

JUVENTUDE, FAMÍLIA E O USO ABUSIVO DE DROGAS

Frederico Garcia

Professor do Departamento de Saúde Mental da UFMG. Doutor em Medicina Celular e Molecular pela Universidade de Rouen, França. Laureado com o Prêmio de Pesquisa da World Federation of Societies of Biological Psychiatry.

Introdução

Nenhum outro grupo etário é mais afetado pelo transtorno do uso abusivo de álcool e drogas do que os jovens. Não apenas porque o uso abusivo de drogas pode produzir danos, no sistema nervoso de um jovem, mas porque a presença de um familiar acometido por um transtorno pelo uso de drogas na família pode ser uma fonte significativa de sofrimento e dificuldades.

Apesar de alguns autores advogarem que o uso de drogas na juventude seja importante para o desenvolvimento psicossocial dos jovens, vários estudos apontam que este uso pode trazer consequências negativas sobre a cognição, as relações sociais e prejudicar o desenvolvimento de habilidades e capacidades. Mesmo que, o comportamento do uso de drogas pode seja mais frequente e intenso na adolescência, ele pode se extinguir com o tempo, como outros comportamentos da adolescência. Contudo, para pessoas com certas vulnerabilidades psíquicas, genéticas, ou sociais, o uso de drogas não se extinguirá e isso poderá resultar em danos. Além dos danos diretos, o estado de embriaguez também pode aumentar a ocorrência de comportamentos de risco, como o sexo desprotegido, a heteroagressividade, a violência doméstica, a direção perigosa de veículos e o suicídio.

Do ponto de vista de saúde pública e social, a teoria do capital mental (Ho 2012)¹, entendido como o grau de domínio das habilidades psicológicas necessárias para a vida, destaca a importância de se reduzir a exposição de grupos vulneráveis a fatores que possam prejudicar seu desenvolvimento mental. Os transtornos por uso de drogas, os traumas infantis e a violência são fatores de grande significância para a perda capital mental, sobretudo em jovens.

Data a complexidade e a extensão da literatura sobre este tema não temos a intenção e exaurir o tema neste texto. Neste artigo iremos abordar o uso de drogas psicoativas, por jovens pelos vieses da juventude e da família. Estes dois pontos nos parecem relevantes para a compreensão e orientação dos leitores sobre como refletir e abordar o uso da droga com jovens.

1 Capital mental compreende a capacidade cognitiva, sua flexibilidade e eficiência na aprendizagem e sua “inteligência emocional”, como suas habilidades sociais e resiliência frente ao estresse. Em vários países o conceito de capital mental foi integrado às políticas de saúde e sociais.

Definições importantes

Para iniciar a discussão deste tema, nos parece razoável apresentar algumas definições e comparar alguns conceitos relacionados a este tema, conforme sumarizado na Figura 1.

