



ENCONTROS DEMOCRÁTICOS

C I C L O D E D E B A T E S

DROGAS
**Internação compulsória:
violência ou solução?**



Encontros Democráticos são publicações do Espaço Democrático, a fundação para estudos e formação política do PSD

Drogas: a família precisa ser ouvida

A família é diretamente afetada e precisa ser envolvida na discussão sobre os caminhos a serem adotados para a recuperação de um dependente químico. Esse foi o alerta do psiquiatra Ronaldo Laranjeira, coordenador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo e PhD em Dependência Química na Inglaterra, em palestra no Encontro Democrático realizado em julho de 2017 para debater a questão das drogas e da internação compulsória de dependentes químicos.

Ronaldo Laranjeira lembrou que a lei já estabelece a possibilidade de um juiz decretar a internação compulsória de um usuário, assim como prevê a internação voluntária e a internação involuntária, que requer um laudo médico comprovando a necessidade da medida.

Laranjeira defendeu a internação involuntária. Com base em sua experiência como coordenador do programa Recomeço, que oferece diversas formas de tratamento e recuperação para dependentes, o psiquiatra diz que “as evidências mostram que o sucesso da internação involuntária é, no mínimo, igual ao da voluntária. Em uma semana, as involuntárias transformam-se em voluntárias. É um ato de saúde e misericórdia em uma sociedade civilizada”, afirmou.

Nas páginas seguintes, a íntegra da palestra e dos debates com o psiquiatra. Boa leitura.



SÉRGIO RONDINO: Este Encontro Democrático vai tratar de um tema extremamente polêmico, grave e importante não só para a sociedade brasileira. É uma questão mundial, a das drogas. Nós temos o prazer e a honra de receber o dr. Ronaldo Laranjeira. Ele é PhD em Psiquiatria pela Universidade de Londres e professor titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. É o investigador principal do Instituto Nacional de Políticas de Álcool e Drogas. Suas principais áreas de pesquisa são as seguintes: tratamento da dependência química, impacto das políticas públicas do álcool e outras drogas, bases biológicas da dependência e avaliação epidemiológica do uso de substâncias.

Essa questão é recorrente e antiga. Eu me lembrei de que, em 1995, fiz para o *Jornal da Tarde* uma série de reportagens sobre o tema. Reunimos vários especialistas para discutir a questão. O tema básico era: legalizar as drogas é

a solução? A série partiu da questão que existe até hoje: apesar da proibição e da guerra mundial ao tráfico de drogas, a venda e o consumo continuavam com muita facilidade. E quando se falava em legalização - ideia muito forte nos Estados Unidos à época - discutia-se também a ideia de que a guerra às drogas estava perdida. Pelo menos, exclusivamente via repressão policial. Dizia-se que era preciso buscar outras fórmulas e outras soluções.

Eu reli a abertura da reportagem e parece que foi escrita hoje: falava da guerra de quadrilhas nas favelas no Rio, das vítimas inocentes, dos tiroteios, do crime organizado, tudo o que está aí, com uma diferença: não havia Cracolândia em São Paulo. O crack não era, ainda, a droga tão disseminada que é hoje, quando todos se perguntam - e eu pergunto ao doutor Ronaldo Laranjeira: a internação compulsória é uma violência ou solução para o problema?

A GENTE TEM QUE LEVAR EM CONSIDERAÇÃO QUE, PARA CADA USUÁRIO DE DROGAS, HÁ QUATRO PESSOAS AFETADAS - E TEMOS DADOS MUITO CONSISTENTES SOBRE ISSO”.

RONALDO LARANJEIRA: O *Jornal da Tarde* era muito dinâmico e de alguma forma sentia o pulso da sociedade como poucos. Infelizmente já não temos um jornal como ele. E há 20 anos já sinalizava o debate que a sociedade brasileira tem que fazer de uma forma mais organizada. Talvez eu entenda, como todos, a polêmica do assunto. A internação é uma forma extrema de política que pode ser útil ou é uma violência? Eu vou falar mais do que é consenso em vez de polarizar o debate, porque com a polarização do debate, muitas vezes ficamos com uma visão meio extrema. Vou falar de uma resposta social, muito embora tenha um contexto de ações de governo e toda a sensibilidade de como eu vejo, como pesquisador. Minha contribuição é para que tenhamos uma resposta organizada da sociedade para o problema. E gostaria de falar sobre quem mais sofre, a família de uma pessoa que tem esse problema.

A gente tem que levar em consideração que, para cada usuário de drogas, há quatro pessoas afetadas - e temos dados muito consistentes sobre isso. Então, quando discutimos o consumo de drogas e as políticas que temos que adotar em relação ao uso, seja de álcool, maconha ou qualquer outra, temos que ouvir não só os especialistas, entre os quais eu me incluo, mas também a família do usuário. E as pesquisas revelam que mais de 80% da população querem uma proteção para seus familiares. E aí eu pergunto: qual é o consenso que a gente pode estabelecer? Porque se ficarmos num debate polarizado e prolongado, sem adotar ações, não vamos avançar.

Nós temos que dar soluções dentro de uma situação polêmica que envolve a política geral do País, as fronteiras. O Brasil não é um país produtor, por exemplo, de cocaína ou de crack,



mas somos países importadores. 80% do nosso consumo vem da Bolívia, nunca tivemos uma política de fronteira com nossos vizinhos em relação à produção de cocaína e fomos inundados nos últimos 20 anos. Parece que a matéria do *Jornal da Tarde* é de hoje, mas foram 20 anos em que o crime organizado cresceu, tanto que se banalizou o consumo de cocaína de uma forma absolutamente absurda.

Quando eu comecei na Medicina e no estudo da dependência química, há 40 anos, não havia cocaína. Sou de um mundo pré-cocaína, mas isso mudou substancialmente nos últimos 20 anos. Somos o segundo maior consumidor de cocaína e estamos avançando no consumo de maconha - tínhamos menos de 3% da população consumindo maconha e estamos rapidamente aumentando este percentual. Qual é o impacto em termos de saúde pública? É muito significativo. Mesmo nos Estados Unidos, com a legalização formal em vários Estados - e a legalização de fato em vários outros - aumentou o consumo de maconha. E isso tem impacto na saúde pública americana. Daí esse debate todo: a legalização resolve o problema?

