

DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Crack assusta e revela um Brasil despreparado

Proliferação de cracolândias mobiliza Senado a buscar melhorias na assistência prestada pelo Estado e pela sociedade aos usuários de drogas

IV CONCURSO DE REDAÇÃO DO SENADO FEDERAL

TEMA:

o Brasil que a gente quer
é a gente quem faz



O finalista de cada estado participará do Projeto Jovem Senador.

Mais informações

Site: www.senado.gov.br/concursoredacao

Twitter: @redacaosenado

Blog: concursoredacao.wordpress.com



Crack assusta e revela um Brasil despreparado

Em discussão! traz nesta edição a cobertura do ciclo de debates sobre o enfrentamento ao crack e a outras drogas, promovido, no Senado, pela Subcomissão Temporária de Políticas Sociais sobre Dependentes Químicos de Álcool, Crack e Outros

Carta ao Leitor

Depois de edições sobre infraestrutura (aviação e banda larga), **Em discussão!** enveredou pela área social. No número anterior, abordou o trabalho escravo e, agora, a dependência química e a ameaça do crack.

Este ano, os senadores da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) criaram uma subcomissão que, em vez dos fóruns que analisam a questão sob a ótica da repressão, tem foco na oferta de tratamento aos usuários.

A falta de dados atualizados sobre dependência química no Brasil, especialmente do crack (uma pesquisa prometida para abril teve sua divulgação adiada muitas vezes), não embaraçou a subcomissão, que ouviu representantes do governo e da sociedade.

As avaliações, feitas em sete reuniões (veja a lista na pág. 5), demonstram que a rede pública de atendimento a dependentes químicos é mínima, está desarticulada e, via de regra, não oferece possibilidade de internação. Assim, fica ainda mais difícil a recuperação de quem está aprisionado pelas drogas, entre elas o álcool, cujos riscos para os usuários e disseminação são superiores aos de qualquer outra substância.

Na ausência do Estado, comunidades terapêuticas, geralmente ligadas a religiosos, oferecem alternativas às famílias para o tratamento dos seus dependentes químicos. Porém, os ser-

viços dessas entidades não obedecem a padrões e, por isso, ficam sem apoio público.

A escolha da subcomissão de lançar sua atenção sobre as vítimas das drogas coincide com a tendência mundial de repensar a política de combate a entorpecentes. A repressão já provou não ser suficiente. Pior, custa caro aos contribuintes, discrimina os dependentes e ainda abastece a violência do tráfico.

Essa análise também leva em consideração que é impossível afastar por completo as pessoas das drogas. "Por motivos de cura, religiosos, recreativos ou até existenciais, as drogas acompanham a história da Humanidade", reconhece o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (Unodc). "Todos somos pré-dependentes químicos por natureza, seja do dinheiro, do poder, do sexo, da droga, da bebida", resume o médico Aloísio Freitas.

Para acabar com a sensação de que governo e sociedade estão "carregando água na peneira" a cada vez que uma cracolândia esvaziada pela polícia volta a funcionar, é que os senadores elaboram projetos para melhorar o sistema de atendimento aos cidadãos presos na cilada das drogas.

Em discussão!, além da radiografia que confirma a deficiência no tratamento, apresenta essas possíveis saídas para minorar o problema.

Boa leitura!

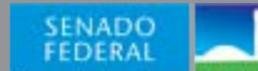
Mesa do Senado Federal

Presidente: José Sarney
1ª vice-presidente: Marta Suplicy
2ª vice-presidente: Wilson Santiago
1º secretário: Cícero Lucena
2º secretário: João Ribeiro*
3º secretário: João Vicente Claudino
4º secretário: Ciro Nogueira
Suplentes de secretário: Gilvam Borges*, João Durval, Maria do Carmo Alves e Vanessa Crazziotin

Diretora-geral: Doris Peixoto
Secretária-geral da Mesa: Claudia Lyra

*Licenciados

Expediente



Secretaria Especial de Comunicação Social

Diretor: Fernando Cesar Mesquita
Diretor de Jornalismo: Davi Emerich

A revista **Em discussão!** é editada pela Secretaria Jornal do Senado

Diretor: Eduardo Leão (61) 3303-3333
Editores: João Carlos Teixeira e Thâmara Brasil
Reportagem: João Carlos Teixeira, Juliana Steck e Thâmara Brasil
Diagramação: Bruno Bazílio e Priscilla Paz
Arte: Cássio Costa, Diego Jimenez e Priscilla Paz
Revisão: André Falcão, Fernanda Vidigal, Juliana Rebelo, Pedro Pincer e Silvio Burle
Pesquisa de fotos: Braz Félix, Leonardo Sá e Natasha Machado
Produção: Mauro Vergne
Tratamento de imagem: Edmilson Figueiredo e Roberto Suguino
Circulação e atendimento ao leitor: Shirley Velloso (61) 3303-3333

Capa: Priscilla Paz sobre foto de Marcello Casal/EBC

1ª impressão: 2.500 exemplares
2ª impressão: 12 mil exemplares

Site: www.senado.gov.br/emdiscussao
E-mail: jornal@senado.gov.br
Tel.: 0800 61-2211
Fax: (61) 3303-3137
Praça dos Três Poderes, Ed. Anexo 1 do Senado Federal, 20º andar – 70165-920 – Brasília (DF)

Impresso pela Secretaria Especial de Editoração e Publicações – Seep

Contexto

Crack chama a atenção para dependência química

PÁGINA 7

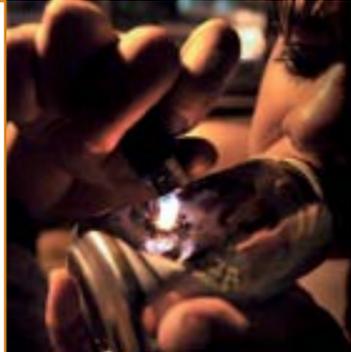
Subcomissão prioriza vítimas da droga

PÁGINA 10

Guerra contra as drogas fracassou, afirma comissão da ONU

PÁGINA 18

MARCELLO CASAL/EBC



Realidade brasileira

Droga já teria chegado a 1,2% da população

PÁGINA 22



ZANONE FRAISSAT

Universitários têm consumo mais intenso e frequente

PÁGINA 27

Álcool é problema muito mais grave, dizem médicos

PÁGINA 30

Tratamento

Reabilitação desafia a sociedade

PÁGINA 32

Brasil adota redução de danos, mas não há consenso

PÁGINA 36

País oferece 0,34% dos leitos que seriam necessários

PÁGINA 39

Veja e ouça mais em:



Atuação do Estado

Faltam verbas e coordenação nas iniciativas do governo

PÁGINA 48



SPRAY FILMES

Senad só aplicou dois terços do que estava previsto

PÁGINA 51

Da guerra ao tratamento: uma história de como o Brasil enfrenta as drogas

PÁGINA 58

Sociedade

Comunidades oferecem 80% das vagas e querem ajuda do Estado

PÁGINA 60

Fazendas dizem recuperar entre 40% e 80% dos viciados

PÁGINA 63

Anvisa ameniza regras para comunidades terapêuticas

PÁGINA 67

Propostas

Apertar o cerco ou descriminalizar?

PÁGINA 70

Oposta à política atual, legalização é polêmica

PÁGINA 74

Subcomissão busca referência em outros países

PÁGINA 78

Para saber mais

PÁGINA 81

Nos cinco painéis promovidos pela subcomissão da CAS, entre abril e julho de 2011, participaram:

7 de abril de 2011 | 1º painel – Ações sociais e prevenção

- Denise Colin, secretária nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
- Juliana Maria Fernandes Pereira, coordenadora do Departamento de Proteção Social e Especial do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
- Marta Klumb Oliveira Rabelo, do Programa Saúde na Escola
- Maria de Fátima Simas Malheiros, do Programa Saúde na Escola
- Manoel Soares, coordenador da Central Única das Favelas do Rio Grande do Sul
- Célio Luiz Barbosa, coordenador-geral dos centros de Atendimento e Apoio às Famílias da Fazenda da Paz

14 de abril de 2011 | 2º painel – Segurança pública e legislação

- Paulina Duarte, secretária nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça
- Oslain Campos Santana, diretor de Combate ao Crime Organizado da Polícia Federal
- Doralice Nunes Alcântara, secretária de Assistência Social e do Trabalho de Ponta Porã, Mato Grosso do Sul
- Zilmara David de Alencar, secretária de Relações do Trabalho do Ministério do Trabalho

20 de abril | 3º painel – Saúde pública e tratamento

- Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, vice-presidente do Conselho Federal de Medicina
- José Luiz Gomes do Amaral, presidente da Associação Médica Brasileira
- Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti, representante da Associação Brasileira de Psiquiatria
- Frei Hans Stapel, representante da Rede Fazenda da Esperança
- Padre Haroldo Rahm, representante da Fazenda Associação Promocional Oração e Trabalho
- Carlos Alberto Salgado, presidente da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas
- Marcelo Machado, membro da Federação Pernambucana de Comunidades Terapêuticas e responsável técnico da comunidade terapêutica Clínica Recanto Paz
- Deputado Givaldo Carimbão, relator da Comissão Especial de Combate ao Crack e Outras Drogas da Câmara dos Deputados

26 de abril | Complementação do 3º painel

- Roberto Tykanori Kinoshita, coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde

17 de maio | 4º painel – Experiências de organismos internacionais

- Bo Mathiasen, representante regional do Escritório da Organização das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
- Bernardino Vitoy, técnico da Unidade de Saúde Familiar da Organização Pan-Americana da Saúde

12 de julho | Complementação do 4º painel

- Annika Markovic, embaixadora da Suécia

26 de maio | 5º painel – Experiências de especialistas

- Esdras Cabus Moreira, coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas do Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas da Bahia
- Aloísio Antônio Andrade de Freitas, presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de Minas Gerais
- Ricardo Albuquerque Paiva, coordenador-geral do I Fórum Nacional sobre Aspectos Médicos e Sociais do Uso do Crack

Crack chama a atenção para dependência química

Especialistas estimam que mais de 2 milhões de brasileiros usem a droga, cujo poder destrutivo é superior ao da maioria das substâncias ilícitas, devido ao fácil acesso, alta letalidade e precocidade do primeiro uso. Segundo cálculos da ONU, o mercado do *crack* movimentou cerca de US\$ 100 bilhões em 2009

O consumo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, é um dos mais preocupantes problemas de saúde pública no mundo. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima em até 270 milhões os usuários de drogas ilegais (6,1% da população mundial entre 15 e 64 anos de idade). Desse total, pouco menos de 10% podem ser classificados como dependentes ou “usuários de drogas problemáticos” e calcula-se que até 263 mil deles, principalmente jovens, morram anualmente, a metade por *overdose*.

As estimativas dão conta ainda de que a cocaína foi consumida no último ano por até 20,5 milhões de pessoas.

Na América Latina, apesar de o número de mortes estar bem abaixo da média global, essa é a droga mais letal, em razão do grande número de consumidores, seja da própria cocaína ou de seus subprodutos, entre eles o *crack*.

Dados escassos

Recente publicação da Associação Médica do Rio Grande do Sul confirma que, no Brasil, “ainda são poucos os dados disponíveis, insuficientes tanto para o atendimento eficaz de usuários como para nortear políticas públicas de prevenção. Os estudos, pesquisas e dados estatísticos sobre o *crack* ainda são incipientes, razão pela qual muito do que se ouve falar carece da comprovação de fontes seguras”.

Ainda assim, é possível afirmar que a droga se alastra rapidamente pelo país, chegando a praticamente todos os municípios em todas as regiões. As pesquisas em andamento estimam que pode haver até 2,3 milhões de usuários de *crack* no país.