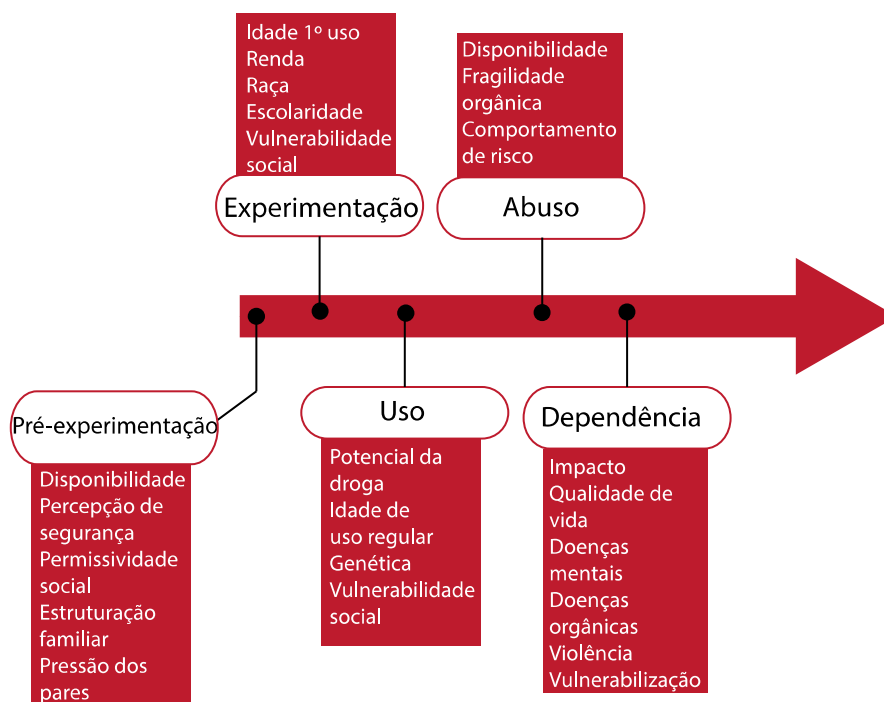
A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como droga qualquer substância não produzida pelo organismo que tenha propriedades de atuar sobre um ou mais de seus sistemas e que cause alterações em seu funcionamento. As drogas psicoativas agem no sistema nervoso e produzem alterações na cognição, nas emoções e nos comportamentos. Além da ação das drogas psicoativas no sistema nervoso, elas também podem agir em outros órgãos ou sistemas. Um exemplo é o álcool que além de agir no cérebro também atua no fígado, coração e vasos sanguíneos induzindo a produção de enzimas e, muitas vezes, produzindo danos.

A legislação brasileira conceitua como “droga” *“as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim como especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União”* e agrupa as drogas psicoativas em proibidas ou ilícitas, e as lícitas que são então subdivididas em de uso restrito (ex. Álcool e tabaco) e de uso controlado (ex. medicações psicotrópicas)(BRASIL 2006).

Por experimentação se entende o primeiro uso de uma droga. Por uso regular de uma droga se entende o uso em pelo menos duas ocasiões no último ano. Por transtorno pelo uso de substâncias se entende o uso abusivo e a dependência química. A OMS define como uso abusivo o uso repetido de uma droga, que produz danos biológicos, psicológicos e/ou sociais em um indivíduo. Na dependência química, além das consequências negativas surgem outros sintomas como a perda de controle, a abstinência e outros sintomas (World Health Organization 1992). A dependência química é um transtorno mental crônico caracterizado por um uso descontrolado da droga e que trás prejuízos marcantes. Na dependência ocorre também uma alternância entre alívio durante o uso da droga e grande desconforto na ausência ou na perspectiva de impossibilidade do uso de uma substância (Garcia 2013).

Uma rápida análise dos padrões de consumo das drogas, sugere a existência de uso seguro de drogas visto que existiria um *continuo* de gravidade segundo a forma de uso. Esse uso supostamente seguro é chamado por alguns autores de “uso recreativo”. Contudo, as evidências científicas produzidas nos últimos anos apontam que qualquer uso de drogas pode causar alguma consequência negativa. Dentre elas citamos a aceleração da perda neuronal, a modificação da circuitaria cerebral, as lesões em órgãos, aumento do risco de acidentes. Estas evidências sugerem que não há uso totalmente seguro de drogas. Ainda que as consequências tardem se tornar visíveis, qualquer exposição a uma droga pode produzir modificações no funcionamento do organismo.

Figura 1 – Diferentes momentos do percurso do consumo de drogas psicoativas e alguns de seus determinantes. Adaptado de (Garcia 2013)



O desenvolvimento cerebral dos jovens

Antes de abordarmos o uso de drogas por jovens, temos que fazer uma breve revisão sobre o desenvolvimento cerebral e comportamental que ocorrem na adolescência e no início da juventude.

O cérebro tem dois períodos críticos no seu desenvolvimento. O primeiro é do terceiro mês de gravidez ao terceiro ano de vida. Neste período acontece uma multiplicação neuronal massiva que determina o potencial cognitivo do indivíduo. A falta de alimentos ou quaisquer fatores que possam acometer o cérebro, como infecções, a hipóxia, podem comprometer definitivamente a capacidade cognitiva.

