

O uso indevido de anabolizantes na cidade de São Paulo: um estudo qualitativo

Anabolic androgenic steroids misuse in the city of São Paulo: a qualitative study

Ana Paula Timm Lobo¹; Solange Aparecida Nappo²; Zila van der Meer Sanchez³; Elisaldo de Araújo Carlini⁴

Recebido em: 25.10.02

Aprovado em: 13.11.02

Resumo

Objetivo: Investigar as razões, implicações e padrões de uso de esteróides anabolizantes androgênicos (EAA) por 40 jovens não-atletas na cidade de São Paulo. **Metodologia:** Estudo qualitativo, com amostragem intencional e por critérios obtida através da técnica de bola-de-neve e de entrevistas, em profundidade, com 40 usuários/ex-usuários de EAA, com questionário semi-estruturado baseado em informações de informantes-chave. O tamanho da amostra foi determinado pela saturação teórica das informações. **Resultados:** Homens e jovens são os principais usuários de EAA, utilizando-os em concentrações muito maiores que as terapêuticas e associando vários EAA (*stack*). Utilizam-nos em períodos determinados (ciclos), iniciando com doses baixas, que são aumentadas gradativamente (pirâmide). O *corpo inadequado* é sempre a razão citada para o uso de EAA. Agressividade, problemas hepáticos, ginecomastia, problemas cardiovasculares, efeitos dermatológicos, problemas sexuais, diminuição da imunidade, efeitos masculinizantes em mulheres e dependência são os efeitos mais citados. **Discussão:** A dificuldade de relacionamento social/afetivo devido a um corpo inadequado é o motivo alegado de uso. Baixo grau de conhecimento sobre os efeitos dos EAA associado a uma imagem corporal distorcida que esses jovens têm de si próprios, impulsiona-os a utilizar EAA indefinidamente. **Conclusões:** O aumento da concentração e a mistura de vários EAA na tentativa de um melhor resultado expõem-nos aos efeitos colaterais destas drogas. A desinformação, a imagem corporal inatingível, a baixa auto-estima, a busca da admiração do seu corpo fazem destes jovens usuários crônicos de EAA. A ilegalidade na compra e os efeitos adversos não os impedem de usar EAA, revelando que informações mais precisas sobre estas drogas deveriam ser acessíveis, assim como o estereótipo de homem *musculoso* não deveria ser incentivado pela mídia.

Unitermos

esteróides anabolizantes androgênicos; estudo qualitativo; dependência; abuso de drogas

Summary

Objective: To investigate the reasons, implications and patterns of anabolic androgenic steroid (AAS) use in 40 non-athletic youths, in the city of São Paulo. **Methods:** A qualitative study was conducted with intentional sampling and based on criteria obtained by the snow-ball technique and from in-depth interviews with 40 users/ex-users of AAS, utilizing a semi-structured questionnaire based on key-word information. The size of the sample was determined by the theoretical saturation of information. **Results:** Men and youths are the principal users of AAS, who utilize them at doses much higher than therapeutic doses and also combine various AAS (*stacking*). AAS are utilized during determined periods of time (*cycles*), starting with low doses which are gradually increased (*pyramid*). An "inadequate body" is

¹Pós-graduanda do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp). O presente trabalho foi tema de sua dissertação de mestrado.

²Co-orientadora do estudo e pesquisadora do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid).

³Pós-graduanda do Departamento de Psicobiologia da Unifesp; bolsista da Fapesp.

⁴Orientador do estudo e diretor do Cebrid.

Estudo realizado no Cebrid, Departamento de Psicobiologia/Unifesp, com auxílio financeiro da Fapesp.

usually the reason cited for the use of AAS. The most frequently reported side effects are aggressivity, hepatic problems, gynecomastia, cardiovascular complaints, dermatologic effects, sexual problems, lowered immunity, masculinizing effects in women and dependence. Discussion: The difficulty of social/affective relationships due to an inadequate body is the alleged motive for the use of AAS. A poor understanding of the effects of AAS, along with the distorted view these youths have of their body, propels them to utilize AAS indefinitely. Conclusions: The use of high doses of AAS and of mixtures of various AAS in an attempt to improve appearance results in exposure to the side effects of these drugs. Disinformation, an unattainable body image, low self-esteem, the search for admiration of their body, makes these youths chronic users of AAS. The illegality of their sale and the adverse effects of AAS do not impede youths from using them, indicating that more precise information on these drugs needs to be accessible, as long as the stereotype of the muscular man should not be promoted by the media.

Uniterms

anabolic androgenic steroids; qualitative study; dependence; drug abuse

Introdução

Substitutos sintéticos do hormônio masculino testosterona, os anabolizantes, como popularmente são conhecidos, levam ao crescimento do sistema músculo-esquelético (efeito anabólico) e ao desenvolvimento das características sexuais masculinas (efeito androgênico); daí também o nome de esteróides anabolizantes androgênicos (EAA). Terapeuticamente são utilizados em várias patologias, sendo o seu uso mais freqüente em pacientes com deficiência de testosterona²⁴.

