MDMA continuou legal e utilizado com fins terapêuticos até 1994.

## Designer Drugs

Esta designação surgiu originalmente, como referência a compostos químicos criados e sintetizados especificamente com vista ao consumo recreativo. Estas substâncias

apareceram com o propósito de produzirem o mesmo tipo de efeitos que outras substâncias psicoactivas ilícitas, não estando incluídas no rol das substâncias proibidas, pelo facto de serem novidade, contornando assim o obstáculo legal (Beck, 1986).

Actualmente na prática, esta expressão agrega uma vasta panóplia de substâncias psicoactivas. Algumas das substâncias incluídas nesta designação ultrapassam em certa medida o conceito original de *Designer Drug*. Mantêm em grande medida a característica comum de serem utilizadas em contextos recreativos. Este percurso demarca-as de outros grupos de substâncias, criadas originalmente para fins farmacológicos ou industriais.

No que respeita às suas composições, estas são na maioria dos casos resultado da aglutinação de diferentes princípios activos, com composições tão diversificadas, sem critérios objectivos quer de inclusão, como de exclusão nesta terminologia. Actualmente, trata-se de uma nomenclatura que pretende marcar a diferenciação e distanciamento relativamente às clássicas “Drogas” e seus consumidores (Heroína e Cocaína primordialmente).

Fundamentalmente é uma expressão socialmente aceite, e refere-se a um conjunto alargado de substâncias psicoactivas, na sua grande maioria pertencentes à classe das metanfetaminas.

Estão intimamente relacionadas com determinados contextos e etnografia social de cariz urbano, associadas a divertimento, juventude, música, dança e padrão específico de consumo, consumidas por via oral na forma de comprimido ou cápsula. Daí que seja frequente se associar Ecstasy, ao termo “*Designer Drug*”, mesmo que esta associação de acordo com o atrás explicitado, possa encerrar uma certa imprecisão. A título de exemplo nesta classificação pode encontrar-se uma variedade tão diversificada de substâncias como: MDA, MDMA, MBDB, MDEA, TMA, DOB, DOET, DOM, PMA, 2CB.(1)

## Consumo Recreativo

Trata-se de um tema de particular actualidade, que não sendo uma nova realidade (veja-se a estreita relação existente entre consumo e prazer), tem no entanto vindo a ser alvo de acrescida atenção, quer por parte das autoridades, técnicos, comunicação social e sociedade em geral. Facto

este, resultado do surgimento, banalização e conseqüente massificação das ditas (pseudo) novas drogas, acentuadamente nos últimos 10 anos no nosso país. O consumo recreativo confunde-se com a própria história do consumo de substâncias psicoactivas, na medida que uma das componentes associadas ao consumo é o próprio prazer, sendo obviamente uma das motivações primárias para a sua efectivação, tornando as fronteiras deste conceito por vezes ténues.

Não deixa no entanto de ser curioso, que esta realidade seja frequentemente tida como um novo problema, quando na realidade existiu uma metamorfose quer dos padrões, quer dos contextos de consumo, como inclusive do cenário social. Não é por conseguinte possível dissociar este facto das contínuas mutações sociais e desenvolvimento científico-tecnológico, obviamente condicionadores da oferta, da procura, das características das substâncias e do processo de construção da percepção social relativamente ao fenómeno. O frequente e disseminado uso da expressão “Consumo Recreativo”, tem-se mantido sob a égide da subjectividade, sendo inclusivamente dúbia, quando frequentemente é-lhe associada a ideia de ausência de relação problemática face às “drogas”. Acresce ainda referir que para esta subjectividade contribui a grande pluralidade de consumidores, muitas vezes incluída nesta categoria (Viana, 1999).

Após contacto directo e abordagens a consumidores de Ecstasy, em diferentes contextos tidos como recreativos (Viana, 1999) e pesquisa bibliográfica, foi possível encontrar alguns pontos recorrentes. Surge com elevada frequência a repetida alusão a aspectos etnográficos autóctones de ambientes de música e dança, estilos de vida, motivação para o consumo com base em determinados tipos de interações sociais, actividades lúdicas e recreativas de fim-de-semana.

Podemos definir actualmente “Consumo Recreativo” como um comportamento social, com características etnográficas próprias, que ocorre geralmente em contexto grupal, previamente ou durante ambientes festivos, frequentemente associados a eventos e espaços, formais e informais, de música e dança, com o propósito de gerar relacionamento, desinibição, euforia e diversão, teoricamente sem a existência de critérios definidores de dependência, em face da substância ou existência de comportamento compulsivo, no consumidor.

## Substâncias Psicoactivas Versus Droga

Talvez seja pertinente analisar sucintamente o sentido e função social da utilização da palavra “Droga”.

Droga deixou de ser unicamente a substância, para assumir o peso e significado de um conjunto determinado de comportamentos e conseqüências, associadas ao consumo de substâncias ilícitas, resultando numa clivagem do termo, a partir em grande medida do senso comum.

O termo actualmente carrega uma carga moral e jurídica, com um forte pendor social depreciativo, representando um “mal social”, como uma identidade maléfica, com vida própria, do tipo infeccioso. Prevalece a imagem da droga, como princípio e fim da dependência, isoladamente sem levar em linha de conta todo um conjunto factores multidimensionais e suas correlações. Tem a função surda de agregar em seu torno o peso de justificar quase todas as disfunções sociais, como forma das isolar e conter.

No século III o filósofo persa Manes dissertou sobre aquilo que viria a ficar conhecido como a teoria Maniqueísta, onde o Universo era regido pelo equilíbrio conflituoso entre duas entidades antagónicas e inconciliáveis o “Bem” e o “Mal”. Durante a idade média atribuiu-se todas as desgraças e desventuras, a forças maléficas e obscuras materializadas pelas “Bruxas”, sendo estas inclusivamente queimadas vivas com vista a espiar todos os males que lhes eram imputados. Muito provavelmente a “Droga” à luz da sociedade contemporânea, ocupa uma função similar, desempenhando e reproduzindo de certa forma esses velhos cenários, revelando parte da óptica pela qual se perspectiva o mundo em nosso redor.

As drogas são em concreto um vasto leque de substâncias aditivas, com diferentes características químicas, diferentes tipos de repercussões psicoactivas, com potenciais de reforço de quadros de dependência variáveis, desempenhando uma função adaptativa na vida do consumidor, com propriedades capazes de gerarem diferentes tipos de complicações fisiopatológicas, quer em termos de magnitude, variedade e tempo.