O segundo período crítico acontece na adolescência e na juventude. Esse período de rápido desenvolvimento cerebral é marcado por mudanças psicológicas e comportamentais significativas. Durante estas fases da vida ocorrem a poda sináptica e a mielinização (Sowell, Thompson et al. 2001).

A poda sináptica

A poda sináptica corresponde a eliminação de conexões desnecessárias entre os neurônios, reduzindo, por vezes certas áreas do cérebro. Durante a adolescência este processo acontece sobretudo no córtex pré-frontal e temporal e nas estruturas subcorticais como o estriado, o tálamo e o núcleo acumbente (Giedd 2004).

A mielinização

Na adolescência também acontece a mielinização que é um processo de aprimoramento da condução nervosa, melhorando a comunicação entre certas áreas cerebrais. Notadamente na adolescência, esse processo acontece a região frontal e as áreas subcorticais, melhorando o controle cognitivo de cima para baixo (Luna and Sweeney 2004), ou seja, há uma melhora das capacidades de antecipação, planejamento e postergação. Essas modificações cerebrais também parecem dirigir os comportamentos dos jovens no sentido de aumentar a necessidade de filiação a um grupo de colegas e ao aumento de comportamentos de tomada de riscos e procura de novidades/sensações (Casey, Getz et al. 2008). Essas modificações cerebrais, cognitivas, emocionais e comportamentais, *per si* podem contribuir para a experimentação e para a propensão ao uso abusivo e dependência de drogas (Chambers and Potenza 2003).

A experimentação de drogas na juventude

A experimentação de drogas na juventude não é necessariamente uma regra. Realizamos um estudo epidemiológico para avaliar o consumo de drogas na população de Belo Horizonte em 2015. Este estudo mostrou que quase três quartos dos adolescentes de 15 a 18 anos já havia experimentado bebidas alcólicas e 15% drogas ilícitas. O gasto mensal médio dos adolescentes que fazem uso de bebidas alcólicas é de cinquenta e um reais (Garcia, Costa et al. 2015). Os estudos nacionais também apontam para uma taxa de experimentação entre jovens de drogas cada vez mais alta e, por consequência, cada vez mais próxima da prevalência de experimentação dos adultos (Laranjeira, Madruga et al. 2012). Esta alta se justifica muito provavelmente por estratégias de produção, comercialização e publicidade da indústria alcooleira e de drogas. Dentre estas estratégias apontamos a produção de drogas adocicadas com alto teor alcóolico para mulheres, a disponibilização de bebidas em lojas de conveniência e a publicidade de bebidas e outras drogas em associação ao esporte, ao lazer e a valores como a liberdade, a rebeldia e como mecanismo de identificação com um grupo.

Fatores facilitadores da experimentação de drogas por jovens

Além dos fatores já apontados como facilitadores da experimentação, outros fatores contribuem para que jovens façam seu primeiro uso de drogas ou continuem este uso (Lloyd 1998). Entre eles citamos:

1. Aceitação social e o exemplo de pessoas próximas;
2. Automedicação, ou seja, o uso de substâncias para modificar um estado de humor negativo ou diminuir a ansiedade ou para tratar um transtorno déficit de atenção (Delavenne, Ballon et al. 2011);
3. Falta de autoconfiança;
4. Necessidade de autoafirmação, que se apresenta como “rebeldia”; e
5. Desinformação sobre as consequências do uso de drogas.