Devido a suas propriedades, estas drogas vêm sendo utilizadas de forma abusiva, principalmente por adolescentes do sexo masculino, visando à construção do corpo e força, supostamente melhorando o seu desempenho físico^{6, 12, 36}.

Os efeitos adversos decorrentes desse uso indevido podem levar a problemas de saúde, sendo alguns fatais. Efeitos hepatotóxicos²⁴, aparecimento de ginecomastia⁴⁰, hipertrofia da próstata e priapismo²⁸, efeitos cardiovasculares²², problemas dermatológicos¹⁹, aumento da agressividade²⁵, alteração da libido³⁹ e efeitos masculinizantes na mulher podem ser observados a longo prazo¹⁸, além da dependência^{4, 17, 26}.

No Brasil ainda existem poucos dados sobre o uso ilícito de EAA. Muito do que se sabe até o momento tem partido de relatos não-oficiais provenientes da imprensa leiga levando-nos a

crer que existe um uso abusivo destas drogas por brasileiros.

Considerando as poucas informações existentes, o objetivo deste trabalho foi investigar o uso de EAA entre jovens não-atletas na cidade de São Paulo, utilizando-se uma abordagem qualitativa que permitiu investigar com profundidade os fatos ligados a este consumo, possibilitando entendê-lo sob a ótica do usuário.

Metodologia

Escolha da metodologia qualitativa

Este tipo de metodologia permitiu investigar questões como: Quem usa anabolizante? Por que o usa? Qual o padrão de uso? Quais as conseqüências?³⁰. Ofereceu, ainda, recursos para entender a visão que têm os consumidores de EAA a respeito do seu próprio consumo, utilizando seus valores, definições e categorias^{11, 38}.

Tipo de amostra

Amostra intencional, a qual não privilegiou o critério numérico, mas os casos ricos em informações sobre o tema²⁷. Neste estudo, a amostra intencional utilizada foi a amostragem com critérios, isto é, foram selecionados indivíduos ricos em informações, porém dentro de alguns critérios de importância para o entendimento do assunto³⁰. Os

critérios de inclusão foram: usuários e ex-usuários de EAA que os consumiram com propósitos exclusivamente estéticos, com idade de 14 anos ou mais. Considerou-se usuário de EAA quem fez uso da droga por pelo menos um ciclo (período de seis a 12 semanas) no último ano; e ex-usuário aquele que fez uso de EAA na vida por pelo menos um ciclo, mas não o fez no último ano. Evitou-se assim a entrada de usuários experimentais ou iniciantes³⁴, fato que poderia interferir na identificação de uma história de uso de EAA.

Tamanho da amostra

Foi suficiente para garantir a inclusão de consumidores de EAA que satisfizessem os critérios estabelecidos, fato que pôde ser observado quando as informações chegaram à redundância. Foi alcançado o ponto de saturação teórica com 40 indivíduos, ou seja, as observações não mais contribuíram para compreensões adicionais^{31, 32}.

Obtenção da amostra

Entrevistas com informantes-chave (IC – pessoas que possuem um conhecimento especial da população em estudo) permitiram a obtenção de subsídios para a elaboração do questionário que serviu de base para as entrevistas com os voluntários e, ainda, os IC facilitaram a aproximação entre os investigadores e os componentes da amostra. Os participantes deste estudo foram recrutados através da técnica em cadeias (bola-de-neve)³, sendo investigadas sete cadeias diferentes de consumidores de EAA, assegurando maior heterogeneidade entre as cadeias investigadas e permitindo a possibilidade de integrar perfis diferentes de usuários na amostra.

Instrumentos utilizados

Questionário constituído de perguntas abertas com algumas questões previamente padronizadas e com outras desenvolvidas durante o curso da entrevista. Um conjunto de questões básicas foi formulado a todo entrevistado, de modo a permitir comparabilidade de respostas³⁰. Outros tópicos e questões foram aprofundados durante a entrevista, de acordo com o discurso do entrevistado^{30, 37}. Tópicos constantes do questionário: história do uso de EAA, padrão de consumo e conseqüências do uso. Algumas questões consideradas mais polêmicas foram reiteradas ao longo do questionário, de forma a testar a credibilidade das respostas dos pesquisados⁹. Foi feita, em

profundidade, uma *entrevista*, totalmente livre, com os IC, não existindo questões predeterminadas^{9, 30}, e com os componentes da amostra após obtenção do consentimento de participação na pesquisa e com questionário semi-estruturado, descrito anteriormente.

Identificação dos entrevistados

Os entrevistados foram identificados com um código alfanumérico estabelecido com as iniciais dos nomes do entrevistado e do entrevistador, sexo e idade do entrevistado.

Análise das entrevistas

Leituras flutuantes de modo a entrar em contato exaustivo com o material; *procedimentos exploratórios* para que hipóteses pudessem surgir; *preparação do material* com desmembramento das entrevistas e agrupamentos de acordo com os tópicos e questões perguntadas e, a partir da análise deste material, foi realizada uma categorização da informação, identificando-se tipos de comportamento; *tratamento dos resultados*, submetendo-os a operações simples, como cálculo de frequência absoluta. A partir daí foram feitas inferências, interpretações e hipóteses²⁷.

