

Discutir para **COMBATER**

SANITARISTA LEVANTA QUESTÕES ESSENCIAIS PARA O
ENTENDIMENTO DO PROBLEMA DO CRACK NA SOCIEDADE

▲
Usuário em
ponto de
consumo de
crack no Rio
de Janeiro.

T

Diariamente, os meios de comunicação divulgam diversas notícias sobre a situação dos dependentes químicos e apreensão de entorpecentes. No entanto, pouco se discute questões básicas e fundamentais sobre crack, como as políticas públicas sobre drogas, a eficácia das campanhas de prevenção e dos métodos de tratamento, a visão que a sociedade tem em relação ao dependente, entre outros pontos. O médico e sanitarista Paulo Amarante, coordenador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz) e presidente nacional da Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme), debate alguns temas importantes para a compreensão do problema.

■ Uma questão de saúde, mas é doença?

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, conhecida como CID, é uma publicação organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que fornece códigos relacionados à classificação de doenças e seus respectivos sinais, sintomas, circunstâncias sociais, causas externas, entre outros pontos. Marcados de F10 a F19 estão os “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas”, como álcool, opioides, sedativos, estimulantes, canabinoides, tabaco, entre outros. A cocaína recebeu o código F14, mas o crack, especificamente, ainda não consta na lista (até o fechamento da revista).

“Podemos considerar o vício como uma espécie de transtorno, porque doença rigorosamente é um conceito muito genérico para se aplicar, não é um distúrbio específico, com características metabólicas, fisiológicas ou anatômicas”, esclarece Paulo Amarante. Ele explica que o vício era considerado uma “doença mental” até poucos anos no Brasil, mas a terminologia já não é mais utilizada. “Começou-se a perceber que o conceito de doença é um distúrbio quantificável de certa forma de alguma alteração. Ou seja, era muito usado, mas inadequado”.

Para o sanitarista, considerar o vício como uma doença é um fator que dificulta sua verdadeira análise e o consequente tratamento. “A causa da dependência é interna, tem mais a ver com a psicologia, a subjetividade do sujeito, sua forma de lidar com a sociedade, sua própria vida e tudo mais. Então, tanto a concepção do entendimento da dependência quanto a concepção do tratamento mudam quando você retira essa ideia de doença e passa a falar em dependência, no sentido do envolvimento do sujeito que a tem”.

Amarante ressalta que a dependência, seja de uma substância ou de uma situação (como a compulsão pelo jogo, por exemplo) é uma questão que reúne características sociais e aspectos individuais ao mesmo tempo. “São questões pessoais, de história de vida. As pessoas têm, por aspecto de sua biografia, sua constituição social, psicológica e individual, uma necessidade de buscar uma outra forma de compen-

sação. As carências são muito subjetivas”. “Por isso, há necessidade de uma terminologia mais precisa, mais adequada e mais pragmática para saber lidar com a questão da dependência química”, reitera.

■ A internação compulsória

Um dos pontos mais polêmicos em relação à reabilitação dos dependentes de crack é a internação compulsória. Ainda que tenha ganhado notoriedade com as medidas adotadas pelo governo do estado de São Paulo no início do ano de 2013, a ação é constitucional e possui respaldo na **Lei 10.216/2001** ».

De acordo com informações divulgadas no site do governo paulista, as medidas visam o cumprimento mais eficiente da lei, por meio de uma parceria entre os Poderes Executivo e Judiciário, além de médicos, juízes e advogados. A internação compulsória é uma medida viável apenas quando a pessoa coloca sua própria vida ou a de terceiros em risco, e quando já se esgotaram todas as outras possibilidades de intervenção.

O médico Drauzio Varella é um dos especialistas que defendem a utilização do método. Em artigo publicado em seu site (e que pode ser visto em bit.ly/1yPH9JQ), Drauzio explica que, “se a decisão de internar pessoas com a sobrevivência ameaçada pelo consumo da droga amadureceu a ponto de ser implantada, vamos nessa direção. É pouco, mas é um primeiro passo”.