## Contextos e etnografia

Nos últimos 10 anos os contextos e padrões de consumo das “Designer Drugs” alteraram-se significativamente. Inicialmente os consumos de Ecstasy aconteciam exclusivamente

em ambientes de dança. Os consumidores sentiam fazer parte de uma grande e feliz família, livre de preconceitos, sendo atribuído ao consumo um significado próprio, associado a um movimento de libertação e identificatório desse contexto recreativo. Foi em grande parte devido a estes motivos que o Ecstasy teve tão rapidamente uma grande adesão e difusão. Este apelava crucialmente a algumas das questões mais sensíveis aos jovens e *quiçá* da própria estrutura social no seu consciente colectivo: alguma contestação e tentativa de afirmação, ser-se diferente da maioria, igual a alguns e único na sua própria individualidade, a busca da felicidade prometida e miraculosa, o acesso a um registo hedónico sem culpabilidade, a inocuidade no acto de consumir, o combate e fuga à frustração, a rejeição ao isolamento e aparentemente à solidão, a inevitabilidade em não poder estar triste porque socialmente não é aceitável, o desafio dos limites e a sensação de conquista da eternidade.

Numa abordagem multidimensional para a compreensão deste cenário, saliente-se o facto desta substância durante muito tempo, ter sido percebida como uma “Não Droga”, já que se distanciava do estereótipo do consumidor de seringa em riste, com *déficit* de higiene e autocuidado, que não valoriza o seu aspecto e indumentária, mas onde os contextos de consumo apelam exactamente ao oposto. Uma imagem de jovialidade e energia, os movimentos da moda, os momentos de diversão com amigos e particularmente os ambientes de música e dança são aspectos particularmente valorizados.

Assistimos a um revivalismo em tudo idêntico ao crescimento do consumo de alucinogénios nos anos 60, tendo-se reproduzido o sentimento preponderante dessa altura, onde os consumidores se viam enquanto uma única unidade funcional e os não consumidores como o grupo dos inadaptados.

Recuperando o cenário inicial, nessa altura não existiam barreiras com base na cor da pele, educação, religião, poder económico ou preferências sexuais. A única coisa importante relativamente às pessoas, era saber se estas já se haviam iniciado no mundo mágico e inebriante das noites intermináveis de dança sob o efeito de Ecstasy. A importância para a Europa do movimento “House Music”<sup>(2)</sup>, surgido nos inícios dos anos '80 em Chicago, em nítida alusão ao local do seu nascimento, a discoteca “House Club”, provocou o desenvolvimento de uma variante

deste tipo de música, denominado de *Acid-House* (maior inclusão de sons de sintetizadores de elevada frequência e maior variabilidade na sequência dos mesmos) que conjuntamente com o *Techno-House*, outra variante surgida já nos finais dos anos '80, mas com génese em Detroit, eram a base musical para organização de “*Rave-Partys*”<sup>(3)</sup> e por inerência dos consumidores de Ecstasy.

Nas primeiras “*Rave-Partys*” não havia nenhum padrão comportamental estabelecido, sendo permitido a cada um expressar-se livremente de acordo com os seus desejos. No entanto de uma forma imperceptível, os “*Ravers*” foram estipulando um código de conduta aceitável que os distinguia dos estranhos, independentemente das suas experiências enquanto consumidores (Redhead, 1989).

A evolução não parou, as “*Raves*” foram gradualmente perdendo algumas das suas características que as distinguiam de outras festas de música e dança, para assumirem uma postura mais global e generalista. O próprio termo “*Rave-Party*” acabou por cair em desuso, a par da queda do movimento *Acid-House*, o qual lhe havia dado origem.

Os contextos de música e dança tornaram-se multifacetados, mantendo a característica de serem locais frequentemente ligados ao consumo de “*Designer Drugs*”, pois tratam-se de espaços tipicamente recreativos, frequentados por cidadãos que na grande maioria dos casos têm uma vida estruturada e socialmente adaptada, que desejam consumir e divertir-se, livres de determinadas reservas culturais (Saunders, 1995).

## Apresentação e composições

O Ecstasy é apresentado usualmente sob a forma de comprimido com diferentes formas, cores e desenhos alusivos, regra geral ao nome pelo qual são conhecidos (ex. Golfinho: desenho em baixo relevo do mamífero do qual herda o nome), numa das faces e na outra uma linha de quebra para meias-doses. Estão actualmente identificados e descritos mais de 500 espécies diferentes de comprimidos. No entanto poderá encontrar-se em determinados locais, esporadicamente sob a forma de cápsula.

O consumo faz-se quase sempre por via oral, salvo raras excepções, nos casos de consumo endovenoso, aspiração nasal (*snifado*) ou administração anal, na forma de supositório.

A síntese de MDMA faz-se a partir da extracção dos seus precursores químicos presentes na noz-moscada, semente de salsa, funcho, cálcamo, açafraão, grão de baunilha e sassafrás.

Com base em amostras obtidas a partir dos locais habituais de venda, pode-se concluir que as variações de concentração de MDMA por comprimido são muito amplas, indo desde os 16mg até aos 150mg (Hayner & McKinney, 1986), pese embora noutro estudo laboratorial realizado por Schuckit (1994), também com base em amostras de rua de Ecstasy, este tenha constatado que apenas uma em cada quatro amostras, continha na sua composição MDMA.

É no entanto vulgar encontrar em grande parte dos comprimidos, substâncias análogas ao MDMA, como o MDA e o MDEA, outras como Anfetaminas, Ácidos Alucinógenos, doses massivas de Cafeína e Ketamina<sup>(4)</sup>, nas suas composições. Também não deixa de ser frequente encontrar-se comprimidos supostamente de Ecstasy e vendidos como tal, não tendo MDMA ou outras metanfetaminas nas suas composições, sendo na realidade comprimidos de Paracetamol ou Aspirina®. Não existe contudo um padrão nas composições dos comprimidos, conhecidos pela mesma designação, já que estas variam consideravelmente, em função da origem da sua proveniência e do momento da sua aquisição.