Os transtornos pelo uso de substâncias e os jovens

Nem todas as pessoas que experimentam uma droga irão desenvolver um transtorno pelo uso de substâncias. Contudo, estima-se que aproximadamente uma em cada cinco pessoas que experimentam se tornaram abusadores ou dependentes de drogas. Essa proporção é maior o quanto mais precocemente ocorre a experimentação. Isso indica que a juventude, por si só, confere é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos pelo uso de substâncias (Garcia, Costa et al. 2016). Por exemplo, o início precoce do uso de álcool (antes dos 13 anos) é um forte preditor de transtorno pelo uso de substâncias aos 16 anos, aumentando em até cinco vezes o risco de dependência de álcool quando comparado aos indivíduos que experimentaram depois dos 21 anos (Hawkins, Graham et al. 1997, Hingson, Heeren et al. 2006). Vários outros estudos relacionaram uso precoce de álcool a ulterior transtorno por uso de álcool, tabaco e maconha. Essa vulnerabilidade explica-se, em parte porque o álcool e as demais drogas, agindo sobre um cérebro imaturo, são capazes de promover alterações nos sistemas frontolímbico e frontoestriatal, que se relacionam ao controle de impulsos (Volkow, Fowler et al. 1993, Moselhy, Georgiou et al. 2001).

Uso de drogas e cognição

Além do risco aumentado para transtornos por uso de substância, o álcool e as drogas têm efeitos deletérios sobre o funcionamento neurocognitivo de jovens.

Funções neurocognitivas afetadas

Vários estudos apontam que adolescentes que bebem bebidas alcólicas apresentam decréscimos na memória, atenção, na velocidade de processamento de informações e nas funções executivas. Esses estudos detalham os processos que acabam por levar a déficits nas capacidades de abstração, planejamento, na comunicação e conseqüentemente nos resultados acadêmicos (Giancola, Mezzich et al. 1998, Giancola, Mezzich et al. 1998, Giancola and Moss 1998, Hoaken, Giancola et al. 1998). O uso de maconha também tem sido associado a déficits cognitivos. Usuários regulares de maconha, quando em abstinência, apresentam uma pior performance nos testes de aprendizagem, flexibilidade cognitiva, avaliação visual e memória de trabalho, quando pareados com os que não fazem uso de maconha (Medina, Hanson et al. 2007).

De forma geral, os estudos científicos atuais sugerem que o uso de drogas na adolescência pode produzir anormalidades no funcionamento cerebral, entre elas uma piora no desempenho neurocognitivo, na qualidade da substância branca, nas mudanças no volume do cérebro, e ativação neuronal anormal.

O uso de drogas e as famílias

O impacto do uso abusivo de drogas pode ser observado nas famílias sobre dois pontos de vista: o do jovem e o dos pais que fazem uso de drogas.

O jovem usuário de drogas e sua família

O primeiro ponto de vista é o do jovem que faz uso abusivo de drogas. Esse jovem as vezes o faz para se sentir integrado, identificado com um comportamento adulto, ou simplesmente “aceito” como parte de uma família que consome bebidas alcólicas ou drogas. Conforme destacamos acima, o exemplo familiar e a aceitação do uso são importantes fatores para experimentação, uso regular, abuso e dependência. Na pesquisa feita em Belo Horizonte em 2015, 85% dos adolescentes experimentaram álcool junto a um membro da família nuclear (Garcia, Costa et al. 2015).

A descoberta da dependência

Apesar da experimentação e do abuso de álcool e drogas ser mesmo incentivado em algumas famílias, a dependência é logo percebida como um grave “vício” ou “problema” que muitas vezes é administrado com violência ou exclusão. A exclusão da família é mais comum entre os jovens do sexo masculino e a violência entre as mulheres. Contudo, a família e a comunidade tende buscar, com maior frequência, tratamento para as jovens do que para os jovens (Garcia, Costa et al. 2015). Estes tendem a ser visto mais facilmente como “fracos” ou “incapazes” de controlar o próprio consumo.

Falta de psicoeducação e estigma das doenças mentais

Por trás deste triste cenário, se identifica duas etiologias tratáveis: a falta de percepção da dependência química como uma doença e o estigma associado às doenças mentais.