Já Amarante faz parte do grupo que é contra a medida. Para ele, a internação compulsória age muito mais em função do executor do que em relação ao dependente. “A melhor solução é sempre aquela que tem uma visibilidade mais rápida. A polícia chega com o assistente social, joga ele na clínica, o ‘cracudo’ some e a cracolândia acaba. Então, cria-se esse apelo que aparentemente está se fazendo algo”.

O sanitarista acredita ainda que a intervenção também ajuda a corroborar um estereótipo marginal do dependente. “As internações levantam esse estigma de que são drogados, criminosos, traficantes. Ou seja, relaciona-se a dependência química a certa visão de marginalidade e de banditismo”, ressalta.

“Em alguns casos, quando a pessoa sai da internação compulsória, ela volta à droga com »

« O QUE DIZ A LEI

De acordo com a Lei 10.216/2001, existem três tipos de internação psiquiátrica:

- **voluntária:** quando há o consentimento do usuário;
- **involuntária:** sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro, como a família, por exemplo, com aprovação de um médico;
- **compulsória:** determinada pela Justiça a partir de laudo médico.

➤ maior intensidade, porque ficou traumatizada com a forma de tratamento, a família que chamou a polícia e que a levou compulsoriamente. Essa situação gera um conflito, porque a pessoa foi levada à força, sua individualidade foi violada”, reforça Amarante.

■ Os estereótipos

O usuário de crack é popularmente chamado de “cracudo” ou “noia”, e o local de grande concentração de dependentes e de venda da droga acabou recebendo o nome de “cracolândia”. A partir disso, são estabelecidas certas características a cada uma dessas nomenclaturas, o que facilita nossa compreensão da situação. No entanto, a estereotipificação não facilita, apenas generaliza o problema e dificulta ainda mais o seu entendimento.

“Essa visão que temos atualmente em relação à dependência química está muito estigmatizada. Ela já lida com a pessoa como uma ameaça social, como o responsável”, analisa Paulo Amarante. Quando a sociedade utiliza termos como “cracudo”, “viciado” e “cracolândia”, elas se tornam atitudes mais marginalizadoras e antiterapêuticas do que aquelas que ajudariam a resolver o problema, já que se estabelece uma visão muito estereotipada do sujeito, como se fosse um padrão que pode ser aplicado a todos.

Na opinião do presidente da Abrasme, a padronização do dependente impede até mesmo um tratamento mais preciso. “Quando se usa determinado diagnóstico que marca a pessoa, ele começa a obscurecer a visão que se tem do sujeito por trás do dependente”. “O paciente é culpabilizado por ser um drogado”, conclui.

■ Os tratamentos

As comunidades terapêuticas foram criadas no período da 2ª Guerra Mundial pelo psiquiatra sul-africano e radicado na Inglaterra, Maxwell Jones. Ele desenvolveu um modelo de tratamento psiquiátrico baseado em conceitos e técnicas inovadoras à época, como os psicodramas, filmes educativos e discussões sociais, aliadas à vida em comunidade. Com esse ambiente, era possível criar um processo contínuo de reinserção do indivíduo na sociedade.

O método criado por Jones se mostrou eficiente para o tratamento e a recuperação de



Estereótipos como “cracudo” ou “noia” apenas generalizam os indivíduos e dificultam a compreensão do problema social que a droga acarreta.

dependentes químicos – as técnicas utilizadas até então eram baseadas em repressão, castigos físicos e até eletrochoques. “No entanto, o que se chama de comunidade terapêutica é exatamente o contrário hoje, porque as pessoas são fechadas em algumas situações análogas à tortura”, denuncia Amarante. Uma rápida pesquisa em sites de busca exibe dezenas de reportagens que mostram tal situação em instituições brasileiras.