## Alguns dados sobre farmacocinética e farmacodinâmica

A absorção do MDMA efectua-se ao nível do estômago, sendo conduzido pela corrente sanguínea ao cérebro, onde desencadeia uma libertação massiva de Serotonina (5HT) e Dopamina. Estes neurotransmissores são responsáveis pela transmissão de informação inter-neural, desempenhando em particular, um papel relevante no estado de humor.

O MDMA é metabolizado essencialmente no fígado, principalmente em MDA. Os rins por seu turno eliminam estas substâncias e os restantes metabolitos para a urina. Em consequência desta evidência, consegue-se compreender o facto da urina do consumidor ser responsável pela eliminação de cerca de 2/3 da dose ingerida de MDMA, na sua forma inalterada e mais 7% sob a forma de MDA.

A semi-vida do MDMA é de cerca de 6 horas, significando isto que após este período 50% já foi eliminado da circulação

sanguínea. A restante metade mantém-se em circulação durante as horas seguintes. No entanto mesmo doses elevadas, ficam reduzidas a concentrações sanguíneas inferiores a 1mg de MDMA volvidas 48 horas. Provavelmente esta quantidade é insuficiente para tornar as análises ao sangue e, ou à urina fiáveis para despistagem de consumos.

## Considerações sobre os efeitos

O tipo de efeitos induzidos pelo Ecstasy podem ser divididos em três categorias: Orgânicos, Cognitivo-Comportamentais e Emocionais.

No plano orgânico o Ecstasy estimula a libertação de algumas substâncias neurobioquímicas, que conduzem ao aparecimento de hipertensão arterial, hipertonicidade muscular, taquicardia, labilidade térmica, nistagmo e anorexia. Pode inclusivamente caso estejam reunidos um conjunto de factores predisponentes, causar danos neurológicos, mesmo que estes sejam a longo prazo.

Em termos Cognitivo-Comportamentais, testes efectuados em consumidores sob o efeito de dosagens médias de MDMA (80 a 150mg) revelaram diminuição das capacidades cognitivas. Este facto pode ser devido à dificuldade que estas pessoas evidenciaram em se manterem atentas e concentradas nos testes, e por conseguinte tratar-se de um distúrbio da atenção e retenção sob o efeito da substância. Subjectivamente assiste-se a um incremento positivo do humor, aumento da resistência à fadiga física e mental, e elevação da auto-estima. Nos estudos de Solowij, Hall e Lee (1992), foi descrito pelos consumidores um estado de "humor positivo" em 94% das vezes aquando do consumo de Ecstasy.

Os neurotransmissores responsáveis por este conjunto de reacções, no quotidiano igualmente variam em função de diferentes situações de vida. Actualmente sabe-se a título de exemplo, que indivíduos apaixonados apresentam níveis mais elevados de Serotonina, como similarmente em situações em que é necessário lidar e suportar a dor, assistir-se-á libertação de maiores quantidades de Dopamina com vista à diminuição ou supressão da mesma.

No entanto estes neurotransmissores desempenham outras funções para além do humor, caso da regulação da temperatura. O Ecstasy (como as anfetaminas em geral) conduz a um sobreaquecimento, explicado pelo aumento do meta-

bolismo basal e desregulação do centro de controle térmico, com supressão do desconforto habitualmente associado, sendo esta uma característica potencialmente perigosa. Acrescente-se que existem evidências que demonstram que o MDMA parece ter alguns pontos de contacto com o efeito da morfina, mesmo não sendo um opiáceo (Bird & Kornetsky, 1986).

Por outro lado em termos emocionais, com base em estudos efectuados e experiência clínica angariada, fruto do seu emprego terapêutico, evidenciaram um incremento positivo do humor, regressão do medo e aumento do autocontrole, em virtude do aumento da capacidade crítica e desenvolvimento de *insight*, com favorecimento dos mecanismos de *Coping*. É com base nestas evidências que é feita a argumentação dos mais acérrimos defensores da utilização do MDMA no plano terapêutico.

A dor e o desconforto são reduzidos, sendo estes efeitos particularmente perigosos por interromperem os mecanismos normais de *feedback*, através dos quais nos protegemos.

Observa-se igualmente um estado de inquietação, baixa da concentração, hipersensibilidade sensorial, hiperactividade psíquica e física, ansiedade *versus* tranquilidade, por vezes alucinações visuais, quadros paranoides e pânico.

Os efeitos no plano emocional são regra geral evidentes, não que a substância imponha um determinado estado emocional ou que conduza directamente a uma sensação de bem-estar e prazer, mas o que realmente acontece é uma dissolução do medo e da angústia, conduzindo a uma alteração comportamental pela baixa das defesas. Os consumidores sentem-se simultaneamente relaxados e igualmente estimulados e motivados. Este estado cria um conjunto de factores predisponentes para a prática de actividades lúdicas e de prazer, no entanto de uma forma indulgente e inconsequente.

Em contexto grupal, este estado resulta em empatia e abertura à forma de ser, pensar e estar dos outros. Combinado com música e dança, todo este cenário induz a uma experiência de celebração grupal.

Por outro lado em contexto terapêutico, o mesmo estado pode proporcionar competências na integração psicológica de acontecimentos de vida e relações estabelecidas, através da emersão de memórias recalçadas, possibilitando a reconstrução das significações, muito em particular nas situações de *"Perturbação de Stress Pós-Traumático"* e

doentes em situação terminal, onde o objectivo é o favorecimento de estratégias como lidar e aliviar o *stress* emocional (Greer & Goldberg, 1986).

Em certa medida o estado induzido pelo Ecstasy poderá ser comparado aos fenómenos psicológicos e emocionais decorrentes de uma oração, meditação ou outra qualquer experiência de índole espiritual (Krystal, Price, Opsahl, Ricaurte & Heninger, 1992).

Uma das características específicas das substâncias como o MDMA e análogas, é estas estimularem simultaneamente a libertação de Serotonina e Dopamina. O MDMA representa em termos de efeitos psicoactivos um patamar intermédio entre os clássicos alucinogénios, marcadamente estimuladores serotoninérgicos, caso do LSD e da Mescalina, e as Anfetaminas predominantemente dopaminérgicas. É esta dupla característica que sustenta a teoria de que as Feniletilaminas deveriam ser enquadradas numa categoria própria e que alguns autores já propuseram denominar de *"Entactogénicas"* ou *"Empatogénicas"* (Nichols, 1986).