Os dados também revelam que o poder destrutivo do *crack* é superior ao da maioria das drogas ilícitas (veja infográfico na pág. 73), devido ao fácil acesso, à



MARCO GOMES/CC

Morador de rua exhibe pedra de crack e cachimbo em cracolândia no bairro do Bom Retiro, em São Paulo

alta letalidade (aumenta o risco de morte em oito vezes em relação à população em geral) e à precocidade do primeiro uso.

A duração da intoxicação, de dez minutos, considerada baixa, leva à busca imediata por mais crack. Apesar dessa curta duração, consta que o crack produza efeitos até seis vezes mais potentes que os da cocaína (veja infográfico nas pág. 14 e 15).

Devido ao seu poder altamente viciante, o crack tem um mercado cativo, em crescimento, estimulado pelo custo menor, assim como os do óxi e da merla, em relação ao preço

da cocaína. O mercado desse subproduto, lançado para popularizar o uso da cocaína, movimentou até US\$ 100 bilhões em 2009, segundo cálculos da ONU.

O crack levou ao surgimento de pequenos produtores e traficantes, que se confundem com usuários nas cracolândias. Essa nova dinâmica do tráfico gerada pela disseminação do crack dificulta inclusive o trabalho das polícias. Em 2009, foram apreendidos 374 quilos de crack no país, número pequeno, mas crescente em todos os estados. Roberto Kinoshita, coordena-

dor de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, afirma que, no início, os traficantes de cocaína não deixavam que o crack – assim como o óxi – entrasse no mercado porque ele desorganizava a estrutura do tráfico. Depois, no entanto, os traficantes perceberam que o crack é mais rentável do que a cocaína pura, tanto pelo baixo custo da produção (veja infográfico na pág. 12) quanto pela maior compulsão do usuário.

“Em termos de logística, [a produção do crack] dispensa laboratório e tem economia de

escala. A base de consumo é muito maior, e não concentrada em determinadas populações com maior poder aquisitivo que consomem cocaína”, explica Roberto Kinoshita.

Atendimento precário

Frente a essa realidade, o Brasil não se preparou para tratar os seus dependentes de crack. Não bastassem as dificuldades inerentes ao atendimento médico e psicológico aos usuários, a rede de tratamento é pequena, precária e com profissionais pouco qualificados.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde

(OMS), um país deve ter leitos para saúde mental suficientes para internar 0,5% de sua população, o que, no Brasil, seriam 950 mil leitos. Porém, o país tem cerca de 32,7 mil. Parte da explicação é que o Brasil está migrando, desde 2002, de um modelo baseado na internação para outro voltado para atendimento ambulatorial.

Por outro lado, a falta de consenso e a desarticulação impedem a expansão dos programas de redução de danos, assim como o apoio financeiro do Estado a instituições privadas de tratamento de dependentes químicos, as chamadas comunidades terapêuticas.

Chamadas a participar do debate no Senado, essas entidades, geralmente ligadas a grupos religiosos, são responsáveis hoje por cerca de 80% das internações de viciados, mas não estão submetidas a exigência governamental de padrões mínimos de atendimento aos internos.

atendimento aos internos.

Álcool e tabaco

A essa situação já precária, soma-se o consumo de álcool e tabaco, drogas legais, amplamente distribuídas e com grandes recursos de propaganda.

O uso de tabaco afeta 25% da população mundial adulta. Estima-se que 200 mil mortes por ano decorram do consumo de substâncias ilícitas, enquanto 5 milhões são atribuídas ao uso de tabaco.

Paralelamente, quase 2 bilhões de pessoas no mundo consomem bebidas alcoólicas. Calcula-se que 3,8%

das mortes e 4,6% das doenças são causadas pelo álcool, apontado como fonte de mais de 60 enfermidades.

Mais que afetar a saúde de quem bebe, o álcool gera custos sociais incalculáveis por estar associado a episódios de violência, homicídios, comportamento sexual de risco, aumento da incidência de doenças infecto-contagiosas e acidentes com veículos.

Por conta desses dados, os especialistas ouvidos pelos senadores consideram que o problema da dependência química deve ser tratado de maneira global (leia mais nas pág. 20, 21, 30, 76 e 77).

Saídas possíveis

Essa sugestão se soma a diversas outras em análise na subcomissão da Comissão de Assuntos Sociais (CAS) que analisa as políticas para dependentes químicos (leia mais na pág. 10).

Enquanto, no mundo, cresce o debate acerca da descriminalização – e até da legalização – das drogas, como aconteceu em Portugal e na Suíça, outras alternativas surgem no Congresso, como o projeto que reinstalou pena de prisão para usuários com o objetivo de estimular a comutação da pena para tratamento obrigatório. Esse modelo é inspirado na experiência da Suécia, que ganhou atenção especial dos senadores da subcomissão.

Nas próximas páginas, **Em discussão!** apresenta um diagnóstico da situação das drogas, as opções de tratamento da dependência química e o que o Brasil vem fazendo para enfrentar o problema, sempre com base nas audiências públicas realizadas entre abril e julho pela subcomissão da CAS.

A revista inclui ainda as propostas em debate para que o país possa oferecer uma saída a quem se encontra preso no mundo paralelo das drogas.



O senador Jayme Campos (C) é o presidente da CAS, comissão à qual está vinculada a subcomissão sobre dependência química, comandada por Wellington Dias e Ana Amélia

Subcomissão prioriza vítimas da droga

Vinculada à Comissão de Assuntos Sociais (CAS), a Subcomissão de Políticas Sociais sobre Dependentes Químicos de Álcool, Crack e Outros foi criada por iniciativa dos senadores Wellington Dias (PT-PI) e Ana Amélia (PP-RS). Os cinco senadores que integram a subcomissão querem, até o fim do ano, apresentar um diagnós-

tico e sugerir soluções ao governo federal, estados, municípios e à sociedade.

Wellington Dias e Ana Amélia entendem que o crack deve ser visto como um desafio social e de saúde pública. Por isso, a subcomissão se concentra nas ações para prevenir o consumo, no tratamento e reinserção social de dependentes, na capacitação de profissionais e na qualificação da rede de atendimento. “Os debates têm como foco principal as vítimas do crack, já que há outras comissões na Casa que estão tratando da questão da repressão”, explica Wellington Dias, presidente da subcomissão.