O fato de que a maioria das pessoas que experimentam alguma droga não se torna dependente produz uma falsa impressão social de que a perda de controle, os prejuízos e as dificuldades enfrentadas pela pessoa que desenvolve uma dependência química são uma escolha pessoal e não um transtorno mental. A falta de conhecimento de que a droga pode causar dependência em algumas pessoas, e que o fato de se tornar dependente não é uma escolha, faz com que a pessoa acometida por uma dependência química seja percebida, muitas vezes, como alguém menor, mais “fraco”, que age de má-fé, ou simplesmente é etiquetado como “antissocial”, “psicopata”. A família, por vezes, toma o comportamento de abuso ou dependência da droga não como uma doença, mas como um ato de “falta de vontade”. Ela acaba por estigmatizar e se afastar. Ela pode passar a tratar o jovem como um membro inferior, ou mal visto na família. Esse processo acaba levando à culpabilização, aos maus tratos e a exclusão do jovem que acometido por uma dependência química. Isso agrava os estados de humor negativo e de ansiedade, fechando o ciclo vicioso necessário para justificar o consumo de drogas e a manutenção da dependência química.

A codependência

Por outro lado, usualmente, um dos membros da família, usualmente a mãe ou uma figura materna da família, acaba assumindo o papel de suporte e cuidado. Este cuidado quando não é ligado a uma estrutura de tratamento, pode agravar o afastamento dos outros membros da família, produzindo, muitas vezes, o que se chama codependência.

A codependência é uma relação de ajuda disfuncional, onde uma pessoa apoia ou permite que uma outra pessoa mantenha seu comportamento de dependência química. Ela acontece quando uma pessoa fica tão preocupada com os problemas de outra pessoa que ela deixa de atender a seus próprios desejos e necessidades. A pessoa codependente tende a:

- ser controladora, acreditando que o outro é incapaz de se cuidar;
- ter uma baixa autoestima e uma tendência de negar seus próprios sentimentos;
- ser complacente, comprometendo seus próprios valores e sua integridade para evitar a rejeição ou a raiva;
- a permanecer leal à pessoa que não faz nada para merecer sua lealdade (Co-Dependents Anonymous).

Na codependência a pessoa que é codependente tende a buscar a aprovação da pessoa dependente e desenvolve um sentimento de identidade de “cuidador” da pessoa com dependência. As relações codependentes são marcadas por problemas de intimidade, dependência, negação de controle (incluindo o cuidar), comunicação e limites disfuncionais e uma alta reatividade. Acaba por surgir um desequilíbrio, onde a pessoa codependente torna-se abusiva, ou mantém uma postura de supercontrole, apoiando e permitindo a manutenção da dependência química da imaturidade, da irresponsabilidade e da perda da saúde mental. Algumas pessoas codependentes encontram-se frequentemente nos relacionamentos onde seu papel preliminar é aquele do salvador, do apoiador, e do confidente. Estes tipos auxiliares são muitas vezes dependentes do mau funcionamento da outra pessoa para satisfazer as suas próprias necessidades emocionais. O excesso de zelo da pessoa com codependência pelo dependente acaba por manter o ciclo vicioso da dependência química e por afastar ainda mais os demais familiares do convívio familiar. O uso de drogas por um jovem em uma família, quando não abordado terapeuticamente, é uma fonte importante de estresse, sofrimento e dificuldades para toda a família.

Os pais que fazem uso de drogas e o jovem

O segundo ponto de vista é o do efeito de um familiar que faz abuso ou tem uma dependência de drogas nos jovens de uma família. Esse efeito pode ser ainda mais significativo, quando o familiar acometido é um dos pais (Abasi and Mohammadkhani 2016). Uma parte deste efeito liga-se ao exemplo e ao papel da pessoa que consome droga na família. Vários estudos apontam que as normas de consumo familiar exercem influência sobre o comportamento de beber e uso de drogas de crianças e adolescentes. As atitudes permissivas em uma família acabam tendo uma profunda influência sobre as atitudes dos jovens membros da família em relação a beber, consumir drogas e seu próprio comportamento (Cullum, Armeli et al. 2010, O'Grady, Cullum et al. 2011).