Provavelmente este é mais um dos motivos pelo qual este grupo de substâncias, angariou tão rapidamente um grande sucesso, como uma profícua difusão. No entanto "como não há bela sem senão!...", é exactamente devido a este facto que o MDMA encerra hipoteticamente potencial em termos de neurotoxicidade (Rudnick & Wall, 1992).

## Breves noções sobre neurobioquímica

Em termos de neurotransmissão, a Serotonina (*5-hydroxytryptamina*; *5-HT*) e a Dopamina são os neurotransmissores (*monoaminas*) mais afectados quer farmacologicamente, quer toxicologicamente, pela acção do MDMA.

A Serotonina é sintetizada a partir do aminoácido Triptófano, sendo esta síntese mediada pela enzima TPH (*triptófano hydroxylase*). Após sintetizada é armazenada em vesículas pré-sinápticas. A acção da Serotonina é limitada no tempo e no espaço através de um processo denominado *recaptação*. Quando degradada, o seu metabolito é o ácido *5-hydroxyindoleacético* (5-HIAA).

Encontra-se presente no cérebro, mais significativamente no hipotálamo, gânglios da base, hipocampo, amígdala e espinal medula, revela estreita relação com o sistema límbico evidenciando a influência que desempenha no plano emocional.



O seu papel é complexo sendo da interacção com outros neurotransmissores que resulta o conjunto das suas influências, podendo no entanto afirmar-se que desempenha um papel relevante na neuromodulação de funções fisiológicas e comportamentais, que vão desde a regulação do sono, o humor, nível de ansiedade, gestão da dor, determinação dos níveis de agressividade, processos de memorização, regulação do apetite, função cardiovascular, mediação do comportamento sexual, e termoregulação.

Da mesma forma, a Dopamina encontra-se estreitamente relacionada quer com os efeitos do consumo, como também com a sua etiologia, já que desempenha um papel relevante nos processos de adição, estando simultaneamente e intimamente ligada com o equilíbrio serotoninérgico. O consumo de Ecstasy conduz a uma estimulação no processo de síntese de Dopamina, provocando uma hipersecreção que por sua vez se sobrepõe ao processo de recaptção e degradação enzimática desta monoamina.

Esta molécula biogénica convém no entanto manter-se dentro de determinados limites. Baixas concentrações de Dopamina poderão fazer desencadear tremores e paralisias Parkinsónicas, enquanto em excesso poderá desencadear quadros alucinatórios e psicoses.

A Dopamina é precursora da síntese da Adrenalina e Noradrenalina (*catecolaminas*) e intermediária na síntese da Tirosina, encontrando-se disseminada por todo Sistema Nervoso Central, nas *células dopaminérgicas*, em particular dos *Gânglios da Base* (Kaplan & Sadock, 1993).

## Toxicidade & Polémica

Convirá, pois, objectivar aquilo que se entende por toxicidade, já que frequentemente se vê referenciado com imprecisão e alguma confusão conceptual esta problemática, quando abordado os riscos subjacentes ao consumo de Ecstasy.

Toxicidade é uma propriedade própria, particular e específica de uma determinada substância, na capacidade de perturbar o fisiológico funcionamento do organismo, de tal forma que comprometa parcial ou totalmente, a realização de um conjunto de tarefas celulares, de produção, manutenção, degradação ou eliminação.

A EPA (*Environment Protection Agency*) considera os efeitos das substâncias como tóxicas ou adversas, quando há uma

deterioração funcional ou dano patológico que afecta o funcionamento de todo o organismo ou reduz a capacidade deste mesmo organismo em reagir a riscos adicionais.

No entanto é importante distinguir claramente dois tipos de toxicidade completamente diferenciados. Por um lado a toxicidade aguda, que resulta dos efeitos imediatos gerados pelo consumo e que têm um carácter súbito. Podendo caracterizar-se este tipo de toxicidade pelos seguintes critérios (Lebeau,1999):

- Extremamente rara;
- Súbita e na maioria dos casos sem sinais de alerta;
- Extremamente perigosa e potencialmente letal;
- Não dependente da quantidade do consumo;
- Pode ocorrer após um único consumo ou após múltiplos consumos inócuos;
- Sem a possibilidade de determinar-se com precisão, previamente ao consumo, os consumidores que possam apresentar risco acrescido;

*O Síndrome Maligno dos Neurolépticos, o Síndrome Serotoninérgico, a Hipertermia Maligna e o Golpe de Calor*, mesmo correspondendo a diferentes mecanismos, todos eles se incluem sob a mesma entidade nosológica, o *Síndrome de Stress Térmico* (Ames & Wirshing, 1993). No entanto existem algumas evidências, entre elas que esta toxicidade é favorecida pelo policonsumo em particular de Álcool, Anfetaminas, Cocaína e LSD.

A segunda questão pertinente, respeitante à bidimensionalidade do fenómeno toxicidade, coloca-se de forma díspar no que respeita à neurotoxicidade, sendo esta marcadamente antagónica à toxicidade aguda (Lebeau,1999):

- A sua magnitude resulta em função directa das dosagens, tempo e frequência de consumo (padrão de consumo);
  - É um processo de toxicidade à distância;
  - Manifesta-se particularmente por disfunções cognitivas (memória e concentração) e emocionais (labilidade humoral).
- Convirá porém ressaltar nesta análise, o carácter errático e variável dos produtos vendidos e consumidos sob o termo genérico de Ecstasy.