Um ciclo de debates para discutir o assunto e visitas a locais com experiências bem-sucedidas são algumas das iniciativas.

“A subcomissão quer dar visibilidade ao tema, a ponto de

instituições nos procurarem para compartilhar experiências. Comunidades terapêuticas, sociedade organizada precisam participar desse projeto de estimular políticas públicas que compatibilizem suas diferenças”, diz Ana Amélia, vice-presidente do colegiado.

Wellington Dias quer mobilizar Executivo, Legislativo, Judiciário e Ministério Público, União, estados e municípios, além das organizações sociais e do setor privado, para uma grande conferência nacional sobre drogas.

O senador acredita que o fórum poderá pactuar uma política nacional que leve à implantação do sistema nacional de atendimento, tratamento e reinserção. “Ou seja, um sistema integrado, com possibilidade de apoio público às entidades. Nenhuma área isoladamente vai dar conta. É preciso

atuar de forma integrada com a sociedade, respeitando experiências que dão certo.”

A sugestão do senador parte da constatação de que as iniciativas estão dispersas. Apesar de haver previsão legal de um sistema de atendimento e tratamento, a avaliação é de que a rede pública é insuficiente, está desintegrada e não reconhece as comunidades terapêuticas, responsáveis por 80% dos tratamentos a drogados.

“As poucas clínicas de reabilitação costumam ser privadas e ligadas a grupos religiosos. Esse é um problema so-

cial, mas também econômico”, denuncia a senadora Vanessa Grazziotin (PCdoB-AM), titular da subcomissão.

Já o senador Waldemir Moka (PMDB-MS), médico e integrante da subcomissão, sugere que as comunidades terapêuticas possam receber apoio do Ministério do Desenvolvimento Social, já que há dificuldades de o financiamento ser feito via Ministério da Saúde, em razão das exigências sanitárias e de formação das equipes de tratamento. A ideia tem o apoio de senadores e especialistas.

Propostas em discussão

- Realizar conferência nacional, com todos setores envolvidos, para elaborar uma política completa.
- Financiar as comunidades terapêuticas com recursos da União.
- Apoiar a elaboração de padrões mínimos de organização às comunidades terapêuticas.
- Dar à Senad *status* de ministério para trabalhar com as demais pastas, estados e municípios.
- Controlar as drogas lícitas, com maior restrição à venda, inclusive com maior taxação, e à propaganda de bebidas alcoólicas e de tabaco, dificultando o acesso dos jovens (leia mais na pág. 76).
- Aumentar o orçamento da Polícia Federal para reforçar a atuação nas regiões de fronteira.
- Envolver centrais sindicais e Sistema S na reinserção de dependentes



Usuário de crack caminha à noite na zona central de Brasília, numa cena cada vez mais comum nas grandes cidades brasileiras

JOSÉ CRUZ



Grazziotin: falta de clínicas é problema social e econômico

MARCELLO CASALJEB

Produção do crack pode levar até querosene ou gasolina

A droga, que tem a cocaína como princípio ativo, usa produtos baratos no processo de extração da substância

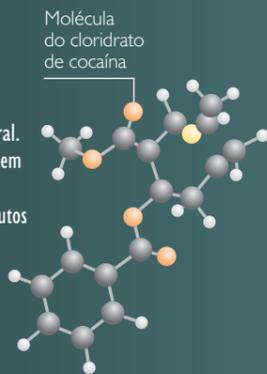
Folha de coca

A cocaína é extraída das folhas de coca ou epadu (*Erythroxylon coca*). Nos países andinos, especialmente Bolívia, Colômbia e Peru, é tradição mascar ou fazer chá das folhas da planta. Ingerida dessa forma, apenas pequena quantidade do princípio ativo passa à corrente sanguínea após a digestão e, só então, chega ao cérebro, onde os efeitos são mínimos



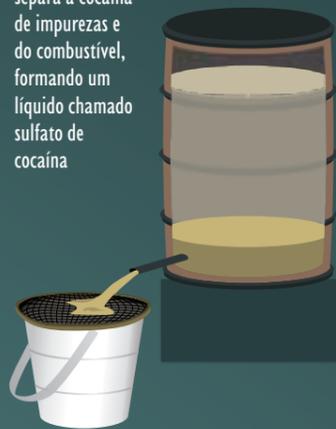
Cloridrato de cocaína

As pedras de crack são um dos subprodutos da cocaína, conhecido estimulante do sistema nervoso central. O crack é mais barato que a cocaína em pó porque, além de ter quantidade menor da substância ativa, usa produtos alternativos na sua produção



Decantação

A mistura vai para a decantação, onde o ácido sulfúrico reage e separa a cocaína de impurezas e do combustível, formando um líquido chamado sulfato de cocaína



Extração

Para obter o composto ativo, em pó, são misturadas substâncias como bicarbonato e combustíveis. Esses elementos tóxicos para o organismo humano ainda voltam ao processo químico em uma fase posterior (abaixo)

Pasta base

Ao sulfato de cocaína é adicionada amônia para dar origem à pasta base, forma da droga que pode ser fumada e da qual derivam tanto a cocaína em pó, quanto merla, óxi e crack



Crack

O crack vem da mistura da cocaína com bicarbonato de sódio e amoníaco, que, aquecida, se solidifica e fica com a aparência de pedra



Óxi

Para baratear o crack se usam ingredientes mais tóxicos, como querosene e cal virgem. Essa mistura dá origem ao óxi



Cocaína

Para fabricar a cocaína em pó, a pasta base é moída e misturada a óxido de cálcio e acetona ou álcool. Depois da filtragem se extrai a forma mais conhecida da droga, a cocaína ou "sal"



Merla

A merla é feita a partir da combinação da pasta base com querosene, cal e ácido sulfúrico (água de bateria automotiva). É pastosa



Então prefeito de Washington, Marion Barry (de pé) foi flagrado, em 1990, consumindo a droga em companhia de uma mulher, informante do FBI

Personalidades usando crack deram maior visibilidade ao problema

O crack começou a perder o estigma de droga para consumo exclusivo da população de rua quando o então prefeito de Washington (capital dos EUA), Marion Barry, foi flagrado, em janeiro de 1990, consumindo a droga em um quarto de hotel em companhia de uma mulher, que era informante do FBI – a Polícia Federal daquele país. O episódio serviu de alerta ao país e levou a um endurecimento da legislação antidrogas e a um maior investimento em prevenção.