Em Denver, no Colorado, cidade que mais precocemente legalizou a maconha, o consumo médio entre os adolescentes é o dobro da média dos Estados Unidos. O crime organizado aumentou em Denver com a legalização porque, por lei, é permitido vender até chocolate de maconha no Colorado. Você pode comprar, em um supermercado, um Gatorade de maconha. Metade do consumo de maconha naquele Estado não é para fumar. A gente sempre imagina maconha como um cigarro, mas há muita maconha comestível: chocolate e pirulitos, por exemplo. Isso foi o que a legalização fez no Estado do Colorado.

E é isso que a gente quer aqui no Brasil? Eu reluto à ideia da legalização porque vejo o que está acontecendo nos Estados Unidos. Mas, voltando ao Brasil, o que estamos fazendo aqui no Estado de São Paulo? Há um programa criado para tentar amparar as pessoas que, de alguma forma, estão sendo afetadas pelas drogas. Não é só o comportamento do indivíduo, a respeito do qual a gente possa defender a ideia de que "cada um faz o que quer". Esse é um princípio bom, mas mesmo para quem defende a maior individualidade possível, sempre há um porém: desde que não afete outras pessoas. Você pode estudar as origens do liberalismo: o indivíduo é maior do que qualquer pessoa, desde que não afete outros. E a droga não afeta unicamente o indivíduo. Eu insisto nesse aspecto porque é o que molda o debate e a lógica de produzir respostas para proteger não só o indivíduo. É lógico que a gente tem que proteger o indivíduo e a opção individual, mas ao mesmo tempo temos que proteger o indivíduo de si mesmo, em alguns momentos, e a própria sociedade. É a família que está sendo afetada pelo consumo de drogas.

Então, a lógica desses serviços que tentamos estimular aqui no Estado de São Paulo tem a ver com a busca de uma proteção familiar. O

programa *Recomeço* tem esse objetivo. Do meu ponto de vista, não consigo ver como se possa discordar desse programa. A sociedade precisa saber que isso está sendo feito no Estado de São Paulo. E não é dinheiro do governo federal, é do orçamento do Estado de São Paulo. Esse programa estadual não é financiado pelo SUS. O ponto central é o CRATOD (*Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas*), que é o gestor do programa *Recomeço*. Ele funciona 24 horas por dia, tem um plantão judiciário - juiz, promotor e defensor público - para poder receber as famílias que tenham dificuldade sobre o que fazer com os seus familiares. São 24 horas de urgências psiquiátricas. Ele é o ponto central do programa, que treina essas pessoas. A gente pode achar que todo profissional de saúde tem formação e capacidade para dar respostas a um problema complexo como este, mas não é assim.

Quando fiz a minha formação médica não tive isso. Aprendi de outras formas. Por isso o CRATOD tem a preocupação de capacitar a rede de cuidados para lidar com esse problema complexo. E não é só o CRATOD, na rua Prates (*centro de São Paulo*). Bolamos a rua *Recomeço*, que é levar o programa às pessoas, onde elas estão, na Cracolândia. Temos uma equipe de 40 pessoas. São dois agentes comunitários trabalhando juntos, tentando convencer os usuários. Não há nada involuntário. É um trabalho de convencimento naquela zona de guerra, um trabalho imensamente meritório. E não há só essas pessoas, há vários atores tentando proteger essa população na Cracolândia. Há igrejas, voluntários tentando proteger mulheres grávidas... Qual é o desafio, por exemplo, para proteger uma mulher grávida que está usando crack? Quando eu comecei nesse programa, encontrei uma grávida usando crack. Voluntariamente ela não iria para o tratamento.



Qual é o limite, em uma sociedade civilizada, buscando organização social: vamos deixá-la usando drogas e afetando a próxima geração? Qual é o limite do indivíduo e de uma sociedade organizada? Então, quando a gente fala de internação involuntária, estamos falando dos limites do Estado, que tem leis para fazer isso. Mas quando você está na linha de frente dessa situação-limite, tem que tomar algumas decisões. Por isso a primeira opção nunca é a da internação involuntária. É você montar esse esquema para estender uma mão para quem está precisando. Então criamos a Unidade Helvetia (*centro de São Paulo*), um prédio exatamente na rua da Cracolândia, com um programa financiado pelo dinheiro do contribuinte paulista. São oito andares. É um centro de convivência onde as pessoas podem chegar e simplesmente lavar o pé. Ou cortar o cabelo, tomar banho. Essa é uma primeira ação básica de saúde que o programa tem. E representa, de alguma forma, a filosofia do programa *Recomeço*.

No mesmo prédio tem o que a gente chama de linha de cuidados. Esse conceito é fundamental para entender. A primeira linha de frente não é a internação, voluntária ou involuntária. E o cara pode lavar o pé - e mais de 40 pessoas por dia lavam o pé, porque de tanto andar nas ruas fi-



Foto: Luis Blanco/ AZIMG / Fotos Públicas (15/06/2017)

Unidade Helvétia: o prédio na região central de São Paulo é um centro de convivência que ocupa os primeiros quatro andares, apenas para o desenvolvimento de atividades livres para os usuários

cam com os pés feridos. Tem um programa para lavar o pé dessa gente, um programa para cortar o cabelo. E tudo tem que ser monitorado, até o banho, porque se deixar um banheiro para o usuário, do jeito que ele está desorganizado, em duas horas entope o ralo do chuveiro porque deixou uma calça velha.

No andar de cima tem academia. Mais acima, dois andares de desintoxicação. A pessoa pode ficar cinco, seis dias para desintoxicar e começar o tratamento. E mais acima tem a moradia. A pessoa pode ficar por várias semanas até arrumar emprego, longe da zona de guerra. A linha de cuidados concentrada no Recomeço Helvétia, para mim, demonstra a filosofia do programa. Quando você fala da internação, é dentro de um

processo de cuidados. Esse conceito é importante. É um prédio novo, limpo e bem cuidado, num trabalho em parceria com os Narcóticos Anônimos, com os Alcoólicos Anônimos. A gente tenta integrar toda essa resposta social neste e em vários outros locais.