Por outro lado qualquer afirmação sensacionalista ou diabolizante construída em torno do consumo de Ecstasy, não leva em linha de conta uma atitude cautelosa em face dos resultados de investigação até à data conhecidos. À luz do conhecimento actual, não é possível afirmar-se sem

margem de dúvida, a real e total magnitude das repercussões neurobiológicas implicadas neste tipo de consumos. Os mais pessimistas relativamente às implicações serotoninérgicas a longo-prazo no consumo de Ecstasy, sustentam a sua perspectiva estabelecendo como referencial de extrapolação o MPTP (*metilfeniltetrahidropiridina*), um tipo de substância usada em 400 pessoas durante os anos 80, na Califórnia, que veio a demonstrar-se extremamente tóxica para os neurónios dopaminérgicos, a ponto de ter provocado um *Síndrome Parkinsónico* em 7 casos. No entanto outros 4 casos que não evidenciavam sinais clínicos através de Tomografia de Emissão de Positrões (PET-*Positron Emission Tomography*), apresentavam um acentuado *déficit* de Serotonina (Hayner & Mckinney, 1986). Os estudos publicados em 1973 por Hardman *et al.* revelaram que a *LD50* (dose letal para 50% dos animais utilizados na investigação), variava entre 14mg/Kg e os 98mg/Kg consoante a espécie em causa e a via de administração utilizada. Como dado comparativo neste mesmo estudo, o MDMA revelou ser nas mesmas condições, entre 2 a 6 vezes mais tóxico que a Mescalina (alucinogénio). Havendo já uma substancial quantidade de dados, estes apresentam-se como inconclusivos e frequentemente revelam-se conflituosos, mantendo o mecanismo da neurotoxicidade envolto num manto de dúvida e incerteza, pese embora seja possível encontrar com relativa facilidade na bibliografia, autores acérrimos defensores de posições polarizadas e antagónicas.

## Risco de morte *versus* consumo de ecstasy

Uma das mais repetidas e difundidas afirmações veiculadas a propósito do consumo de Ecstasy, prende-se com o risco de mortalidade. É frequente encontrar-se nos media, referências empoladas a estes casos, deixando passar uma mensagem que a frequência destes, como a probabilidade para a sua ocorrência é elevada. Estes conteúdos vêem-se igualmente difundidos em algumas campanhas e acções com pretensão intuitivo preventivo, explorando e exacerbando esta questão. Já para não mencionar o efeito perverso que campanhas do tipo alarmista e geradoras de medo desencadeiam, a imprecisão dos seus conteúdos e a impossibilidade de confirmá-los epidemiologicamente.

Interessa pois analisar criteriosamente a frequência de ocorrência destes casos, bem como os seus contornos. Assim com vista a salvaguardar rigor metodológico nesta questão, utilizar-se-á como instrumento comparativo uma escala de probabilidade de ocorrência de situações letais, comparando os dados obtidos, face a outros comportamentos de risco, em particular consumo de outras substâncias psicoactivas para melhor avaliação da perigosidade do comportamento.

Para este facto podemos-nos socorrer da Classificação Oficial Britânica para a Probabilidade de Risco Morte. Trata-se de uma escala, que caracteriza a probabilidade de morte de um cidadão por ano, em função da exposição a diferentes riscos, tendo por base frequências de ocorrência estatística, proporcionalmente a um determinado universo estatístico.

Assim temos:

1/1000 < MODERADO < 1/100

(ex.: fumar 10 cigarros por dia, praticar pára-quedismo)

1/10 000 < BAIXO < 1/1000

(ex.: Vírus *Influenza*, acidente de viação)

1/100 000 < MUITO BAIXO < 1/10 000

(ex.: Leucemia, acidente de trabalho, Homicídio)

1/1 000 000 < MÍNIMO < 1/100 000

(ex.: acidente ferroviário, montar a cavalo)

DESPREZÍVEL < 1/1 000 000

(ex.: ser atingido por um raio de trovoadas)

Obviamente a determinação do risco de morte inerente ao consumo de Ecstasy, impõem correlacionar o universo de consumidores, mais especificamente o número total de consumos, com o número de óbitos anuais relacionados com o consumo de Ecstasy.

Pese embora todas as críticas que possam ser feitas no plano da investigação, em particular na caracterização e correlação de variáveis, para estabelecimento de uma linha de pensamento coerente e lógica, serão utilizados dados estatísticos relativos ao Reino Unido, devido a tratar-se do país de origem da classificação apresentada, para o estabelecimento de risco de morte, face ao consumo de Ecstasy.

Acrescente-se ainda que durante a produção do presente artigo foi efectuado contacto com o Instituto de Medicina Legal do Porto, na pessoa do Prof. Dr. Pinto da Costa, tendo este informado, que até ao final de 1999, não havia registos de óbitos relacionados com o consumo de MDMA ou outras metanfetaminas, na área de influência deste serviço. No Reino Unido entre os anos de 1991 e 1996, foram registados anualmente em média, como motivo de óbito, 7 mortes devidas à ingestão de Ecstasy.

Se assumirmos como número de consumidores 1 milhão, de acordo com a estimativa calculada por técnicos britânicos da área redução de riscos (LIFELINE), com elevada experiência de intervenção em contextos de consumo, obtemos uma relação de:

1/143 000 ^ ^ ^ ^ ^ RISCO MÍNIMO

Se assumirmos 80 000 consumidores com base nos dados oficiais do BRITISH CRIME SURVEY, obtêm-se:

1/11 430 ^ ^ ^ ^ ^ RISCO MUITO BAIXO

Constata-se então que os cenários mais enfáticos e fatalistas não se confirmam. Estes apenas contribuem para a construção entre os consumidores de uma imagem de descrédito, em face da discrepância entre as suas experiências (e dados estatísticos) e o cenário difundido. Em consequência deste tipo de abordagens, estas populações tendem a desvalorizar outras informações adicionais, porventura relevantes, com os respectivos efeitos perniciosos em termos de resultado e impacto, nas intervenções preventivas.

Em consonância com esta realidade, estão igualmente outros dados estatísticos que põem em comparação o número de mortes devido a diferentes tipos de consumos de substâncias aditivas, onde o consumo de Ecstasy aparece como aquele que nitidamente apresenta a menor taxa de mortalidade:

### Taxa de mortalidade entre consumidores de substâncias aditivas

Consumidores de Opiáceos: ^ ^ ^ ^ ^ entre 1,5% e 3%

Consumidores de Tabaco: ^ ^ ^ ^ ^ 0,9%

Consumidores de Álcool: ^ ^ ^ ^ ^ 0,5%

Consumidores de Ecstasy: ^ ^ ^ ^ ^ 0,0002%

*Institute for the Study of Drug Dependence (ISDD)-England*

### Investigação em seres humanos

Pese embora os estudos realizados não possam ser tidos como conclusivos, já existe um conjunto de dados que parecem indicar a ocorrência de potenciais complicações. Contudo estes trabalhos não são consensuais, tendo inclusivamente suscitado uma onda de polémica na comunidade científica, em virtude de serem por vezes contraditórios e alvo de críticas metodológicas, particularmente no isolamento de variáveis e correlação causal das mesmas, para além de algumas destas investigações serem financiadas por determinados *lobbys* económicos. *Lobbys* estes com particulares interesses comerciais no âmbito do consumo de álcool (Saunders, 1997), tendo como objectivo último enfatizar os hipotéticos efeitos nefastos do Ecstasy, com vista a reforçar uma imagem catastrofista em torno do mesmo e consequentemente regressar-se aos velhos costumes (se é que alguma vez se perderam?... ) no elevado consumo de álcool em contexto social e recreativo.