Um dos primeiros negros a exercer a prefeitura de uma grande cidade dos EUA, Barry era popular e estava em seu terceiro mandato. Porém, por conta da repercussão do caso, teve de renunciar à prefeitura e ficou detido por seis meses. Após a prisão, ele retornou à política em 1994 e se elegeu prefeito pela quarta vez.

No entanto, o Congresso dos Estados Unidos retirou grande parte da autoridade da Prefeitura de Washington, uma medida que muitos pensavam ter sido dirigida contra Barry, que, com a mudança, resolveu não mais se candidatar em 1998.

Advogado na cracolândia

Também no Brasil, uma personalidade no auge da evidência esteve presente nas manchetes pelo uso do crack. Conhecido por cobrar caro para assumir a defesa de réus envolvidos em casos complexos, o advogado Ércio Quaresma ganhou especial notoriedade no ano passado, ao



Em 2010, vídeo exibido pelo SBT mostrou o advogado Ércio Quaresma fumando crack em Belo Horizonte. Na época, ele defendia o ex-goleiro Bruno, do Flamengo

FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

defender o ex-goleiro do Flamengo Bruno Fernandes, acusado de matar a amante Eliza Samudio. Durante a investigação do caso, Quaresma, de 46 anos, esteve envolvido em várias polêmicas geradas por discussões com policiais. Em uma audiência judicial, foi advertido por dormir durante o depoimento de seu cliente.

Em novembro de 2010, o advogado foi gravado em vídeo fumando crack em favela de Belo Horizonte e foi suspenso por 90 dias pela Ordem dos Advogados do Brasil. Pouco antes da exibição da cena na TV, o advogado, que, em 2009, já havia sido preso com pedras de crack escondidas na boca, admitiu, em entrevistas, usar drogas desde os 15 anos. Ele afirmou que estava em tratamento, mas teve recaídas.

Quaresma foi policial na década de 1980 e candidato ao governo de Minas Gerais em 1994. Como advogado, trabalhou em dois outros casos de repercussão nacional, ambos no Pará: o assassinato da missionária norte-americana Dorothy Stang e o massacre de sem-terra em Eldorado dos Carajás.

Em fevereiro deste ano, ele foi internado com crise de abstinência e, hoje, afirma que está escrevendo um livro sobre a dependência, junto com seu psiquiatra, Ronaldo Laranjeira.

São 10 segundos até a euforia e 10 minutos até a depressão. Depois, a dependência

Crack tem efeito rápido, tanto para dar euforia quanto para levar à decadência do organismo. Exposição à violência é outro fator que pode levar à morte

A ação da cocaína no cérebro da maioria das pessoas deixa-as alertas, cheias de energia, sociáveis e confiantes. Ela produz ainda sensações de euforia, bem-estar, desinibição, excitação e hiperatividade. Essas sensações são descritas como intensas e prazerosas pelos usuários. Sua ação estimulante faz com que o cérebro e o corpo trabalhem com muita intensidade. Pesquisadores afirmam que o efeito do crack no cérebro é de cinco a seis vezes mais intenso que o da cocaína



A cocaína age principalmente nas áreas de recompensa e coordenação motora do cérebro, o que justifica a intensa sensação de prazer e a inquietação dos usuários

Do pulmão, órgão muito vascularizado e com grande superfície, o cloridrato de cocaína chega imediatamente à corrente sanguínea, e daí diretamente ao cérebro, em apenas dez segundos. Os efeitos da cocaína são sentidos entre dez e 15 minutos depois da inalação e, se injetada, entre três e cinco minutos

Enquanto a cocaína é aspirada ou misturada a água e injetada na corrente sanguínea, a pedra de crack é aquecida a 95°C, em geral em pequenos cachimbos improvisados, produzindo a fumaça, que, inalada, leva o cloridrato de cocaína diretamente aos pulmões

O crack pode causar ainda problemas respiratórios como congestão nasal, tosse com muco preto e até pneumonia, fibrose e hemorragia pulmonar. Os dependentes também ficam com lábios, língua e garganta queimados pelo cachimbo e pela fumaça



2 Passado o efeito, a euforia que dura entre cinco a dez minutos vai sendo substituída pela depressão física e mental, que causa grande mal-estar. Para aliviar a exaustão e a depressão, as pessoas são tentadas a fumar de novo, o que as leva a um ciclo vicioso de alto risco

3 Como o efeito dura muito pouco, o usuário passa a buscar o crack com muita frequência, o que o leva mais rapidamente à dependência do que os usuários de cocaína aspirada e injetada. O doente, muitas vezes, sequer consegue sair do local onde compra e consome a droga (as chamadas crackolândias). Por isso, apesar de parecer ser uma droga barata, o crack acaba se tornando caro para os dependentes



Para a gestante, há possibilidade de aborto espontâneo, prematuridade e malformações, inclusive neurológicas, do recém-nascido. Estudos apontam ainda baixo rendimento escolar em crianças cujas mães foram usuárias de crack durante a gestação. Gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis também são muito frequentes

5 O poder estimulante do cloridrato de cocaína, perseguido pelos usuários, faz com que eles descensem e se alimentem cada vez menos. Ele provoca ainda o aumento da temperatura do corpo, desmaios, calafrios, vômitos, tremores, dores musculares, impotência e diarreia

4 Muitos doentes contam que são tomados pela compulsão (ou fissura) de fumar crack repetidamente, numa vontade incontrolável de sentir os efeitos da droga. Consequentemente, o dependente em geral não mede consequências para obter novas doses, acabando com sua saúde física e financeira e suas relações sociais e familiares. Com comportamento arredo, muitos se isolam e, ainda que temporariamente, passam a morar nas ruas, como indigentes

O coração dispara, a pressão arterial sobe, o uso continuado agrava esses sintomas, especialmente no sistema cardiovascular. Contrações no peito, convulsões, ataque cardíaco e derrame cerebral, com morte súbita, são consequências possíveis.