Resultados

Conforme mostra a Tabela 1, a faixa etária prevalente na amostra situou-se abaixo de 30 anos,

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de 40 usuários/ex-usuários de anabolizantes

Característica	n	
Sexo	Masculino	36
	Feminino	4
Idade (anos)	19-23	17
	24-28	14
	29-37	9
Escolaridade	Ensino fundamental*	2
	Ensino médio*	8
	Ensino superior*	30
Trabalho	Em academia de ginástica	12
	Não trabalha	7
	Outros**	18
	Bico***	3

*Incluem-se neste item os cursos completos e incompletos; **vendas, informática, músico, dançarino, enfermeira, técnico de laboratório, segurança, militar, policial e contador; ***sem emprego fixo.

constituindo-se, na sua imensa maioria, de homens. Escolaridade alta, com 30 entrevistados cursando (ou já tendo cursado) uma faculdade e ausência de analfabetos. Apenas sete dos entrevistados relataram estar desempregados no momento e três referiram-se a *bicos* (aulas esporádicas de musculação, garçom) como forma de subsistência; os demais encontravam-se ligados ao mercado formal de trabalho, desempenhando funções variadas como instrutor em academias de ginástica, seguranças, atendentes, dançarinos, músicos, vendedores, etc.

Relataram um início de uso dos EAA ainda jovens, em geral com idade inferior a 18 anos, tendo isto ocorrido através da academia de ginástica, do instrutor e/ou do amigo. Foi através destas referências que entraram em contato com os anabolizantes e souberam dos *benefícios* que eles traziam. Citaram a *procura de um corpo adequado* como motivo inicial do uso.

Conforme mostra o Quadro, os medicamentos mais citados foram os disponíveis no mercado brasileiro, e com alguma frequência utilizaram preparações veterinárias.

Verifica-se ainda que predomina o uso da forma injetável, via intramuscular (ou subcutânea), sendo o EAA administrado algumas vezes próximo aos músculos que se deseja aumentar.

Tinham um baixo grau de conhecimento sobre os efeitos adversos na primeira vez que utilizaram o EAA (Tabela 2) e seguiram esquema posológico definido por quem o indicou. Apenas dois (5%) dos usuários/ex-usuários tinham conhecimento adequado sobre os EAA.

Mesmo insatisfeitos com os resultados obtidos com este primeiro ciclo, continuaram utilizando os EAA e fizeram-no desta vez em períodos de tempo (ciclos) que duraram de seis a 12 semanas, iniciando por doses baixas de EAA, as quais foram sendo aumentadas ao longo do ciclo (*pirâmide*). Modificaram a estratégia de uso associando vários EAA em diferentes concentrações e vias de administração (*stack*). Este tipo de mistura de EAA foi citado por 37 entrevistados, que relataram associar até oito EAA. Revelaram o aparecimento de efeitos colaterais, alguns graves, estando listados na Tabela 3 os mais citados.

Discussão

Dados sociodemográficos

Apesar de o uso de anabolizantes ser verificado principalmente em homens, chegando a ser de duas a cinco vezes maior do que entre mulheres²⁹, deve ser considerado que as mulheres são mais reticentes em fornecer informações a respeito do seu uso de drogas, originando um sub-relato que pode ter contribuído para esta baixa porcentagem de mulheres na amostra.

Primeira vez de uso

Conforme visto, o instrutor da academia de ginástica foi, em boa parte dos casos, um facilitador para a venda do EAA que, aproveitando-se do desconhecimento do comprador, ofereceu a droga por um preço bem maior. Um usuário descreve esta situação: "Eu comprei na própria academia, de um

Quadro – Medicamentos mais citados por 40 usuários/ex-usuários de anabolizantes

Medicamento anabolizante	Princípio ativo	Forma farmacêutica
Winstrol®	Estanozolol	Injetável
Deca-Durabolin®	Decanoato de nandrolona	Injetável
Durateston®	Sais de testosterona**	Injetável
Primobolan®	Acetato de metenolona	Injetável
Androxon®	Undecanoato de testosterona	Oral
Hemogenin®	Oximetolona	Oral
Proviron®	Mesterolona	Injetável
Testex®	Cipionato de testosterona	Injetável
Equipoise**	Undeciclinato de boldenona	Injetável
Deposteron®	Cipionato de testosterona	Injetável
Anavar®	Oxandrolona	Oral

*Uso veterinário; **decanoato de testosterona, propionato de testosterona, isocaproato de testosterona e fenilpropionato de testosterona.