Peroutka *et al.* (1987), estudam a presença de 5-HIAA no líquido cefaloraquidiano de 5 consumidores de MDMA, não tendo sido possível encontrar alterações significativas comparativamente aos valores de referência. No entanto o estudo foi repetido com uma amostra alargada a 30 consumidores, com inclusão de grupo de controlo, tendo-se observado uma redução média de 32%, comparativamente ao grupo de controlo.

Krystal *et al.* (1992), na investigação que levaram a cabo não conseguiram estabelecer qualquer correlação entre o consumo de MDMA e alterações de humor depressivo, perturbação afectiva ou diminuição de memória.

Noutro estudo levado a cabo por Allen *et al.* (1993), estes identificaram diminuição da fase II do sono em consumidores.

McCann *et al.* (1993) observaram as seguintes alterações comportamentais em consumidores:

- Mais comportamentos de diminuição de riscos;
- Menor hostilidade;
- Menor impulsividade.

Não foram observadas alterações em termos da sensibilidade dolorosa, como resistência à dor.

A observação *pós-mortem* de 12 consumidores crónicos de MDMA, revelou que 3 marcadores (*Dopamina, Tirosina Hidroxilase e proteína transportadora da Dopamina*) das

terminações nervosas dopaminérgicas encontravam-se reduzidas. Contudo outros 2 marcadores (*Dopa decarboxilase* e *proteína transportadora vesicular*) mantiveram-se dentro dos valores normais. Como estes 2 últimos marcadores são aqueles que estão diminuídos aquando da existência da doença de Parkinson, os autores decidiram concluir que as doses ingeridas não haviam provocado danos permanentes (Aerts, 1997).

Um estudo publicado em 1992 (Krystal, Price, Opsahl, Ricaurte & Heninger), apresentava um quadro com percentagens, discriminando efeitos subjectivos, gerados pelo consumo de Ecstasy, que se prolongaram por mais de 1 semana. Estes efeitos tiveram que ser observados independentemente, por pelo menos 2 investigadores. Os resultados obtidos foram os seguintes:

- Incremento nas competências sociais e interpessoais -----50%
- Alteração na orientação e prática religiosa-----46%
- Alteração dos valores e prioridades de vida -----45%
- Melhoria no desempenho ocupacional -----40%
- Aumento na capacidade de relacionamento e abertura face aos outros-----35%
- Diminuição das defesas -----30%
- Alterações da auto-imagem -----30%
- Diminuição do desejo de consumo de álcool -----25%
- Diminuição do medo -----20%

## Considerações finais

O Ecstasy, originalmente MDMA, compreende de um vasto leque de substâncias psicoactivas sob esta denominação, que em termos de efeitos se encontra a meio caminho entre as substâncias com um pendor psico-estimulante e as substâncias puramente psicadélicas. Esteve durante

muito tempo associado às *Rave-Partys* e consumido em contexto recreativo, estando este padrão de consumo a diversificar-se. Tendo em conta a informação actualmente disponível, não será prudente e adequado, reacções exacerbadas em torno da substância.

Contudo o MDMA não é inócuo, pese embora os estudos investigacionais até agora realizados mantenham uma certa margem de dúvida. Pode-lhes ser efectuadas críticas no plano metodológico e dedutivo, já que frequentemente não foram capazes de demonstrar para além da dúvida, se as alterações observadas eram resultado em linha directa do consumo de Ecstasy. Igualmente não clarificam se as alterações registadas são consequência ou factor causal do consumo. Fica ainda no ar a dúvida quanto à irreversibilidade das alterações apontadas, se estas desaparecerão ao longo do tempo com a suspensão do consumo, se têm carácter permanente, e em caso afirmativo a partir de quando assumem esse carácter irreversível, ou ainda no caso de dano se as compensações orgânicas desenvolvidas são por si só realmente eficazes em atenuar ou anular consideravelmente essa sequela.

Não pode ser branqueado a existência de uma especificidade de características relativas aos contextos e consumidores de Ecstasy, que ultrapassam em muito os velhos cenários de dependência, deixando no ar a interrogação: “Haverá recursos adaptados, atractivos, não estereotipados, direccionados e preparados para intervir, em face dos problemas levantados por este novo padrão de consumo?” Muito provavelmente não é aqui que pode residir uma das questões mais pertinentes, a dificuldade actualmente existente em avaliar e mensurar a real dimensão deste fenómeno. De qualquer forma não estaremos longe, se dissermos que estamos perante uma metamorfose dos padrões de consumo, que acompanham e são reflexo das profundas mudanças sociais que ocorreram nos últimos 30 anos, fruto da grande produção científica e evolução tecnológica que entretanto ocorreu.

Talvez seja importante depositar alguma atenção sob a forma e conteúdos utilizados nos discursos acerca da temática, sob pena das mensagens difundidas, particularmente aquelas que pretendem ter um intuito preventivo, puderem elas próprias, serem mais nefastas que os riscos implicados no consumo de Ecstasy, ao alinharem pela lógica anacrónica do “*Say no to Drugs*”. Aos olhos dos consumidores estas

mensagens ao serem paradoxais face às suas experiências de consumo, desacreditam toda e qualquer intervenção posterior, contribuindo decididamente para a descredibilização da própria ciência e por inerência dos técnicos.

Se por um lado é importante estar atento às evoluções do fenómeno, por outro, toda e qualquer tentativa de dramatizá-lo, afastar-nos-á da realidade (tal como ela nos é dada a ver), não contribuindo de forma exequível para a *praxis*. Convirá então perceber toda a envolvimento etnográfica associada a este tipo específico de consumo, que em muito ultrapassa as questões próprias levantadas pelas intervenções dirigidas a heroinómanos. Existe pois a necessidade de aplicar novas metodologias, baseadas em modelos e referenciais teóricos de cariz preventivo. Grande parte destes consumidores limitam no tempo o consumo destas substâncias, tratando-se de uma reconstrução de fenómenos intimamente ligados aos processos desenvolvimentais, sobejamente conhecidos.