Outro perigo é a *overdose*, embora ela seja mais comum em dependentes de cocaína injetada, em que a pessoa tem convulsões e pode morrer por falência cardíaca ou depressão respiratória

Um dos efeitos da droga, as irritações imaginárias na pele (chamadas de alucinações tácteis) podem levar alguns doentes a se coçarem até se ferir. Perturbações visuais e auditivas podem fazer do usuário um sério perigo no trânsito



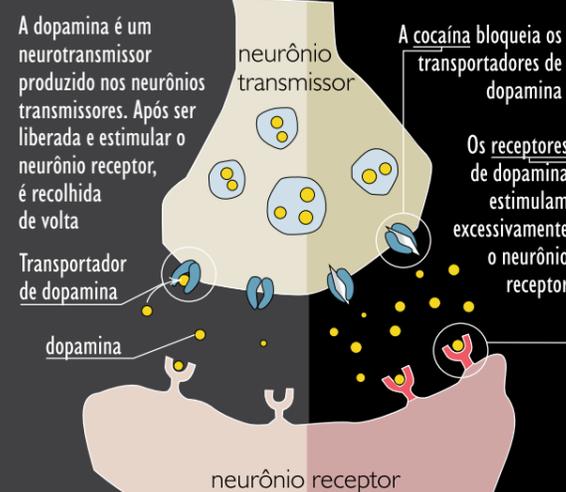
6 O uso prolongado pode levar o dependente à depressão, psicose maníaco-depressiva, pânico e comportamentos antissociais. Com a perda gradativa do autocontrole, do poder de decidir e da força de vontade, o doente perde o interesse pelo trabalho, pelo vestuário e a higiene pessoal, tem fortes alterações de humor e grande agitação

7 Mais adiante, desenvolve irritabilidade, comportamento violento e paranoias. Acha que está sendo perseguido, tem pensamentos obsessivos e medo, e grande desconfiança das outras pessoas — inclusive de outros dependentes —, o que aumenta ainda mais o risco de violência e acidentes. Na chamada psicose cocaínica, o doente pode ter alucinações e delírios. Também há registro de processos de distorção de personalidade, acompanhados de comportamento suicida ou homicida

Veja como a cocaína age no cérebro

Sem uso de cocaína

Com uso de cocaína





Uso da droga no Brasil começou por grupos que viviam nas ruas, mas hoje há viciados em todas as classes

Surgido nos EUA, o *crack* chegou ao Brasil nos anos 80

De acordo com o pesquisador americano Ney Jansen, o *crack* surgiu na década de 1970, mas se tornou popular na década seguinte entre moradores de bairros pobres de grandes cidades dos Estados Unidos, como Nova York, Los Angeles e Miami, principalmente entre jovens negros e de origem hispano-americana.

No Brasil, em 1989, foi feito o primeiro relato de uso de *crack*, na cidade de São Paulo. Dois anos depois, foi feita a primeira apreensão. Acredita-se que a droga tenha entrado no país pelo Acre, vinda da Bolívia e do Peru, na década de 1980. O uso da cocaína apresentava uma escalada em todo o mundo. O *crack* era a versão da droga usada por gru-

pos marginalizados, muitos deles vivendo nas ruas.

Aquela época, segundo pesquisa do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), os principais consumidores de *crack* eram homens de 17 a 38 anos, de baixa renda e sem vínculos sociais ou familiares. Porém, com o passar do tempo, as mulheres também passaram a consumir a droga, a se prostituir e a traficar para obtê-la.

O mercado do *crack* já nasceu cercado pela violência do tráfico, agravada pelos efeitos causados pela droga nos consumidores, que se tornam, ao mesmo tempo, agressivos e vulneráveis.

Atualmente, segundo os pesquisadores Solange Nappo e Lúcio Garcia de Oliveira, da Uni-

versidade Federal de São Paulo (Unifesp), o *crack* está amplamente disponível em lugares públicos. Há viciados em todas as faixas socioeconômicas e culturais e a droga vem ganhando adeptos na classe média.

Casos notórios foram o do prefeito de Washington, capital americana, e o do primeiro advogado do ex-goleiro Bruno, do Flamengo, flagrados em vídeo usando a droga (leia mais na pág. 13).

Segundo o médico Carlos Vital Corrêa Lima, vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, o consumo do *crack* vem crescendo por conta de o Brasil ser rota para o tráfico internacional de cocaína e da vulnerabilidade social de grande parcela da população, sobretudo dos mais jovens.

Óxi, merla e brita: as variações do *crack*

Outros derivados da cocaína, mais baratos, mais tóxicos e mais fáceis de produzir, já são um problema de saúde pública no Brasil

O apelido de “oxidado” vem do fato de a droga liberar uma fumaça escura ao ser consumida e deixar um resíduo marrom, semelhante à ferrugem.

O óxi, abreviação de oxidado, é uma variação do *crack*, de qualidade ainda pior. Também se trata de uma mistura de pasta base de cocaína com uma substância alcalina e um solvente. Só que a pasta, em vez de receber alcalinos como bicarbonato de sódio ou amoníaco e solventes como acetona e éter, recebe cal virgem e combustíveis, como querosene, gasolina, diesel e água de bateria.

As receitas variam e é possível encontrar cimento, ácido sulfúrico e soda cáustica na pedra do óxi. Dependendo dos ingredientes, o óxi pode ganhar o nome de brita. A variedade de produtos tóxicos nessas drogas amplia os riscos à saúde e dificulta o tratamento.