O estilo parental também parece ter um papel importante no desenvolvimento e na resiliência contra o uso de drogas por jovens em uma família. A falta de expressão emocional, a rigidez, o desengajamento relacional com os filhos e a rejeição dos pais são características frequentes do estilo parental em famílias onde ao menos um dos pais é acometido por uma dependência química (Velleman, Templeton et al. 2005).

O relacionamento entre os familiares é também prejudicado quando um familiar faz uso abusivo ou é acometido por uma dependência química. As relações passam a ser caracterizadas por:

1. Negativismo na comunicação, ou seja, a comunicação acontece de forma negativa, crítica e desagradável. A única maneira de atrair a atenção é criando uma crise.;
2. Inconsistência parental, ou seja, o estabelecimento de regras e normas acontece de maneira errática, pouco clara e inadequada a realidade da família. Isso produz confusão e a perda dos limites de certo e errado. Sem limites claros os familiares se tornam incapazes de prever as respostas parentais e uns dos outros e ajustar seu comportamento;
3. Negação, ou seja, a não percepção do problema com a droga no familiar acometido;
4. Automedicação, ou seja, a justificação do uso da droga pela pessoa acometida pelo uso abusivo de droga ou por outros familiares, como um meio para administrar a ansiedade e a depressão;
5. Sublimação das emoções, ou seja, na falta de um *locus* seguro para expressar suas emoções, os familiares acabam por diminuir a expressão de suas emoções produzindo ansiedade (Reilly 1992).

Não podemos nos esquecer que o uso de drogas tem custos. Quando um dos pais ou familiar é acometido por uma dependência química, além de uma parte importante da renda familiar ser comprometida com o uso de drogas, um outro familiar deve assumir o papel de provedor. No estudo feito pela nossa equipe em Belo Horizonte, a média de gastos com o consumo quadruplicava, quando a pessoa era dependente de bebidas alcoólicas (Garcia, Costa et al. 2015) quando comparado com a população geral. Claramente, o preterimento do uso de drogas em relação ao cuidado, à educação, a alimentação e ao lazer tem um impacto negativo no desenvolvimento de jovens em uma família.

O uso de drogas por um dos membros de uma família também pode ser uma fonte de violência doméstica. Ainda não se sabe onde a associação entre o uso de drogas e a violência se deve ao efeito "desinibidor", ou na expectativa de se tornar agressivo sob o efeito da droga, ou age meramente como uma desculpa para a violência doméstica. Três padrões de violência doméstica têm sido relacionados ao uso de drogas: 1. Psicofarmacológica; 2. Econômica; e 3. Sistêmica (Goldstein 1985). A violência psicofarmacológica ocorre quando, sob o efeito da droga, o familiar se torna excitável, irracional ou agressivo e a violência doméstica ocorre. A violência econômica ocorre, normalmente nos períodos de abstinência da droga, quando o familiar que faz uso de droga se engaja em atos violentos para obter dinheiro de algum familiar para fazer consumo da droga. A violência sistêmica envolve o padrão de interação agressiva própria do sistema de distribuição e consumo de drogas. A violência doméstica é menos comum neste contexto, exceto quando a pessoa que faz uso descobre que um familiar denunciou ou que tomou alguma medida para limitar o seu acesso à droga. Por fim, devemos lembrar que o fato de estar inebriado por uma droga, pode ser visto por muitas famílias como uma desculpa aceitável para a violência doméstica (Coleman and Straus 1983). Mulheres com problemas com drogas têm um risco maior de violência doméstica pelos seus cônjuges e os demais familiares. Isso se deve sobretudo a uma visão mais negativa da mulher que faz uso de drogas do que do homem. A mulher inebriada é percebida como comportando-se num papel feminino menos

“aceitável” e violando as normas sociais esperadas para uma “mulher”, uma “mãe” ou uma “esposa”. Isso torna a violência contra a mulher mais aceitável e até “justificada por seus atos”. O uso de álcool ou uso de drogas por uma mulher aumenta o risco, a frequência, a duração e intensidade da violência doméstica (Fogan, Barnett et al. 1988).