O amanhã de ontem é hoje, o "Choque do Futuro" já chegou... ■

Luis Miguel da Silva Viana  
(CIAC-Norte)

Boleiro do Pompidou Group, Edimburgo (Escócia), para o estudo das Designer Drugs.

E-mail: epifenomeno@hotmail.com

## Notas

(1) Siglas de substâncias psicoactivas, na maioria dos casos com raiz química anfetamínica, incluídas na designação de "Designer Drugs", frequentemente presentes em comprimidos, nas mais diversas dosagens, vendidos actualmente sob o abrangente epíteto de Ecstasy.

(2) Género musical com intuito de dança, resultado da confluência dos *Rhytman 'n' Blues*, *Funky*, *Disco-Sound*, com inclusão de *Scratches*, efeito sonoro provocado pelo arranhar da agulha num disco de vinil e *Samples*, parcelas de outros temas musicais repetidos ciclicamente, acompanhados por uma cadência de sons sequenciais, graves de percussão, gerados por caixas rítmicas, com diversas variações e quebras súbitas de ritmo, denominadas de *Breaks*.

(3) Expressão empregue para caracterizar festas de música e dança, surgidas nos finais dos anos '80, no Reino Unido e Ilhas Baleares, dando forma ao movimento *Acid-House*. Realizavam-se inicialmente em armazéns abandonados, com duração indeterminada, mas frequentemente com duração superior a 24 horas e vulgarmente interrompidas pela intervenção da polícia. O consumo de *Designer Drugs* era generalizado, as únicas bebidas disponíveis eram água e mais tarde *Smart-Drinks*, em função da ideia estabelecida da impossibilidade e perigosidade do consumo de álcool simultaneamente com Ecstasy. Actualmente termo genérico, associado a eventos de música Techno, com propósitos de dança, muito heterogéneos e difundidos, mantendo o espírito de celebração colectiva. Expressão e contexto actualmente a cair em desuso.

(4) Ketamina Hidroclorídico: Anestésico dissociativo, utilizado frequente-

mente por veterinários em cirurgia. Conhecida na rua por "Vitamina K" ou "Especial K". Causa alucinações e distorções sensoriais, várias vezes descritas como uma experiência de pré-morte. Substância particularmente perigosa devido a ter uma janela terapêutica muito apertada, podendo causar subitamente paragem cárdio-respiratória (Jansen, 1993).

## Referências Bibliográficas

Allen, R., McCann, U., & Ricaurte, G. A. (1993). "Persistent effects of MDMA on Human Sleep". *Sleep* 16: 560-564.

Ames, D. & Wirshing, W.C. (1993). "Ecstasy, the Serotonin Syndrome and the Neuroleptic Malignant Syndrome; a Possible Link". *Journal American Medical Association* 269: 869.

Aerts, L. (1997). "Toxicity", in: *Ecstasy Reconsider* 91-110. (Eds. N. Saunders).

Barnes, D.M. (1988). "Ecstasy Returns to Schedule I". *Science* 240 (4848).

Beck, J. *et al.* (1986). "Designer Drug Confusion: A Focus on MDMA". *Journal of Drug Education* 16: 276-282.

Beck, J. (1986). "MDMA: The Popularisation and Resultant Implications of a Recently Controlled Psychoactive Substance", *Contemporary Drug Problems*, 23-61.

Biniecki, S. & Krajewski, E. (1960). "Preparation of DL -1 - (3,4-Methylenedioxy) - 2 - (methylamino)propane and DL - 1 - (3,4 - dimethoxyphenyl) - 2 - (methylamino)propane. *Acta Polon. Pharmacology* 17: 421-425.

Bird, M. & Kornetsky, C. (1986). "Naloxone Antagonism of the Effects of MDMA 'Ecstasy' on Rewarding Brain Stimulations". *The Pharmacologist* 28: 149.

Climko, R.P., Roehrich, H., Sweeney, D.R. & Al-Razi, J. (1986). "Ecstasy: A Review of MDMA and MDA". *International Journal of Psychiatry in Medicine* 16(4): 359-372.

Hardman, H. F., Haavik, C. O. & Seevers, M. H. (1973). "Relationships of the Structure of Mescaline and Seven Analogues to Toxicity and Behaviour in Five Species of Laboratory Animals". *Toxicology and Applied Pharmacology* 25: 299-309.

Hayner, G.N. & McKinney, H. (1986). "MDMA The Dark Side of Ecstasy". *Journal of Psychoactive Drugs* 18: 341-347.

Jansen, K. L. R. (1993). "Non-medical Use of Ketamine". *British Medical Journal* 298: 708-709.

Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1993). *Compêndio de Psiquiatria-Ciências Comportamentais, Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Krystal, J.H., Price, L.H., Opsahl, C., Ricaurte, G.A. & Heninger, G.R. (1992). "Chronic 3,4- Methylenedioxyamphetamine (MDMA) Use: Effects on Mood and Neuropsychological Function?" *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 18: 331-341.

Lawn, J.C. (1985). "Schedules of Controlled Substances; Temporary Placement of 3,4 - Methylenedioxyamphetamine (MDMA) into schedule I". *Federal Register* 50: 23118-23120.

Lebeau, B. (1999). "Neurotoxicité de L'Ecstasy", *La Science, La Prevention et Les Jeunes*. *THS-La Revue* 2.

McCann, U.D. & Ricaurte, G.A. (1993). "Strategies for Detecting Subclinical Monoamine Depletions in Humans". *NIDA Research Monograph* 136: 53-60, (discussion 60-62).

McCann, U.D. & Ricaurte, G.A. (1993). "Reinforcing Subjective Effects of (+/-)3,4-Methylenedioxyamphetamine (Ecstasy) may be Separable from its Neurotoxic Actions: Clinical Evidence". *Journal of Clinical Psychopharmacology* 13: 214-217.