E temos várias clínicas de desintoxicação. Em Botucatu está um dos exemplos do serviço público oferecido com o dinheiro do contribuinte paulista. São lugares que funcionam. Em Aparecida tem a clínica de desintoxicação. As clínicas de desintoxicação são para os casos mais agudos e temos as parcerias com as comunidades terapêuticas. A melhor, e talvez uma das primeiras comunidades terapêuticas do Brasil, é a do padre Haroldo Rahm, em Campinas, que

começou há 30 anos. O padre Haroldo, aos 98 anos, é um líder no conceito da comunidade terapêutica dele. Temos 100 leitos pagos na comunidade terapêutica dele. Temos também a Comunidade Terapêutica Rural de Santa Carlota, em Itapira, com o Instituto Bairral. Algumas pessoas saem da Cracolândia e vão direto para lá. 60% dessas pessoas que vão para a comunidade terapêutica de Itapira não voltam para a Cracolândia.

Assim a gente consegue mostrar a resposta a esse complexo problema no Estado de São Paulo. Já são mais de três mil leitos e temos uma central de regulação de vagas. Você poderia argumentar que deveria haver mais vagas. Lógico que sim, mas a preocupação do Recomeço é criar um sistema para depois ampliar e ter a certeza, a convicção social de que esse é o caminho que a sociedade quer manter. Temos que ter um consenso sobre o que fazer. Alguém pode dizer: eu acho que tudo isso é perda de tempo e dinheiro. Diga isso para todas as famílias que foram e são beneficiadas. Não é o suficiente? Eu sou o primeiro a reconhecer isso. Mas se esse não for o caminho, a sociedade vai ter que falar que tudo isso que se faz não é correto.

Nós criamos essas unidades de Recomeço Família em vários locais na periferia de São Paulo. São unidades mínimas - uma pessoa do serviço social e uma assistente - a um custo muito baixo. São 13 unidades do Recomeço Família, como a gente chama, que orientam a família, que podem tentar conectar esse núcleo familiar com o sistema. Um dos problemas de saúde que a gente tem é o acesso da população desinformada aos serviços de saúde que já existem. Como melhorar o acesso da população mais desassistida aos serviços. Podem ser poucos, mas essa unidade Recomeço tem que melhorar. Qual é a via de saída dessa população? O sistema de tratamento tem que oferecer a porta de saída.

Vamos internar involuntariamente uma moça grávida? É uma violência contra ela, tem o direito de ter um futuro, com a família e o próprio filho? Então, o debate sobre a internação involuntária tem que ser contextualizado. Por isso a lei permite três tipos de internação. A voluntária, com o tratamento voluntário, que oferece ao usuário desde lavar o pé até o tratamento ambulatorial. É o sistema ambulatorial que dá sustentação a essas outras ações. Não tenho dúvida de que tenho que falar mais dos grupos de ajuda mútua, como os Narcóticos Anônimos, os Alcoólicos Anônimos, o Amor Exigente. É toda uma estrutura, primeira linha de frente organizacional, cujas ações no tratamento voluntário o programa tem que reconhecer e endossar. Chamo isto de comunidade de recuperação.

E temos que fazer uma distinção que acho importante, na forma de tratamento. Uma coisa é o tratamento médico, com psicólogo, que é um conceito estruturado. Outra coisa é a recuperação - a pessoa tem que recuperar sua rede social de proteção, sua família, a parte educacional, o trabalho, que eu chamo de porta de saída de um processo de uso de substâncias. São dois conceitos importantes. Eu chamo de comunidade de recuperação esses vários atores. Essa linha de frente é uma coisa absolutamente fundamental. Tudo isso está dentro do sistema voluntário de busca e ajuda que funciona e a gente tem que continuar a estimular para que isso continue funcionando. A internação por tratamento voluntário é um mundo enorme.

A lei permite a internação involuntária, que é um ato médico. A responsabilidade é entre o médico e uma pessoa da família - ou até do Ministério Público - e obviamente se faz contra a vontade da pessoa, no melhor julgamento do profissional de saúde, que é o responsável pelo ato médico da internação involuntária. To-



dos os países desenvolvidos têm leis sobre a internação involuntária. Essa é uma área sobre a qual li bastante e posso fazer comparações. Por exemplo, na Inglaterra não é só o médico, individualmente, quem decide sobre a internação involuntária. Se o médico diagnosticar que a pessoa precisa de uma internação involuntária, automaticamente aciona uma comissão de três pessoas - um outro médico fora da região, um assistente social e um membro da comunidade - para decidir que aquele sujeito precisa não só da internação involuntária, mas também do tratamento ambulatorial involuntário. Por exemplo, se algumas pessoas precisam tomar medicação, digamos, a cada quatro semanas. Isso, na Inglaterra, é legal. O usuário pode até não ser internado, mas tem que comparecer a determinado local uma vez por mês para receber uma injeção, ou tem que comparecer tantas vezes ao tratamento ambulatorial. Isso é um tratamento ambulatorial involuntário.

Então, cada país tem a sua medida de involuntariedade por lei. Se a gente for pensar, o custo disso é astronômico para a realidade brasileira. Eu apoiaria uma lei como essa aqui no Brasil, como médico. É uma decisão muito difícil de tomar, uma responsabilidade muito grande para o indivíduo, e eu seria o primeiro a querer dividir - por exemplo, no caso de uma mulher grávida usando crack: não vou fazer nada ou vou internar? Isso é internação involuntária.

Há a internação compulsória, que é um ato jurídico. Quem determina não é necessariamente um médico, mas um juiz, por concluir que certo indivíduo pode ser um risco para si mesmo ou uma ameaça para os outros. O juiz toma um ato jurídico. Por isso, no plantão do CRATOD existe um juiz, um defensor público e um promotor de justiça que, juntos, discutem casos complexos sobre qual a melhor ação a ser tomada.