Tabela 2 – Grau de conhecimento dos usuários/ex-usuários de anabolizantes sobre os efeitos adversos dos EAA

Grau de conhecimento	n
Nenhum	19
Só efeitos positivos	13
Só efeitos negativos	6
Conhecimento adequado	2

Tabela 3 – Efeitos adversos mais citados por 40 usuários/ex-usuários de anabolizantes

Efeitos adversos	Número de citações
Nervosismo/irritação/agressividade	24
Problemas hepáticos	8
Ginecomastia	5
Problemas cardiovasculares	5
Efeitos dermatológicos	5
Problemas sexuais	3
Diminuição da imunidade	3
Efeitos masculinizantes em mulheres	2
Outros (tremor, fome, aumento da temperatura, etc.)	7

instrutor. Inclusive paguei bem mais caro, hoje em dia não compraria dele, tenho outros acessos por aí” (P.A.M., 28).

Dos EAA utilizados, o Deca-Durabolin® e o Winstrol® foram os mais citados, sendo que esta preferência deu-se unicamente pela indicação dos amigos e/ou instrutores. O relato a seguir ilustra este fato: “Foi um fisiculturista que me receitou. Ele já fazia uso de EAA há sete anos, entendia muito e eu confiei” (Z.A.M., 33).

É difícil inferir alguma lógica na posologia recomendada. Observa-se que para um mesmo medicamento há uma grande variação de possibilidades posológicas criadas pelo amigo/instrutor, o qual se baseou no seu conhecimento e na sua experiência. Os relatos a seguir identificam esta situação:

“Eu tomei quatro dequinhas (Deca-Durabolin®) de 25mg em quatro meses” (M.A.M., 31).

“O professor da academia me passou 18 decas (Deca-Durabolin®) de 50ml para tomar em seis semanas” (M.A.N., 26).

Estas doses demonstram ser muito mais altas que as recomendadas terapêuticamente. Há relatos de que as mesmas podem chegar a ser cem vezes maiores². Porém o receio do desconhecido

faz com que na primeira vez os usuários não associem EAA; apenas três entrevistados revelaram tê-lo feito. O discurso a seguir revela esta cautela: “Não misturei nada, foi somente o deca” (A.L.M., 23).

A baixa auto-estima, a dificuldade de relacionamento devido a um corpo inadequado e algumas vezes a discriminação que sofreram por causa destes fatos são os principais motivos que os levaram a iniciar o uso de EAA. Em seus discursos comentam esta realidade: “Meu corpo era péssimo, gordo, usava calça 48. Minha primeira namorada aconteceu só com meus 19 anos. Ninguém queria namorar comigo, era uma tristeza, era o gordinho da turma. Eu era assim, desprezado no último... gordo, mole, aquela coisa de molecada” (M.A.M., 31).

Não deixou de causar surpresa a constatação de que quase a metade da amostra não tinha a menor idéia do que seria administrado e também não se interessou em saber (Tabela 2). A alta escolaridade presente na amostra (Tabela 1) poderia pressupor um nível de informação adequado sobre EAA, fato este que não se confirmou; pelo contrário, nem a bula do medicamento tiveram a curiosidade de ler, parecendo existir um desinteresse proposital por informações, principalmente as negativas. A frase que se segue descreve bem este comportamento: “Pouca coisa assim, nem sabia e nem queria saber, eu queria crescer” (L.L.M., 33).

A confiança nos amigos e o fato de os mesmos aparentarem ser saudáveis mesmo fazendo uso de EAA foram motivos suficientes para a despreocupação. A frase a seguir reafirma esta constatação: “Na época eu conhecia bem pouco, quase nada, era praticamente um leigo, não conhecia nada e fui mais na confiança mesmo” (S.P.P.M., 20).

Os que detinham alguma informação sobre os efeitos dos EAA minimizavam sua gravidade. O usuário a seguir, em seu discurso, demonstra uma total abstração em relação aos efeitos dos EAA: “Eu sabia pouca coisa, pouquíssima coisa; por exemplo, que podia dar câncer no fígado, aumentar a pressão arterial, insônia. Basicamente era só isso que eu sabia” (A.L.M., 23).

A negação dos efeitos, característica de usuários de drogas, também é identificada nos discursos destes entrevistados: “Sabia muito pouco. Sabia de alguns efeitos colaterais mas não acreditava neles, entendeu? Pensava: não, esta quantidade que eu estou tomando é pequena. Eu não queria acreditar neles” (T.L.M., 23).

A informação parcial dos efeitos dos EAA não foi suficiente para inibir o seu uso. Goldberg *et al.*¹⁴, avaliando se táticas de amedrontamento são efetivas em melhorar o conhecimento de adolescentes sobre os efeitos dos EAA, concluíram que informações que enfocam somente o lado negativo destas drogas resultaram em pouca alteração no comportamento dos jovens a respeito delas.

Apesar da pouca informação, todos tinham expectativas muito positivas com o uso de EAA em relação ao seu próprio corpo. Massa muscular, definição de formas e força foram os objetivos mais citados. O relato de um usuário corrobora esta confirmação: "Eu esperava obter hipertrofia de perna, coxa, diminuição de gordura" (S.P.F., 28).

Segundo a visão dos entrevistados, a maioria não demonstrou entusiasmo com os resultados obtidos. Alguns efeitos colaterais da droga já começaram a ficar evidentes, mesmo neste primeiro ciclo, mascarando ainda mais os resultados: "Os resultados foram mais ou menos. Eu fiquei forte, mas comecei a reter muito líquido" (S.P.F.F., 23).