Nos parecem claros os efeitos negativos sobre a criação e conseqüentemente sobre a produção de sofrimento mental nos filhos de pais que fazem uso de drogas. Esses efeitos são possivelmente a resultante da interação do exemplo, do estilo parental, da violência doméstica e da posição dada pelos demais familiares à pessoa que faz uso abusivo de drogas. As descrições feitas acima são generalizações e não se aplicam a todos os casos de famílias onde um familiar faz uso de drogas. Contudo, visamos descrever as características que frequentemente encontramos nestas situações, buscando sensibilizar o leitor a identificar tais características e que permitam-no atentar aos casos que necessitam alguma intervenção. Lembramos que nesta abordagem deve-se primeiro considerar conceito de “família” dentro da visão da pessoa que avaliamos. É importante que se avalie a eficácia da comunicação, de dar apoio, de gerir conflitos, da percepção do que é dependência química de cada um dos membros da família.

Conclusões

O uso de drogas por jovens não é sem conseqüências. Estas conseqüências ocorrem no organismo, no psiquismo, nas relações e podem impactar negativamente no desenvolvimento de adolescentes e jovens. Não podemos avaliar o resultado destas conseqüências de maneira isolada no jovem, mas temos que incluir sua família. Conhecer um pouco melhor o que caracteriza as conseqüências do uso de drogas, o funcionamento familiar quando um jovem ou um parente faz uso de drogas nos parece fundamental para que se possa abordar essa família de maneira abrangente e integral.

Referencias

Abasi, I. and P. Mohammadkhani (2016). “Family Risk Factors Among Women With Addiction-Related Problems: An Integrative Review.” *Int J High Risk Behav Addict* **5**(2): e27071.

BRASIL (2006). Lei Federal nº11.343 , de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. M. d. J. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Brasília.

Casey, B. J., S. Getz and A. Galvan (2008). “The adolescent brain.” *Dev Rev* **28**(1): 62-77.

- Chambers, R. A. and M. N. Potenza (2003). "Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling." J Gamb Stud **19**(1): 53-84.
- Co-Dependents Anonymous. "Patterns and Characteristics of Codependence." Retrieved 18-April-2017, from <http://coda.org/index.cfm/meeting-materials1/patterns-and-characteristics-2011/>.
- Coleman, D. H. and M. A. Straus (1983). Alcohol abuse in family violence. Alcohol, Drug Abuse and Aggression E. Gottheil, K. A. Druley, T. E. Skolad and H. M. Waxman. Springfield, IL, Charles C. Thomas: 104-124.
- Cullum, J., S. Armeli and H. Tennen (2010). "Drinking norm-behavior association over time using retrospective and daily measures." J Stud Alcohol Drugs **71**(5): 769-777.
- Delavenne, H., N. Ballon, A. Charles-Nicolas, F. D. Garcia, F. Thibaut and J. Lacoste (2011). "Attention Deficit Hyperactivity Disorder Is Associated With a More Severe Pattern of Cocaine Consumption in Cocaine Users From French West Indies." J Addict Med **5**(4): 284-288.
- Fogan, R. W., O. W. Barnett and J. B. Patton (1988). "Reasons for alcohol use in maritally violent men. ." American Journal of Drug and Alcohol Abuse **14**: 371-392.
- Garcia, F. D. (2013). Manual de abordagem de dependências químicas. Belo Horizonte, Utopica Editorial.
- Garcia, F. D., M. R. d. Costa, L. P. Guimarães and M. d. C. L. d. Neves (2016). Vulnerabilidade e dependência química. Belo Horizonte, 3i Editora.
- Garcia, F. D., M. R. d. Costa, M. d. C. L. d. Neves and H. Corrêa (2015). Pesquisa Conhecer e Cuidar 2015. Belo Horizonte, Imprensa Universitária da UFMG.
- Giancola, P. R., A. C. Mezzich and R. E. Tarter (1998). "Disruptive, delinquent and aggressive behavior in female adolescents with a psychoactive substance use disorder: relation to executive cognitive functioning." J Stud Alcohol **59**(5): 560-567.
- Giancola, P. R., A. C. Mezzich and R. E. Tarter (1998). "Executive cognitive functioning, temperament, and antisocial behavior in conduct-disordered adolescent females." J Abnorm Psychol **107**(4): 629-641.
- Giancola, P. R. and H. B. Moss (1998). "Executive cognitive functioning in alcohol use disorders." Recent Dev Alcohol **14**: 227-251.
- Giedd, J. N. (2004). "Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain." Ann N Y Acad Sci **1021**: 77-85.
- Goldstein, P. J. (1985). "The drugs/violence nexus a tripartite conceptual framework." Journ Drug Issues **15**: 493-506.
- Hawkins, J. D., J. W. Graham, E. Maguin, R. Abbott, K. G. Hill and R. F. Catalano (1997). "Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse." J Stud Alcohol **58**(3): 280-290.
- Hingson, R. W., T. Heeren and M. R. Winter (2006). "Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity." Arch Pediatr Adolesc Med **160**(7): 739-746.
- Ho, L.-s. (2012). Public policy and the public interest. New York, NY, Routledge.
- Hoaken, P. N., P. R. Giancola and R. O. Pihl (1998). "Executive cognitive functions as mediators of alcohol-related aggression." Alcohol Alcohol **33**(1): 47-54.