Então, o debate sobre a internação involuntária tem que ser contextualizado dentro des-

O IRMÃO DE UMA PESSOA QUE ESTÁ PRESA POR TER MATADO OS PAIS ESTAVA VAGANDO PELA RUA, ENTRANDO DE CASA EM CASA. A MÍDIA ACOMPANHOU ISSO. OS PRÓPRIOS POLICIAIS PERCEBERAM QUE A PESSOA ESTAVA DESORGANIZADA. AO INVÉS DE LEVAR ESSE SUJEITO PRESO, LEVARAM PARA UM HOSPITAL-GERAL E LÁ VIRAM QUE A PESSOA ESTAVA DOENTE. FOI FEITA UMA INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA, QUE NO MEU MODO DE VER FOI UM ATO DE PROTEÇÃO”.

sa complexidade toda que eu tentei mostrar. A sociedade já decidiu. As pessoas que nós elegemos votaram essa lei, desde o ano 2000, se não me engano, que permite o tratamento dessa forma. Não estou falando nada diferente do que a legislação permite. Mas a sociedade, obviamente, vai ter que decidir, de tempos em tempos, se isto é compatível com o sistema democrático, desde que feito com os cuidados que a lei determina. Repito: todos os países democráticos e desenvolvidos têm leis sobre isso. A maioria das internações psiquiátricas na Suécia, que é um país democrático e desenvolvido, é involuntária. Infelizmente, se a gente for, hoje, a todos os lugares que têm assistência hospitalar psiquiátrica na cidade de São Paulo, vai constatar que 80% das pessoas estão lá involuntariamente - não só na área de dependência química, mas na psiquiatria de uma maneira geral. Falo com convicção.

Recentemente, o irmão de uma pessoa que está presa por ter matado os pais estava vagando pela rua, entrando de casa em casa. A mídia acompanhou isso. Os próprios policiais perceberam que a pessoa estava desorganizada. Ao invés de levar esse sujeito preso, levaram para um hospital-geral e lá viram que a pessoa estava doente. Foi feita uma internação involuntária, que no meu modo de ver foi um ato de proteção. Por dia, na cidade de São Paulo, todo mundo que é preso tem que esperar 24 horas para então ter uma audiência de custódia. São 160 pessoas por dia. E o juiz tem que decidir se é um caso de polícia, e aí o indivíduo vai ser preso pelo crime que cometeu ou não. Nessa decisão da Justiça entra a internação involuntária. Em vez de serem presas, as pessoas podem receber ajuda.

Se meu filho estivesse numa situação dessas, eu ia preferir que ele recebesse ajuda médica



em vez de ser preso por ter algum transtorno mental. Isso é um princípio do SUS. O SUS diz que cada um deveria receber os cuidados de acordo com a sua necessidade. A pessoa tem necessidade de ter um tratamento ambulatorial com o apoio de um grupo de ajuda mútua, tudo bem, mas se ele tem uma desorganização maior e mais limitante, tem que se beneficiar de uma internação, eventualmente até involuntária. Se eu tiver um infarto aqui, não adianta me levar para um ambulatório, eu preciso de cuidados de UTI. Esse é um princípio do SUS.

Estamos falando de um programa de saúde pública de primeira grandeza, já identificado pelo Jornal da Tarde - eu gostaria de prestar uma última homenagem aqui a esse jornalismo dinâmico. Acho que a sociedade ganha se entender mais as complexidades e os dilemas de quem tem essa responsabilidade, quer seja médica, quer seja da política de uma maneira geral.

SÉRGIO RONDINO: Obrigado. Eu gostaria agora de um rápido depoimento do Ricardo Patah, que é presidente do Sindicato dos Comerciantes de São Paulo e da UGT (União Geral dos

Trabalhadores), que tem uma experiência de atendimento no centro de São Paulo.

RICARDO PATAH: Quero parabenizar o professor pela palestra, que me surpreendeu por alguns dados que foram apresentados e atividades desenvolvidas que, confesso, desconhecia. Essa questão é muito profunda e grave. O que a gente percebe é que os acontecimentos e as pessoas da Cracolândia são invisíveis para a sociedade de uma forma geral. Aquelas pessoas são consideradas zumbis, é como se tivessem lepra. O pessoal passa longe, não quer nem saber. É como se nada estivesse acontecendo.

Este evento que está sendo desenvolvido aqui no Espaço Democrático é um indicativo importante. O PSD é um partido que está olhando a dimensão desse problema. Nós estamos falando das conseqüências, porque a origem, como foi dito, está nas plantações na Bolívia e de outros países e nós não temos a capacidade de impedir que a droga chegue aqui no Brasil, destruindo famílias e a nossa sociedade. É um problema tão grave que pode ser comparado a uma guerra. Assim, temos que ter a mesma contrapartida, a mesma dimensão.

Muitas vezes nós não exercemos um papel ativo nesta guerra. Mas o Sindicato dos Comerciantes de São Paulo tem feito esse papel. Nós representamos 500 mil trabalhadores em um setor da economia em que o pessoal trabalha demais, de domingo a domingo. Então, é um setor muito sensível à questão das drogas. Por isso temos departamentos específicos para cuidar de situações desse tipo.

Sobre a Cracolândia, quando foi tomada a decisão de acabar com ela, acho que o conceito poderia até estar correto, mas tudo foi feito de forma equivocadíssima, a meu ver. É lógico que pegaram alguns traficantes, é importante tirar essa gente da sociedade, mas os usuários, no dia seguinte, foram para outros pontos.

Essa não é uma questão de governo nem de Estado, é da sociedade. Cada um de nós tem a responsabilidade de iniciar um processo, de dar a mão para construir um Brasil cidadão. Porque sozinho, por maior que seja a capacidade que o Estado tenha, não vai conseguir; a Prefeitura não vai conseguir; um partido político não vai conseguir. Mas todos nós, juntos, conseguiremos.