Continuidade do uso

O fato de nem todos terem alcançado os resultados esperados com o primeiro ciclo de EAA não os desanimou em utilizá-los novamente. Acreditavam que os efeitos positivos ainda surgiriam, já que os que recomendaram o uso dessas drogas apresentavam estas mudanças em seus corpos. Outros tentaram parar o consumo, mas logo iniciaram uma perda da massa muscular adquirida, voltando a consumi-los. O relato deste usuário repassa este sentimento de perda: "Eu estava perdendo demais. O que eu consegui em questão de dois meses eu estava praticamente sumindo" (N.L.M., 26).

Por outro lado, nota-se uma insatisfação contínua com o corpo, buscando um ideal inatingível que é percebido em seus discursos, confirmando observações anteriores²⁰: "É... digamos que eu não estava satisfeito. Então você sempre quer um pouquinho mais, você sempre se empolga, então vem sempre uma atrás da outra" (S.P.M., 24).

Nessa segunda fase de uso, novas estratégias foram utilizadas pelo usuário para obter um maior resultado dos medicamentos. Desta forma, além dos ciclos, o esquema posológico em *pirâmide* e a associação de vários EAA (*stack*) foram incorporados ao padrão de utilização do usuário. Acreditavam que

este ciclo em *pirâmide* forneceria ao corpo tempo para ajustar-se às altas doses e o período sem droga garantiria ao sistema hormonal do usuário recuperar-se. Acreditavam ainda que a interação de vários EAA produziria um efeito maior no aumento muscular do que aquele obtido individualmente. Tanto o sistema de ciclos como a *pirâmide* ou o *stack* são teorias empíricas criadas pelos próprios usuários que as repassam aos iniciantes.

Efeitos indesejáveis

Conforme visto na Tabela 3, *nervosismo*, *irritação* e *agressividade* foram relatados por 24 entrevistados. Há na literatura casos consistentes de associação de comportamento violento com o uso de EAA^{10, 25, 32}. O aumento da agressividade é acompanhado por uma diminuição da tolerância à frustração ou a situações provocativas. Estes efeitos são agravados ainda mais por um aumento da confiança e do senso de invulnerabilidade que passam a sentir^{10, 25}. Alguns usuários relataram esta experiência: "Já no primeiro ciclo que eu fiz com Winstrol eu fiquei muito agressivo. Eu não estava me suportando. Uma vez cheguei ao ponto de puxar o freio de mão do carro no meio do trânsito e saí correndo atrás do cara que estava na minha frente" (M.A.M., 29).

Ginecomastia

Citada por cinco usuários/ex-usuários, é a consequência dos efeitos feminilizantes produzidos pelos estrógenos, estradiol e estrona, produtos do metabolismo dos hormônios androgênicos⁴⁰. Os níveis de estradiol em usuários que associam vários EAA chegam a sete vezes os níveis normais da fase estrogênica de uma mulher¹. O desenvolvimento de mamas em homens nem sempre é totalmente reversível, necessitando, algumas vezes, de remoção cirúrgica²⁴. Alguns usuários de EAA utilizam tamoxifeno (bloqueador de estrógeno) na tentativa de impedir o aparecimento deste efeito. Não está claro se este agente é eficaz para este propósito^{13, 35}. O aparecimento deste efeito perturba-os fisicamente, mas este não parece ser o maior transtorno, o qual se traduz na possibilidade de ter que parar de usar EAA ou de não fazer os exercícios físicos no caso de uma cirurgia. Um usuário fala deste receio: "A pior coisa que eu tive foi ginecomastia. Todo mundo diz para tomar Novaldex (tamoxifeno). Mas na bula diz que é para ovular. Tem gente que diz que baixa o hormônio

feminino, eu não acredito em nada disso, então eu prefiro não tomar. Também não procuro médico. Tenho medo que ele me diga que eu tenho que operar e aí eu vou ter que ficar parado. Eu sou viciado em musculação, não consigo ficar parado, treino todo dia" (L.I.A.M., 22).

Diminuição da imunidade

Evidências clínicas e experimentais sugerem que os EAA alteram a função imunológica¹⁵ dos usuários que têm níveis significativamente mais baixos de imunoglobulina, especialmente IgA²⁴. Durante as entrevistas não era incomum notar que voluntários apresentavam algum tipo de queda de resistência: "Você fica totalmente desprotegido... peguei um resfriado que não consigo me livrar" (E.A.M., 21).

Efeitos dermatológicos

A acne é resultante da estimulação das glândulas sebáceas, as quais são mais responsivas na presença de hormônios androgênicos^{18, 24}. Perda de cabelo é relatada tanto por homens como por mulheres, ocorrendo em consequência da morte dos folículos na presença de hormônios androgênicos. É uma situação irreversível muito mais problemática para as mulheres^{18, 24}.