- Nichols, D.E. (1986). "Differences Between the Mechanisms of Action of MDMA, MBDB and the Classical Hallucinogens. Identification of a New Therapeutic Class: Entactogens". *Journal of Psychoactive Drugs* 8: 305-313.
- Peroutka, S.J., Pascoe, N. & Faull, K.F. (1987). "Monoamine Metabolites in the Cerebrospinal Fluid of Recreational Users of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, Ecstasy)". *Res. Commun. Subst. Abuse* 8: 125-138.
- Redhead, S. (1989). *Rave Off Politics and Deviance in Contemporary Youth Culture*.
- Rudnick, G. & Wall, S.C. (1992). "The Molecular Mechanism of 'Ecstasy' [3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA)]: Serotonin Transporters are Targets for MDMA-Induced Serotonin Release". *Proc. Natl. Acad. Sciences USA*, 89, 1817-1821.
- Saunders, N. E. (1995). *Ecstasy and the Dance Culture*.
- Saunders, N. E. (1997). *Ecstasy Reconsidered*.
- Schmidt, C. J. (1989). "Acute and Long-term Neurochemical Effects of Methylenedioxymethamphetamine in the Rat", in: *Ecstasy: The Clinical, Pharmacological and Neurotoxicological Effects of the Drug MDMA*. 179-195. (Ed. S.J. Peroutka), Massachusetts: Kluwer Academic Publishers.
- Schuckit, M. A (1994). MDMA (Ecstasy): "An Old Drug With New Tricks". *Drug Abuse and Alcoholism Newsletter* 23.
- Shulgin, A.T. & Nichols, D.E. (1978). "Characterisation of Three New Psychotomimetics. The Psychopharmacology of Hallucinogens", New York: Pergamon Press. Eds. R.C. Stillman and R.E. Willette.
- Solowij, Hall & Lee (1992) "Recreational MDMA Use in Sydney: a Profile of 'Ecstasy' Users and their Experiences with Drugs". *British Journal of Addiction* 87: 1161-1172.
- Viana, L. M. (1999). *Edinburgh Fellowship Report*. Pompidou Group, Strasbourg.
- Schuckit, M.A. (1994). MDMA (Ecstasy): An Old Drug with New Tricks, *Drug Abuse & Alcoholism Newsletter* 23, 2.
- McCann, U.D. & Ricaurte, G.A. (1991). Lasting Neuropsychiatric Sequelae of (+/-) Methylenedioxymethamphetamine (Ecstasy) in Recreational Users. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 11, 302-305.
- McCann, U. D., Shiyoko, O. S. & G. S. by Dr. Karl Jansen Ricaurte (1996). Adverse Reactions with 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA; Ecstasy) *Drug Safety* 19, Agosto 15 (2), 107-115.
- McGuire, P. , Cope, H. & Fahy, T.(1994). Diversity of Psychopathology Associated with the Use of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (Ecstasy). *British Journal of Psychiatry* 165, 391-395.
- McGuire, P. & Fahy, T. (1991). Chronic Paranoid Psychosis after Misuse of MDMA (Ecstasy). *British Medical Journal* 302, 697.
- McGuire, P. & Fahy, T. (1992). Flashbacks Following MDMA. *British Journal of Psychiatry* 160, 276.
- Peroutka, S.J., Newman, H. & Harris, H. (1988). Subjective Effects of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine in Recreational Users. *Neuropsychopharmacology* 1, 273-277.
- Peroutka, S. J. (1990). Recreational Use of MDMA, in: Ecstasy: the Clinical, Pharmacological and Neurotoxicological Effects of the Drug MDMA. (Ed. S.J. Peroutka), *Kluwer Academic Publishers*, Massachusetts, 53-63.
- Price, L.H., Ricaurte, G.A., Krystal, J.H. & Heninger, G.R. (1989). Neuroendocrine and Mood Response to Intravenous L-Tryptophan in 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA) Users. *Archives of General Psychiatry* 46: 20-22.
- Ricaurte, G.A., De Lanney, L.E., Irwin, I., et al. (1988). Toxic Effects of MDMA on Central Serotonergic Neurons in the Primate: Importance of Route and frequency of drug Administration. *Brain Research* 446, 165-168.
- Shulgin, A.T. (1990). How Similar is Substantially Similar? *Journal of Forensic Sciences*, 35, 8-10.

## Bibliografia Consultada

- Anderson III, G.M., Braun U., Nichols, D.E. & Shulgin, A.T. (1978). Absolute Configuration and Psychotomimetic Activity. *NIDA Research Monography* 22, 8-15.
- Cohen, R.S. (1995). Subjective Reports on the Effects of the MDMA (Ecstasy) Experience in Humans. *Prog. Psychopharmacol. Biol. Psychiat.* 19, 1137-1145.
- Gibb, J.W. Hanson, G.R. & Johnson, M. (1986). Effects of (+)-3,4-Methylenedioxymetamphetamine [(+) MDMA] and (-)-3,4-Methylenedioxymetamphetamine [(-) MDMA] on Brain Dopamine, Serotonin and their Biosynthetic Enzymes. *Society of Neurosciences, Abstracts*, 12, 169.2.
- Glanzroch, P. (1994). Ecstasy a Dose of Generation X, *Psychology Today*, Maio/Junho, 16-17.
- Greer, G. & Tolbert, R. (1990). The Therapeutic Use of MDMA, in: Ecstasy: the Clinical, Pharmacological and Neurotoxicological Effects of the Drug MDMA. (Eds. S.J. Peroutka), 21-37.
- Greer, G. & Tolbert, R. (1986). Subjective Reports of the Effects of MDMA in a Clinical Setting. *Journal of Psychoactive Drugs* 18, 319-327.
- Grinspoon, L. & Bakalar, J. B. (1981). *Psychadelic Drugs Reconsidered*. Basic Books, New York.
- Jansen, K.L.R. (1997). Adverse Psychological Effects Associated with the Use of Ecstasy (MDMA) and their Treatment, in: Ecstasy Reconsidered (Eds. N. Saunders), 112-128.
- Liester, M.B., Grob, C. S., Bravo, G. L. & Walsh, R. N. (1992). Phenomenology and Sequelae of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine use. *Journal of Nervous and Mental Disease* 180/6, 345-352.
- Shulgin, A. & Shulgin, A. (1992). *PIHKAL: A Chemical Love Story*. Transform Press, Berkeley, California.
- U. S. Department of Health and Human Services (1989). Document Number 285071270, Setembro.
- World Health Organisation (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. *World Health Organisation*, Switzerland, 70-83.