TÚLIO KAHN: A sugestão de trazê-lo para debater o tema surgiu quando nos vimos no meio das ações que previam essas três modali-

dades de intervenção - a voluntária, a involuntária e a compulsória. Parece que a Prefeitura estava prevendo uma quarta alternativa, que seria a internação compulsória coletiva, e não individualizada, avaliada por um juiz. A gente não sabe até que ponto houve realmente esse tipo de tratativa, mas parece que extrapola os limites da sociedade democrática fazer a internação compulsória, que é um ato jurídico, sem passar por uma avaliação individual no sistema judiciário. Eu gostaria, também, de saber a opinião do professor sobre o programa Braços Abertos, que vinha sendo tocado pela administração municipal anterior (do prefeito Fernando Haddad).

RONALDO LARANJEIRA: Eu busco o consenso, que é a lei. Nós temos somente esses três tipos de ações que a lei permite. Do ponto de vista legislativo, se você vai fazer uma internação voluntária, involuntária ou compulsória, é um ato de saúde ou jurídico. Na saúde pública, se você tiver grandes problemas de infecção, por exemplo, talvez a lei sanitária leve a fechar áreas como ação coletiva para proteger a sociedade. No caso de uma ação de saúde mental, é um ato individual. Dizem que, na guerra, a primeira a sofrer é a verdade. A Cracolândia é uma zona de guerra. Mas, por mais que seja assim, o governo e a sociedade têm que declarar abertamente o que está sendo feito.

A nossa sociedade tem que estender a mão para as pessoas que caíram nessa situação. Há muitos casos de pessoas que se recuperam, todos os dias. Nos Estados Unidos e no Brasil há as chamadas faces e vozes da recuperação. Há um vídeo americano que mostra que mais de 5 milhões de norte-americanos se recuperaram da dependência química. Às vezes as pessoas têm vergonha, um bloqueio de falar de sua própria

recuperação, mas o próprio George Bush, que foi presidente dos Estados Unidos, tinha um problema de álcool terrível. É público isso. Barak Obama foi usuário de cocaína e maconha e virou presidente dos Estados Unidos. Eu acredito na recuperação. Eu tenho certeza de que há pessoas aqui que estão envolvidas ou já estiveram envolvidas na recuperação de alguém. Mas quando falo da mãe que está usando crack e está grávida, falo de pessoas que precisam de uma mão estendida. O trabalho do padre Haroldo, já há mais de 40 anos, faz parte de uma resposta social. Então, nosso trabalho não é só um ato médico. Sou psiquiatra, tenho muito orgulho de ser psiquiatra, professor de psiquiatria e eu sei que a solução não é só psiquiátrica, envolve uma série de atores que eu chamo da comunidade de recuperação.



SÔNIA DE FREITAS TOLEDO RODRIGUES:

Eu trabalho no Sindicato dos Comerciários de São Paulo, na Secretaria de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Diante do que foi exposto, vejo que há alguns órgãos dando encaminhamento e suporte para as pessoas. No caso da pessoa com deficiência auditiva, como é essa recepção? Porque alguns têm libras, outros não. Como está essa questão da acessibilidade no local em que eles serão assistidos?

RONALDO LARANJEIRA: O sistema de saúde tem que caminhar muito para incluir a população que tem mais dificuldade. Alguns de vocês dizem que não conheciam o que se faz com dinheiro público. Minha função, dentro da vida universitária e acreditando que o sistema público de saúde é absolutamente fundamental para todos nós, também é divulgar o que está sendo feito, como uma prestação de contas para a sociedade. A gente tem que falar sobre o que está errado ou pode ser melhorado. Se algumas pessoas estão se beneficiando, que mais pessoas possam se beneficiar. A sua pergunta é absolutamente relevante: como a gente pode melhorar a acessibilidade desses serviços que o Estado e os municípios estão oferecendo. Eu gostaria de ter uma resposta melhor para dar, mas não estaria sendo honesto se dissesse que estou satisfeito com tudo o que está sendo feito.



FRANCISCO JOSÉ PANSIGA JR.: Eu sou da periferia - região do Jardim São Luiz, Capão Redondo, Valo Velho -, onde muitos jovens estão se acabando com as drogas. Por que os jovens procuram as drogas: é o desemprego? É a falta do Estado agindo?

RONALDO LARANJEIRA: Essa é o que chamamos de a pergunta de um milhão de dólares. Infelizmente a droga não escolhe classe social. Mas há um certo paradoxo: a droga segue o dinheiro - onde se consome mais droga é nos países com mais dinheiro - mas ao mesmo tempo a droga penaliza mais a população mais vulnerável das grandes cidades. Embora afetada com muita intensidade, a população que tem mais dinheiro se protege mais. A população periférica fica muito mais desprotegida. Eu comecei meu trabalho voluntário há 20 anos, no Jardim Ângela, com o padre Jaime. E conheço toda uma proteção social que já existe para tentar deixar essa população menos vulnerável. É um trabalho de décadas que muita gente faz. Mas tem esse paradoxo: aumentou o consumo, aumentou a oferta de droga nessas duas décadas e a droga está mais barata. Há poucos lugares do mundo onde você compra um saquinho de cocaína ou uma pedra de crack por cinco ou dez reais.

FRANCISCO JOSÉ PANSIGA JR.: Só para ter uma base, aqui no centro um saquinho de maconha custa dez reais.

RONALDO LARANJEIRA: Então, é um preço que mesmo quem vive na condição de desabrigado pode conseguir esmolas o suficiente para comprar. Há essa explicação para a sua pergunta: nós aumentamos a oferta de drogas, a droga está mais barata. Qual a diferença, por exemplo, entre São Paulo e Rio de Janeiro? No Rio, o tráfico se concentra nas favelas e tem lá as brigas de tráfico. Aqui nós temos o tráfico mais pulverizado, mas mais organizado. Há muita complexidade na pergunta e na resposta.