"Faz cair o cabelo e aparece muita espinha. Quem tem tendência, nossa... sai muita... fica com a cara toda marcada" (E.A.M., 21).

"Era eu tomar Durateston e amanhecia todo empipocado, parecia que eu estava com sarampo, principalmente nas costas e no peito" (M.A.M.E., 31).

Problemas cardiovasculares

Um significativo decréscimo do colesterol HDL e um aumento do LDL nos usuários de EAA os colocam em situação de risco aumentada para doenças cardíacas^{7, 16}. Os entrevistados (Tabela 3) percebiam alterações cardíacas e relatavam-nas em seus discursos.

"Sentia que meu coração disparava quando eu tomava anabolizante. Eu percebia uma alteração nos batimentos e uma dor de cabeça insuportável" (A.L.M., 28).

Problemas hepáticos

Oito entrevistados falam do aparecimento destes problemas, conforme exemplificado: "Fiquei mal, tive problema no fígado. Perdi uns 10kg e fui

internado. Tudo que eu ganhei perdi por causa deste problema" (R.O.A.M., 27).

São efeitos graves típicos das formas orais dos EAA, os que na posição 17- α são alquilados (p. ex.: Dianabol®, Winstrol®). Necessitam de um intenso metabolismo hepático para serem excretados, causando danos hepatocelulares, que resultam num aumento dos níveis das transaminases séricas. Entre outras patologias hepáticas, os EAA estão associados ao desenvolvimento de cistos hepáticos com sangue, os quais podem se romper, causando uma hemorragia hepática fatal. Além disso, tanto hepatoadenomas como hepatocarcinomas podem surgir em função do uso de EAA^{18, 21, 41}.

Efeitos masculinizantes nas mulheres

Uma grave masculinização pode ocorrer em mulheres, como crescimento de pêlos faciais, alopecia, engrossamento da voz, diminuição dos seios, aumento do clitóris, atrofia uterina e irregularidades no ciclo menstrual¹⁸. Uma usuária fez esta queixa: "Minha menstruação ficou atrapalhada. Algumas vezes não vinha..." (S.P.F., 23).

Problemas sexuais

Anabolizantes inibem a liberação do hormônio folículo-estimulante (FSH) e do hormônio luteinizante (LH) da hipófise, podendo resultar em atrofia testicular e diminuição da produção de testosterona natural²³. Em consequência, uma diminuição da produção de esperma também pode ocorrer. A libido também parece ser alterada³⁹. Este costuma ser o problema que mais aflige os usuários de EAA, que, em consequência, buscam ajuda médica: "Eu tive um atrofiamento do testículo, parei de produzir esperma. Eu ficava com a minha namorada, tudo ia bem, eu sentia desejo, mas na hora de ejacular... era o mínimo, mínimo mesmo. Não saía quase nada. Eu ficava traumatizado. Fui procurar um médico" (A.L.M., 28).

Dependência

A dependência tem sido verificada entre usuários de EAA e relatada por alguns autores^{4, 5, 8}. Porém o padrão típico de dependência observado em drogas psicotrópicas não é identificado neste caso. Os efeitos reforçadores dos EAA levam muito mais tempo para se desenvolver e são mais resistentes à extinção²⁶. O mecanismo pelo qual se

dá a dependência não está muito claro, porém o preenchimento dos critérios da CID-10 e do DSM-IV para o seu diagnóstico tem sido confirmado entre estes usuários⁴.

Os entrevistados acreditavam que os EAA podiam induzir dependência, no entanto havia uma percepção controversa em relação a este assunto, pois relacionavam esta dependência com um problema estético, não propriamente a efeitos fisiológicos que aparecem com o cessar do uso da droga.

"Causa dependência, sim. O cara vai na academia e vê todo mundo forte e ele ficando pequeno, ele acha que tem que usar, tem que usar de qualquer jeito" (P.A.M., 28).

"Eu conheço muitas pessoas, inclusive eu, quando comecei, que disseram 'eu vou tomar só um pouquinho, só para aumentar uns quatro quilos, que está ótimo, depois eu paro'. Quando alguém fala isso eu dou risada porque sei que não pára, eu não conheci ninguém que parou. Porque o que acontece é que, se parar, perde o que ganhou" (R.O.A.M., 27).

Imagem corporal

Os usuários de EAA desenvolvem uma dismorfia corporal, ou seja, passam a ter uma imagem distorcida do próprio corpo. Esta distorção pôde ser percebida quando foram questionados sobre o que considerariam um corpo *bom*. A maioria respondeu vagamente, sem deixar clara a sua meta.

"Quando eu tinha 70kg, queria chegar nos 80kg, agora eu quero chegar nos 90kg. Os caras olham mais o braço, eu tenho 40cm, mas agora quero 45cm" (P.A.M., 28).

Acham-se pequenos e franzinos quando, na verdade, estão musculosos. Uma personalidade narcisista³¹, associada a mensagens poderosas da mídia e da sociedade enfatizando uma imagem hercúlea, pode ser fator desencadeante dessa discrepância entre a imagem no espelho e a que desesperadamente buscam³³.