Como o *crack*, a pedra do óxi é fumada num cachimbo improvisado. Ainda não há estudos suficientes, mas já se sabe que o óxi é mais barato e mais fácil de produzir – custa cerca de metade do preço do *crack* porque os produtos usados, obtidos sem fiscalização, têm preços ainda mais baixos.

As pesquisas sobre a ação do óxi no organismo são incipientes, mas o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psico-

tóxicas (Cebrid) acredita que ele pode ser mais letal que o *crack*, já que as substâncias usadas no preparo são mais nocivas. Seguindo a lógica do *crack*, pode viciar mais rápido em razão do seu efeito ter menor duração, pouco mais que cinco minutos, o que leva o usuário a querer outra dose em ainda menos tempo.

“Quanto mais baratos os insumos que compõem a droga e quanto mais alto o poder viciante, maior será o número de viciados, de maneira que a perspectiva é muito nebulosa”, afirma o senador Wellington Dias.

O economista Alvaro Mendes, da Associação Brasileira de Redutores de Danos, acompanhou, em parceria com o Ministério da Saúde, cem usuários de óxi e observou que, em um ano, a droga matou um terço deles.

No organismo, quando não leva à morte súbita (por parada respiratória, coma ou parada cardíaca), o óxi provoca vômito e diarreia, convulsão e, em poucas semanas, lesões no sistema nervoso central, degeneração das funções do fígado, doenças cardíacas, respiratórias e do sistema renal, emagrecimento, lesões no esôfago e nas papilas gustativas da língua e perda de dentes, corroídos pelos combustíveis usados na droga, que também são cancerígenos.

Assim como aconteceu com o

crack, o óxi pode ter surgido primeiro na Bolívia e no Peru, de onde entrou no Brasil, pelo Acre, na década de 1990. São poucos os dados sobre a disseminação no país, mas este ano foi apreendido em mais da metade dos estados brasileiros, em todas as regiões.

Merla

Assim como no óxi, para fazer a merla (mela, mel ou melado), alcalinos e solventes baratos e fáceis de ser obtidos são adicionados à pasta de cocaína. Mas, em vez de pedras, a merla assume consistência pastosa, com odor forte e coloração entre amarela e marrom.

Diferentemente do óxi, espalhado pelo território nacional, a merla se concentrou nas regiões central e norte do país, sobretudo em Brasília, onde já foi mais consumida que o *crack*, segundo o Cebrid.

A pasta de merla pode ser misturada ao cigarro comum ou ao de maconha, ou fumada em cachimbos de fabricação caseira, como o *crack*. Os efeitos são semelhantes, assim como os seus riscos.

O usuário da merla transpira muito e exala cheiro de querosene, éter e outras substâncias usadas na preparação da droga. O tratamento para os dependentes é difícil, pois, ao se afastarem da droga, eles caem em depressão, o que leva cerca de 20% ao suicídio.



Óxi e maconha apreendidos em Itaquaquecetuba: tida como inofensiva, maconha tem sido misturada ao *crack* e vendida

POLÍCIA CIVIL/SP

Guerra contra as drogas fracassou, afirma comissão da ONU

O surgimento do *crack* foi apenas mais uma demonstração de que o mercado das drogas é dinâmico e capaz de se recriar para fugir da repressão dos governos. Indicadores demonstram que o negócio da droga subsiste e se reforça, mesmo com os investimentos feitos para extingui-lo.

Passados 50 anos do lançamento da Convenção da ONU sobre Entorpecentes, de 1961, e 40 anos do início da chamada Guerra às Drogas, deflagrada em junho de 1971 pelo então presidente dos EUA, Richard Nixon, o próprio relatório anual do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (Unodc) reconhece que o mercado de drogas não vem diminuindo nos últimos anos.

Entre 1998 e 2009, a produção mundial de ópio subiu quase 80%. Já o mercado de cocaína não diminuiu, mesmo considerando a redução do consumo nos Estados Unidos, já que foi compensado pelo aumento da demanda na Europa. O número de usuários de drogas ilícitas vem aumentando desde os anos 90, ainda que, percentualmente, tenha se alcançado uma certa estabilidade.

Ao mesmo tempo, o Unodc observa que o tráfico de drogas é um combustível para organizações criminosas internacionais, que movimentam centenas de bilhões de dólares, representando um desafio crescente para a estabilidade e a segurança mundiais. Em alguns países, analisa o Unodc, o valor do

comércio de drogas ilícitas excede em muito o tamanho da economia formal.

“Em anos recentes, observamos casos em que ministros ou chefes nacionais de polícia foram relacionados à corrupção ligada às drogas. Também estamos testemunhando mais atos de violência, conflitos e atividades terroristas abastecidas pelo tráfico de drogas e pelo crime organizado”, afirma o relatório do Unodc.

Nova abordagem

Para trazer uma nova abordagem do problema, a ONU instituiu a Comissão Global de Política sobre Drogas, chefiada pelo ex-presidente Fernando Henrique Cardoso e com a participação dos ex-presidentes do México Ernesto Zedillo e da Colômbia César Gaviria, além do ex-secretário-geral da ONU Kofi Annan, entre outras autoridades. Em junho, o grupo divulgou documento em que aponta o fracasso das políticas de repressão à produção e oferta de drogas. Fernando Henrique já foi convidado a falar sobre o assunto à subcomissão do Senado, a pedido da senadora Ana Amélia.

“A guerra global contra as drogas falhou, com consequências devastadoras para indivíduos e sociedades em todo mundo”, diz a primeira frase do documento, apontando para a necessidade de reformas urgentes nas políticas mundiais de controle das drogas.

O relatório aponta que, ape-



Então presidente dos EUA, Nixon lançou política de combate em junho de 1971

POLITIC366

sar dos bilhões de dólares gastos, não houve redução do consumo. Um exemplo disso são os crescentes gastos dos Estados Unidos na guerra contra as drogas, que saíram de US\$ 1,5 bilhão em 1985 para US\$ 17,7 bilhões em 2000.