CLEONICE CAETANO SOUZA: Sou do Sindicato dos Comerciários de São Paulo, onde temos um trabalho voltado para essa questão de álcool e outras drogas há muitos anos, e também faço parte do Instituto Mutare. Sabemos que a Cracolândia do centro de São Paulo incomoda muito mais a sociedade do que as cracolândias que temos em outros bairros. As cracolândias do Jardim Elba, onde eu moro, do Jardim Ângela, do Jabaquara... essas não incomodam porque a elite não está lá. A elite passa pela cidade, pelo centro de São Paulo. A elite vai à Sala São Paulo, que é ao lado da Cracolândia. A gente olha para o lado direito e vê a Sala São Paulo, maravilhosa, as pessoas chegando em seus carrões. Olha para o lado esquerdo e vê a Cracolândia, com pessoas abaixo da linha da pobreza, em situação de vulnerabilidade. Por isso querem fazer o combate à Cracolândia do centro, porque a elite se incomoda. É uma higienização que estão tentando fazer na cidade. Mas, para que a Cracolândia desapareça, só acabando com o tráfico, e isso nós sabemos que não vai acontecer. Infelizmente são necessárias forças muito maiores do que a nossa vontade para acabar com o tráfico.

Debates como esse têm mesmo que acontecer, com a formação de grupos de discussão para saber o que cada um está fazendo no seu espaço, para aprendermos, uns com os outros, como combater as drogas nas nossas comunidades e, sobretudo, na periferia, porque é lá que

está o grande problema.

O senhor falou sobre a questão da mulher grávida. Mas além do prédio que existe naquele espaço que o senhor citou, faltam unidades terapêuticas para as mulheres. Sabemos que há algum tempo o consumo de drogas estava na proporção de dez homens para uma mulher, mas agora fiquei sabendo que já é de um homem e meio para uma mulher. Então, há muitas mulheres indo para as drogas, mas não tenho conhecimento de muitos espaços terapêuticos e clínicas para as mulheres. Como obter essa informação? De que forma? Quando a mulher está grávida, para onde ela vai com essa criança, quando nasce?

RONALDO LARANJEIRA: Eu concordo que está aumentando a proporção de mulheres que usam drogas, em relação aos homens. Essa é uma realidade internacional que a gente também vive aqui no Brasil. Quando falamos da Cracolândia, temos que pensar na mistura com moradores de rua. É uma população mais doente e com menos acesso aos serviços. Cerca de 30% das pessoas que estão na Cracolândia estão lá há menos de cinco anos, e outras 30% estão lá há menos de um ano - pessoas que muitas vezes estavam estudando nas universidades, tinham emprego e ficaram desempregadas, ou saíram de uma prisão curta, não têm para onde ir e acabam se abrigando ali. Os serviços têm que entender essa dinâmica, que acontece o tempo todo, e não há dúvida de que uma grande onda que existe é a das mulheres - como mencionei, no Estado de São Paulo há unidades só para mulheres grávidas. Mas temos que melhorar não só a internação, mas a linha de frente, porque as mulheres vão ter problemas diferentes. O comércio sexual das mulheres que entram nessa roda, por exemplo. É difícil sair. A mulher

sofre com a prostituição, com o tráfico, e acaba sendo enredada por uma vulnerabilidade diferente da dos homens.

E os serviços têm que atentar para esses caminhos diferentes. Nós temos que atentar dentro da lógica de fazer os serviços para a população mais vulnerável. E esse é um desafio. Não tenho dúvida de que dentro da lógica de oferecer serviços para dependência química, o grande desafio é atingir aquele sujeito vulnerável lá na periferia. A classe média tem mais recursos e quem tem mais recursos tem mais facilidade e informação para acessar o sistema de saúde. Essa reversão lógica de acesso à saúde é um debate em si mesmo.



HELIODORO SÁ: A minha pergunta é a seguinte: o sentimentalismo, a burocracia da lei e a fuga da realidade não atrapalham muito?

RONALDO LARANJEIRA: A sociedade tem que tentar melhorar a sua proteção em vários aspectos. Você tem que partir do princípio de construir soluções, que é o que estamos fazendo aqui. Não existe, no meu modo de ver, uma oposição ao programa Braços Abertos. Há uma curva de aprendizado, em termos de política. A melhor política é aquela que é reavaliada e progressivamente muda as opções. Na política de saúde pública, por exemplo, não existe uma solução única. Daqui a cinco anos vamos falar

UMA GERAÇÃO ATRÁS ERA NORMAL FUMAR INCLUSIVE NA FACULDADE DE MEDICINA. HÁ 40 ANOS, QUANDO EU ERA ALUNO, A PESSOA ASSISTIA ÀS AULAS FUMANDO, PROFESSORES DE MEDICINA FUMAVAM NA FRENTE DE TODOS. HOJE É IMPENSÁVEL ISSO. A SOCIEDADE MAIS ORGANIZADA E MAIS CRÍTICA SOBRE O QUE SE TOLERA OU NÃO TEM UMA HISTÓRIA DE SUCESSO. E É POR ISSO QUE HÁ SOLUÇÃO PARA O TRÁFICO ORGANIZADO”

aqui sobre o mesmo problema e vamos nos perguntar: o que a gente aprendeu e o que a gente pode melhorar? A sociedade precisa entender a complexidade do consumo de substâncias, não só da droga ilícita, mas do álcool. Do ponto de vista de saúde pública, o álcool consome mais vidas, consome mais famílias e é responsável por mais crianças abandonadas nas ruas. Há várias pesquisas que mostram isso. De longe, é o maior problema.

No caso do cigarro, a sociedade brasileira teve uma resposta global que foi importante. E diminuímos o número de fumantes. Anos atrás, estaríamos aqui com muita gente num ambiente absolutamente tóxico. E hoje ninguém está fumando. A resposta positiva da sociedade em relação ao cigarro é uma história de sucesso. Ainda parcial, mas estamos melhores hoje, porque entendemos os malefícios, proibimos o cigarro em ambientes públicos, proibimos a propaganda na televisão, que deseducava os nossos filhos. Foi um processo. Anos atrás, quando o governo ia contra a propaganda do cigarro, lembro que foi uma pressão fenomenal. Foram vários governos, de diferentes tendências políticas. A história do cigarro é uma história de sucesso da sociedade organizada. É uma resposta e um ganho da sociedade como um todo: diminuiu pela metade o número de fumantes. Uma geração atrás era normal fumar inclusive na Faculdade de Medicina. Há 40 anos, quando eu era aluno, a pessoa assistia às aulas fumando, professores de Medicina fumavam na frente de todos. Hoje é impensável isso. A sociedade mais organizada e mais crítica sobre o que se tolera ou não tem uma história de sucesso. E é por isso que há solução para o tráfico organizado - assim como a gente enfrentou a indústria do tabaco, que até hoje ainda está aí, mas de forma mais contida do que anos atrás.