O corpo que os homens desenvolvem nem sempre é do agrado do sexo oposto. Ficam de tal forma musculosos, que há uma rejeição por parte das mulheres, que consideram disforme esta silhueta.

"A mulherada sabe quando o cara toma bomba... tem uns que são fortes e a mulherada faz ironia com eles. Chamam os caras de ridículos, porque pode estar o maior frio e o cara está de camisa regata, dizem que é bombado..." (T.L.M., 23).

Esta opinião não os incomoda, continuam querendo um corpo maior e são reforçados nesta decisão pelos amigos. Através de alguns discursos fica claro que a opinião dos homens é o que os preocupa mais. É importante ressaltar que, apesar de paradoxal, o fato de valorizarem muito mais esta admiração recebida dos homens não representa uma tendência homossexual, mas um sentimento de competitividade.

"As mulheres até olham, mas quem fala mais são os homens. Eles dizem que o meu corpo está ficando legal, mais definido. É sempre bom ouvir..." (S.L.M., 22).

Conclusão

A metodologia qualitativa mostrou-se adequada para que os objetivos propostos nesta investigação fossem alcançados, devido a sua flexibilidade e interatividade. Apesar das limitações, como o fato de a amostra incluir poucas mulheres e a impossibilidade de uma extrapolação dos dados a outros consumidores de EAA, este estudo revelou peculiaridades preocupantes do consumo de EAA. Mostrou, corroborando outros achados, que os homens jovens são os usuários predominantes, utilizando doses até dez vezes maiores que as terapêuticas, combinando múltiplos EAA, inclusive preparações veterinárias, por tempos determinados (ciclos). Buscam, assim, um efeito maior de aumento de massa muscular do que aquele que poderia ser obtido utilizando-se a droga individualmente. Esta estratégia de uso faz com que se exponham ainda mais aos efeitos colaterais destas drogas. Uma personalidade provavelmente narcisista associada a pressões sociais, mensagens de beleza masculina e a subcultura de academia induz o consumo de EAA a despeito dos efeitos adversos que desenvolveram. Agressividade, problemas hepáticos, ginecomastia, efeitos dermatológicos e cardiovasculares, entre outros, foram as complicações mais citadas. Relatou-se a busca de uma imagem corporal superdimensionada e inatingível, a qual levou os usuários ao desenvolvimento de uma dismorfia corporal (discrepância entre a imagem do espelho e a que o corpo realmente apresenta). A desinformação sobre os efeitos dos EAA piorou ainda mais a situação destes usuários, que apresentaram uma tendência a usar cada vez mais EAA e por mais tempo, na expectativa de que o aumento da massa muscular ocorresse mais rápida e eficazmente. A dependência

identificada entre estes jovens nem sempre foi percebida por eles, que a atribuíram apenas à estética, e não à droga. Afirmaram que a admiração de outros homens recompensa-os pelos sacrifícios a que se impõem para atingirem um corpo musculoso, forte e definido, revelando esta preferência um sentimento de competitividade. Nem a ilegalidade na forma de obtenção dessas drogas nem o potencial de efeitos adversos detiveram o uso não-médico de EAA.

A característica desse consumo, com fins estéticos, acaba por mascarar a possibilidade de que seja encarado como abuso e, ainda, o fato de cons-

tituírem-se em drogas lícitas gera um sub-relato, como também um desinteresse por parte das autoridades em coibir o seu uso. Informações mais precisas sobre o consumo destes medicamentos deveriam ser disponibilizadas aos jovens, assim como alternativas mais saudáveis de alcançar um corpo adequado poderiam ser disseminadas. O estereótipo de homem *musculoso* deveria ser repudiado pela mídia, pelas academias e pela sociedade de forma geral, com o propósito de preservar a integridade física e psíquica dos jovens que acreditam que este é o referencial de aceitação na sociedade.