Outra questão levantada é a falta de investimentos por parte do Governo Federal no tratamento de dependentes. A última grande intervenção foi a criação do programa “Crack, é possível vencer” em dezembro de 2011, que faz parte do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Mais de R\$ 4 bilhões estão sendo investidos em tratamento, prevenção e enfrentamento do tráfico.

O sanitarista acredita que as ações deveriam priorizar a saúde pública. “Não se investe no SUS (Sistema Único de Saúde) o que se deveria. No caso da saúde mental, o governo está dando muito mais subsídios ou possibilitando o crescimento das comunidades terapêuticas, filantrópicas, serviços privados do que um investimento verdadeiro na área pública. Não há uma grande contratação de profissionais. Além disso, dentro das unidades dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas), todos os contratos dos funcionários e assistentes são precários”, relata.

No entanto, Amarante acredita que o foco para um tratamento mais eficaz deve ser o indivíduo. “Ao colocar o problema sobre a droga, deixa-se de cuidar da pessoa e das razões que a levaram a procurar essa compensação e esse mecanismo para diminuir sua ansiedade e as coisas que a incomodam”.

■ Questões sociais

Paulo Amarante acredita que a situação atual precisa ser discutida. “Entre tantas regras sociais que nós vemos, a pior delas é o proibi-

“AUTOMEDICAÇÃO”

É um termo utilizado por alguns autores para se referir ao papel que as drogas em geral exercem sobre o organismo das pessoas. “O sujeito tem um desejo de algo que retire dele aquele estado de sofrimento, ansiedade, angústia. Nesse momento, a droga se torna uma quase automedicação”, explica Paulo Amarante.

Essas situações podem ser as mais comuns do cotidiano, como beber porque está triste por causa de uma briga com a pessoa amada ou fumar um cigarro pelo fato de estar ansioso. “O indivíduo sabe que isso cria um efeito de sedação no sistema nervoso central que é causado por determinadas condições, e que pode ser também incorporado a uma rotina sem nenhum risco”, ressalta.

cionismo, que foi criando um mercado violento, que se associou com o tráfico de armas, de órgãos e outras práticas ilícitas. O dinheiro que se usa para a lavagem de dinheiro e corrupção passa pelo tráfico de drogas”. A opinião do sanitarista toma como exemplo a aprovação da lei que regulamenta o consumo e o cultivo de maconha no Uruguai e a liberação de alguns estados norte-americanos para o uso recreativo da cannabis. “Pelo menos, devemos superar essa ideia das campanhas punitivas. Elas acabam não fazendo efeito ou têm efeito adverso”, afirma.

O sanitarista é taxativo em relação a outra substância: o álcool. “Ele ainda é o maior problema de saúde pública do Brasil, mas parece que ninguém fala mais sobre isso”. No último Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad), realizado pela Unifesp, 4.607 pessoas de 149 municípios foram entrevistadas sobre consumo de bebidas alcoólicas.

Apesar de 52% se declararem abstinências, detectou-se um aumento do consumo entre os que bebem. Em 2006, quando o primeiro levantamento foi realizado, 45% dos entrevistados diziam consumir álcool uma vez por semana ou mais, o que foi considerado na pesquisa “bebedor frequente”. Seis anos depois, esse número chegou a 54%.

Existem diversos pontos de venda de bebidas alcoólicas em qualquer cidade do país, sendo que até mesmo menores de idade conseguem comprá-la. Seu consumo está associado a casos de acidentes de trânsito, violência doméstica e de diversas doenças, principalmente relacionadas ao fígado e ao sistema nervoso.



▲
O médico
e sanitarista
Paulo
Amarante.

“Ao colocar o problema sobre a droga, DEIXA-SE DE CUIDAR DA PESSOA”

FOTOS Tânia Rêgo/Agência Brasil e Virgínia Damas

SITES Governo do Estado de São Paulo • Conselho Regional de Psicologia de São Paulo • Governo Federal

LEI nº 10.216, de 6 de abril de 2001

PESQUISA II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad), 2012