LUCILA CALDAS: Eu gostaria de fazer um pequeno depoimento. Trabalhei num programa de ajuda a meninos de rua, com a Alda Marco Antonio, há mais de 20 anos. Eram meninos drogados. Eu estava à frente do programa na Eletropaulo e levávamos os meninos de forma involuntária, não tinha essa história de que todo mundo era contra. A gente não perguntava. Levava e pronto. Não sabíamos nem se havia leis. Levei muitos para o padre Haroldo. A questão é que começam a usar droga por falta de opção, como ainda acontece hoje. Há três semanas, no Interior, onde faço trabalho na comunidade, um menino veio pra mim e falou: "Olha, nós fumamos maconha porque não temos mais nada de bom para fazer aqui". É um trabalho muito difícil, mas acho que tem que ser feito, como esse que vocês estão fazendo - ir às ruas, buscar esse pessoal, conversar, tentar trazer. Esse negócio de liberar, sou contra. Já trabalhei, já vivi, já vi até meninos morrerem por causa de drogas. Famílias perdidas.

RONALDO LARANJEIRA: Eu conheci o trabalho da doutora Alda Marco Antonio. Acredito que nós temos que trabalhar pelo convencimento, pela educação, fazer com que a sociedade entenda qual é a consequência do consumo de qualquer substância. E temos que proteger a população vulnerável. Eu vejo isso como um

ato de misericórdia. A palavra misericórdia vem de você oferecer a mão para as pessoas realmente necessitadas. É um ato legal, é a misericórdia legalizada que dá apoio àquela linha de frente, quer seja na área social, quer seja na área de saúde. A sociedade organizada tem que ter formas para regulamentar isso sem infringir nenhum direito. No Brasil a gente tem esse arcabouço jurídico - tentar proteger os indivíduos, mas também proteger a sociedade de alguns comportamentos.



JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA: Nós sabemos que o álcool e o tabaco são as drogas que mais matam no planeta. O que o governo está pensando em fazer em relação a isso? Outra coisa: não sei se estou errado, mas o que entendi, pelo que o senhor falou há pouco, é que há prioridade para a internação involuntária principalmente para as grávidas, para que suas crianças possam vir ao mundo de uma forma diferente. Na internação involuntária, qual o índice de sucesso que nós temos?

RONALDO LARANJEIRA: José Carlos, você é um dos grandes guerreiros que eu conheço na linha de frente. Quero falar da minha admiração pelo trabalho que você vem fazendo há tantos anos. Você chamou a atenção sobre a efetividade da internação involuntária. As evi-

dências mostram que o sucesso na intervenção involuntária é, no mínimo, igual ao da internação voluntária. Nos Estados Unidos existe um sistema chamado *Drug Court*, a justiça terapêutica, como a gente chama aqui no Brasil. A pessoa que comete um ato antissocial, nos Estados Unidos, em vez de ser presa imediatamente, vai para uma corte especializada em álcool, drogas e saúde mental. São mais de 500 cortes espalhadas pelos Estados Unidos.

Como eu disse, o resultado da internação involuntária é, no mínimo, igual ao da internação voluntária. Os dados que a gente tem mostram que, em uma semana, as internações involuntárias se transformam em internações voluntárias. São dados públicos, qualquer pessoa pode obtê-los pela lei de acesso à informação. São dados das pessoas internadas involuntariamente no CRATOD. Em dois ou três dias a pessoa melhora cognitivamente e aceita o tratamento. Então, por isso vejo a internação de acesso ao serviço como um ato de saúde, de misericórdia. A palavra misericórdia, historicamente, é parte das religiões. Não é por acaso que o padre Haroldo e outras religiões estão tão envolvidos com essa linha de frente que eu chamo de comunidade da recuperação. Há uma interconexão histórica. As histórias dos grupos de autoajuda se confundem com muitas outras, como a da conversão de Santo Agostinho, por exemplo. Leiam a história da conversão de Santo Agostinho e verão como a pessoa pode ser ajudada. Estou falando como um profissional da recuperação. Isso é histórico, milenar.

Eu acho que a sociedade tem que estimular essas forças que existem. Para mim, esse debate é isto, é estimular essas forças que existem na sociedade contra o mal do crime organizado, que se beneficia das pessoas, das mulheres. Nossa geração foi vítima da indústria do tabaco

e agora uma parte da nossa sociedade é vítima do crime organizado. Precisamos deixar um legado melhor para os nossos filhos.



ÍTALO CARDOSO: Quero parabenizar o Sindicato dos Comerciários, que foi o primeiro sindicato que olhou para além das portas, para a rua. Em todo ato que temos hoje na cidade de São Paulo vemos as bandeirinhas da UGT, do Sindicato dos Comerciários. Isso é muito importante e é também uma forma de mostrar, para outros sindicatos e outras categorias, que esse problema não é só da categoria dos comerciários. O operário, o médico, o jornalista - todos têm esse problema de envolvimento com drogas.

O debate foi tratado pela ótica da saúde, mas sabemos que é um problema de Estado. Todas as vezes em que se tratou desse problema pela força policial, quando ela chegou antes da saúde, deu no que deu. Só os médicos não vão resolver o problema, tem que ter a força. E quando essas forças trabalham de forma separada, dá problema. Então, só o Estado pode puxar para ele e tratar de forma ampla.

Tem aspectos que eu gosto de tratar sempre. A questão da família, por exemplo. Você trata um jovem que tem um problema com droga lá na rua. Faz o trabalho, faz o investimento e aí ele chega



em casa e o pai, que é o macho, que é o bruto, dá um pé na bunda e fala: "Aqui não fica maconheiro, vai para a rua". Ou então a mãe que alisa: "Coitadinho do meu filho". Pensando na ótica do tratamento de saúde, nenhum dos dois lados ajuda. E a casa poderia ser - e é, quando bem trabalhada - um complemento para o trabalho de saúde que vocês fazem nas ruas e que pode resolver mais do que um leito hospitalar.