Referências

1. Alen M, Reinila M, Vihko R. Response of serum hormones to androgen administration in power athletes. *Med Sci Sports Exerc* 1985; 17: 354-9.
2. AMA – American Medical Association (US). Council report. Medical and nonmedical use of anabolic-androgenic steroids. *JAMA* 1990; 264(22): 2923-7.
3. Biernack P, Waldorf D. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods and Research* 1981; 10: 141-63.
4. Brower KJ, Blow FC, Beresford TP, Fuelling, C. Anabolic steroid dependence. *J Clin Psychiat* 1989; 50(1): 31-3.
5. Brower KJ, Blow FC, Young JP, Hill EM. Symptoms and correlates of anabolic-androgenic dependence. *Br J Addict* 1991; 86: 759-68.
6. Buckley WE, Yesalis CE, Friedl KE, Anderson WA, Streit AL, Wright JE. Estimated prevalence of anabolic steroid use among male high school seniors. *JAMA* 1988; 260(23): 3441-5.
7. Cohen JC, Noakes TD, Benade AJ. Hypercholesterolemia in male power lifters using anabolic-androgenic steroids. *Psy Sports Med* 1988; 16: 49-56.
8. Corcoran JP, Longo ED. Psychological treatment of anabolic steroid-dependent individuals. *J Subst Abuse Treat* 1992; 29(3): 229-35.
9. Creswell JW. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*: USA: SAGE Publications; 1998.
10. Daigle RD. Anabolic steroids. *J Psychoactive Drugs* 1990; 22: 77-80.
11. Diaz A, Barruti M, Doncel C. The lines of success? A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona. Barcelona: Laboratorio de Sociologia ICESB; 1992.
12. Dymment PG. The adolescent athlete and ergogenic aids. *J Adolesc Health Care* 1987; 8: 68-73.
13. Friedl KE, Yesalis CE. Self-treatment of gynecomastia in bodybuilders who use anabolic steroids. *Psy Sports Med* 1989; 17: 67-79.
14. Goldberg L, Bents R, Bosworth E, Trevisan, L, Elliot DL. Anabolic steroid education and adolescents: do scare tactics work? *Pediatrics* 1991; 87(3): 283-6.
15. Grossman CJ. Interactions between the gonadal steroids and the immune system. *Science* 1985; 227: 257-61.
16. Hurley BF et al. High-density-lipoprotein cholesterol in bodybuilders vs. powerlifters-negative effects of androgen use. *JAMA* 1984; 252: 507-13.
17. Johansson P, Halberg M, Kindlundh A, Nyberg. The effect on opioid peptides in the rat brain, after chronic treatment with anabolic androgenic steroid, nandrolone decanoate. *Brain Res Bull* 2000; 51: 413-8.
18. Johnson MD. Anabolic steroid use in adolescent athletes. *Pediatr Clin North Am* 1990; 37(5): 1111-23.
19. Karch SB. *The pathology of drug abuse*. USA: CRC Press; 1993.
20. Komoroski EM, Rickert VI. Adolescent body image and attitudes to anabolic steroid use. *Am J Dis Child* 1992; 146: 823-8.
21. Kopera H. The history of anabolic steroid and review of clinical experience with anabolic steroids. *Acta Endocrinol* 1985; 271: 11-8.
22. Korkia P, Stimson GV. Anabolic steroid use in Great Britain (an exploratory investigation). *The Centre (For Research on Drugs and Health Behaviour)* 1993; 4.
23. Lamb DR. Anabolic steroids in athletics: how well do they work and how dangerous are they? *Amer J Sports Med* 1994; 12: 31-7.
24. Landry GL, Primos WA. Anabolic steroid abuse. *Adv Pediatr* 1990; 37: 185-205.
25. Levandowski R, Mclerney VK, Scott DI. Anabolic steroids: performance enhancers? *N J Med* 1991; 88: 663-4.
26. Lukas SE. CNS effects and abuse liability of anabolic-androgenic steroids. *Ann Rev Pharmacol Toxicol* 1996; 36: 333-57.
27. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1993.
28. Murad F, Haynes RC. Androgens. In: Goodman LS, Gilman A, Rall TW et al., editors. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 7th ed. New York: MacMillan Publishing Co; 1996.
29. NIDA – National Institute on Drug Abuse (US). *NIDA Notes. Research Advances* 1997; 12.

30. Patton MQ. Qualitative Evaluation and Research Methods. London: Sage Publications; 1990.
31. Porcerelli JH, Sandler BA. Narcissism and Empathy in Steroid Users. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1672-4.
32. Pope H, Kouri EM, Hudson JI. Effects of supraphysiological doses of testosterone on mood and aggression in normal men. *Arch Gen Psychiatry* 2000a; 57: 133-40.
33. Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. The Adonis complex (the secret crisis of male body obsession). New York: The Free Press; 2000b.
34. Siegel RK. New patterns of cocaine use: changing doses and routes. In: Kozel N, Adams EH, editors. Cocaine use in America: epidemiologic and clinical perspective. Rockville: NIDA – USA; 1985.
35. Spano F, Ryan WG. Tamoxifen for gynecomastia induced by anabolic steroids? *N Engl J Med* 1984; 311: 861-2.
36. Strauss RH, Liggett MT, Lanese RR. Anabolic steroid use and abuse and perceived effects in to weight-trained women athletes. *JAMA* 1985; 253: 2871-3.
37. WHO – World Health Organization. Qualitative research for health programmes. Geneva: WHO – Division of Mental Health; 1994.
38. Whyte WF. Street corner society. Chicago: University of Chicago Press; 1943.
39. Wilson JD. Androgen abuse by athletes. *Endocrinol Rev* 1988; 9: 181-99.
40. Wilson JD, Aiman J, Mac Donald PC. The patogenesis of gynecomastia. *Adv In Intern Med* 1980; 25: 1-32.
41. Wilson JD, Griffin JE. The use and misuse of androgens. *Metabolism* 1980; 29: 1278-95.

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Endereço para correspondência

Ana Paula Timm Lobo
Departamento de Psiquiatria – FCM/Unicamp
Caixa Postal 6111
CEP 13031-970 – Campinas-SP
Tel.: (19) 3289-4819
e-mail: rapeli@dglnet.com.br