Laranjeira, R., C. S. Madruga, M. Ribeiro, I. Pinsky, R. Caetano and S. Mitushiro (2012). II LENAD - Levantamento Nacional de Alcool e Drogas - O uso da Cocaína no Brasil.

Lloyd, C. (1998). "Risk, vulnerability and problem drug use: identifying high-risk groups." Drugs: education, prevention and policy **5**: 217-232.

Luna, B. and J. A. Sweeney (2004). "The emergence of collaborative brain function: FMRI studies of the development of response inhibition." Ann N Y Acad Sci **1021**: 296-309.

Medina, K. L., K. L. Hanson, A. D. Schweinsburg, M. Cohen-Zion, B. J. Nagel and S. F. Tapert (2007). "Neuropsychological functioning in adolescent marijuana users: subtle deficits detectable after a month of abstinence." J Int Neuropsychol Soc **13**(5): 807-820.

Moselhy, H. F., G. Georgiou and A. Kahn (2001). "Frontal lobe changes in alcoholism: a review of the literature." Alcohol Alcohol **36**(5): 357-368.

O'Grady, M. A., J. Cullum, H. Tennen and S. Armeli (2011). "Daily relationship between event-specific drinking norms and alcohol use: a four-year longitudinal study." J Stud Alcohol Drugs **72**(4): 633-641.

Reilly, D. M. (1992). Drug-abusing families: Intrafamilial dynamics and brief triphasic treatment. . Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse. E. Kaufman and P. Kaufmann. Boston: , Allyn and Bacon: 105-119.

Sowell, E. R., P. M. Thompson, K. D. Tessner and A. W. Toga (2001). "Mapping continued brain growth and gray matter density reduction in dorsal frontal cortex: Inverse relationships during postadolescent brain maturation." J Neurosci **21**(22): 8819-8829.

Velleman, R. D., L. J. Templeton and A. G. Copello (2005). "The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people." Drug Alcohol Rev **24**(2): 93-109.

Volkow, N. D., J. S. Fowler, G. J. Wang, R. Hitzemann, J. Logan, D. J. Schlyer, S. L. Dewey and A. P. Wolf (1993). "Decreased dopamine D2 receptor availability is associated with reduced frontal metabolism in cocaine abusers." Synapse **14**(2): 169-177.

World Health Organization (1992). Tenth Revision of the International Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva, World Health Organization.