Outro problema é que todas as vezes que se fez campanha de peso de combate às drogas, qual foi o primeiro problema que tivemos? Onde estão, por exemplo, os leitos na rede pública, seja ela estadual ou municipal? Por que não se trata como uma questão de orçamento público? Poderia ser definido que, dentro do orçamento de saúde, tantos por cento serão para a questão do enfrentamento das drogas. Deve haver o entendimento de que isto é ação de governo, prevista no orçamento da saúde: vamos fazer uma

campanha pública, mas o Hospital de Campo Limpo terá certa quantidade de leitos reservados para a essa demanda. Os orçamentos devem ter um *plus* para atender a demanda.

Eu já orientei muita gente a fazer barulho, a gritar, a dar uma de louco para conseguir a internação. Quando faz isto consegue internação. Se chegar lá todo bonitinho na fila, não vai. Então, se não temos condições de atender a demanda que já existe fora da campanha, imagine mexer na Cracolândia, mexer no vespeiro que é a Cracolândia. Então, eu gostaria que senhor falasse sobre a questão de orçamento público e sobre a ação articulada - não só a polícia pensando do lado dela e o médico pensando no lado dele, até porque tem que envolver psicólogos, as entidades que ajudam e que fazem um trabalho fabuloso. Então, há várias forças que podem se juntar inclusive ao trabalho brilhante que vocês fazem.

RONALDO LARANJEIRA: Eu não tenho dúvida de que a família é a linha de frente, quer seja na prevenção, quer seja no tratamento e recuperação. Porque a família fica desorientada quando tem esse tipo de problema, independentemente de classe social. Eu faço parte de um grupo de médicos que cuida de médicos com problemas. O Conselho Regional de Medicina tem um programa específico, já há 10 anos, que pouca gente conhece. As pessoas às vezes não sabem que os médicos têm problemas com drogas, problemas mentais, se suicidam. Temos que ter uma resposta menos preconceituosa e saber que precisamos de ajuda em vários níveis. E eu não tenho dúvida de que a família é uma resposta de prevenção. A família fica confusa numa situação dessas. Qual é o limite tolerável de exposição de um adolescente ao álcool, à maconha? Qual é o limite para você, como pai? Como vai estimular a próxima geração a se proteger?

Eu concordo com você que, para dar conta das pessoas que voluntariamente buscam um tratamento, muitas vezes a gente tem que dar cotovelada até conseguir colocar alguém que conhece no sistema de tratamento. Temos que incluir mais. A gente mal dá conta da demanda espontânea. O Estado de São Paulo tem 3 mil leitos. Mas volto à sua pergunta: tem pessoas que entendem mais de orçamento do que eu e como tornar parte do gasto dos Estados e dos municípios uma resposta a um problema social. Não adianta buscar só o serviço voluntário que já faz isso há anos - Narcóticos Anônimos, Alcoólicos Anônimos, Amor Exigente. A resposta da sociedade já existe. Nós temos que estimular. Mas existe um custo. O trabalho voluntário vai até certo ponto. A partir de determinado ponto precisamos de uma resposta orga-

nizada, de dinheiro, e precisa estar definido no orçamento. A gente não pode ter a ilusão de que só com discurso e conversa a gente vai reverter toda essa dinâmica complexa. Precisa de recursos alocados, transparentes. Hoje as pessoas que estão na linha de frente fazem muito com os pouquíssimos recursos que o Estado oferece.

Com o orçamento temos que sinalizar para a próxima geração o nível de preocupação que temos. Sinalizar que identificamos o problema e alocamos os recursos suficientes, as estratégias de peso para a dimensão deste problema. Acho que o mundo político tem muito a oferecer. O debate, como está sendo feito nesta noite, para mim é muito significativo.

Eu não tenho a resposta e a solução para todos os problemas. Acho que a junção do mundo da saúde, dos serviços sociais, o mundo da política geral e da política mais organizada é que vai permitir alocar os recursos significativos para a próxima geração. Acho que esse é o legado que esse debate tem que sinalizar, para colocarmos nos nossos orçamentos estadual e federal. E já que estamos falando de orçamento, o que existe de recursos para a Secretaria Nacional Antidrogas é um negócio pequenininho. As pessoas que estão lá na linha de frente fazem muito com pouco dinheiro. Talvez os sindicatos tenham mais recursos do que a própria Secretaria Nacional Antidrogas do Governo Federal.

SÉRGIO RONDINO: Em nome do Espaço Democrático, eu agradeço ao doutor Ronaldo Laranjeira por essa exposição tão esclarecedora. E agradeço a todos vocês pela participação. Muito obrigado e até o próximo Encontro Democrático.



Foto: Allan White / Fotos Públicas (13/06/2017)

Praça Princesa Isabel, em São Paulo: concentração de usuários na chamada Cracolândia

Presidente

Guilherme Afif

1º Vice-presidente

Vilmar Rocha

2º Vice-presidente

Diretor de Relações Internacionais

Alfredo Cotait Neto

Secretária

Alda Marco Antonio

Diretor Superintendente

João Francisco Aprá

Conselho Superior de Orientação

Presidente - Gilberto Kassab

Guilherme Afif

Henrique Meirelles

Omar Aziz

Raimundo Colombo

Otto Alencar

Claudio Lembo

Ricardo Patah

Vilmar Rocha

Guilherme Campos

Robinson Faria



Fundação para Estudos e Formação Política do PSD

ENCONTROS DEMOCRÁTICOS - Coleção 2017 - "Drogas - Internação compulsória: violência ou solução?"

ESPAÇO DEMOCRÁTICO - Site: www.espacodemocratico.org.br Facebook: **EspacoDemocraticoPSD** Twitter: **@espdemocratico**

Coordenação - Scriptum Comunicação - Jornalista responsável - Sérgio Rondino (MTB 8367)

Projeto Gráfico - BReeder Editora e Ass. de Com. Ltda - Marisa Villas Boas - Fotos - Scriptum, Fotos Públicas e Shutterstock



www.espacodemocratico.org.br