Em vez de tamanho investimento ajudar na diminuição do consumo, hoje se consome mais cocaína, opiáceos (heroína) e maconha do que há dez anos (veja infográfico abaixo).

Encarceramento em alta

Ao mesmo tempo, a criminalização das drogas e as políticas de tolerância zero levaram a um aumento acentuado da população carcerária. No Brasil, desde a entrada em vigor da nova legislação sobre as drogas, em 2006, a população carcerária subiu 37%. Isso pode ser explicado pelo fato de grande parte das pessoas presas desde então acusadas de tráfico de drogas serem réis primárias, como mediu pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Em 29 de junho passado, o Encontro Nacional sobre o Encarceramento Feminino revelou realidade semelhante. Das 15.263 mulheres presas no Brasil nos últimos cinco anos, 9.989 (65%) foram acusadas de tráfico de drogas. “Basicamente são mulheres não brancas, têm entre 18 e 30 anos e baixa escolaridade”, afirmou a

ministra do Superior Tribunal de Justiça Eliana Calmon, corregedora nacional de Justiça.

Já nos EUA, desde 1971, o percentual da população nas cadeias saiu de menos de 0,2% (nível em que se mantinha desde o início do século passado) para 0,8% em 2008. Em 1980, havia 500 mil americanos na prisão; em 2009, 2,3 milhões. Essa tendência se refletiu também nos gastos públicos. A Califórnia gastava, em 1980, 10% do seu orçamento com a educação superior e 3% com o sistema prisional. Essa relação se inverteu em 2010, quando 11% foram para as prisões e 7,5%, para a educação superior.

Mudança de prioridades

A Comissão Global da ONU advoga que se privilegiem investimentos em saúde com relação aos gastos com repressão. Isso significa tratar dependentes como pacientes

antes de serem vistos como criminosos. A visão coincide com a adotada pela subcomissão do Senado.

“Líderes políticos e figuras públicas devem ter a coragem de declarar o que muitos deles reconhecem em esferas privadas: que as evidências esmagadoramente demonstram que estratégias repressivas não irão resolver o problema das drogas e que a guerra contra as drogas não foi – e não poderá ser – vencida”, afirma o documento.

As evidências demonstram que os países que ofereceram tratamento em vez de punição a dependentes tiveram resultados positivos na redução do crime, na melhoria das condições de saúde e na redução da dependência.

No entanto, a Comissão Global afirma que qualquer visão diferente da adotada pela convenção da ONU e pela política repressiva dos EUA recebe pressões internacionais. Esse “imperialismo do



Internas no Espírito Santo: maioria das presas nos últimos cinco anos foi acusada de tráfico

ROMERO MENDONÇA/SECOM ES

controle às drogas”, afirma o relatório, levou a Bolívia a abandonar a convenção de 1961, já que não houve qualquer flexibilização para que a tradição da população boliviana de mascar folhas de coca não fosse excluída da lista de proibições.

Crack foi inovação do tráfico frente à repressão

A demanda e a oferta de psicotrópicos vêm se alterando conforme aumenta a repressão às substâncias. Nesse mercado em constante adaptação, a falta de uma droga abre espaço para outras, distribuídas e consumidas de formas diferentes.

A própria disseminação da cocaína é associada à falta de outras drogas, como anfetamina e maconha, alvos de ações repressivas na década de 1960. Nas décadas seguintes, a repressão à produção da cocaína elevou o preço. Uma das estratégias foi dificultar o acesso aos chamados precursores – substâncias como éter, acetona e bicarbonato de sódio, usadas no refino.

Diante das dificuldades, usuários e traficantes buscam inovações para contornar as limitações impostas. Assim, são descobertas outras drogas, geralmente com efeitos mais intensos e danos maiores.

Sem éter e acetona, os produtores de cocaína substituíram as substâncias por outras, mais baratas, mais disponíveis e, geralmente, muito impuras, por exemplo, gasolina,



Neste laboratório clandestino na zona norte de São Paulo, crack era produzido na cozinha

POLÍCIA CIVIL/SP

querosene, cal virgem ou até água de bateria. A “indústria da droga” passou a oferecer derivados baratos e altamente rentáveis da cocaína, como o *crack*, a merla e o óxi (*leia mais na pág. 17*). Sem contar que a maior intensidade e a menor duração dos efeitos dos derivados, que são fumados ou inalados, aumentam a demanda por doses, gerando maiores lucros.

“São os paradoxos: às vezes a gente aperta pensando que vai melhorar e a coisa pula para pior. Entre

a cocaína e o *crack*, sem dúvida, o menos mal é a cocaína. Mas como dificultamos o acesso aos precursores, a gente acabou trazendo essa substância mais espúria [óxi]. Usa-se a cal virgem no lugar do bicarbonato e, no lugar da acetona e do éter, usa-se a gasolina, querosene ou substância que o valha. É o pior do pior”, afirmou à subcomissão do Senado o psiquiatra Aloísio Antônio Andrade de Freitas, presidente do Conselho de Políticas sobre Drogas do estado de Minas Gerais.

Drogas continuam seduzindo usuários

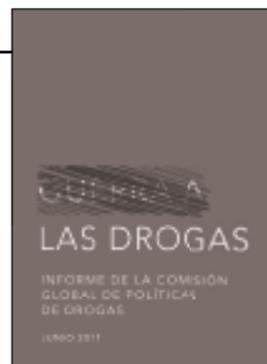
Dado é apontado como fracasso da política atual

| | Opiáceos* | Cocaína | Maconha |
|-----------|---------------|--------------|---------------|
| 1998 | 12,9 milhões | 13,4 milhões | 147,4 milhões |
| 2008 | 17,35 milhões | 17 milhões | 160 milhões |
| Aumento % | 34,5% | 27% | 8,5% |

* Heroína, morfina, ópio

Fonte: Organização das Nações Unidas;

War on Drugs – Report of the Global Commission on Drug Policy, 2011





Impacto do álcool sobre o sistema de saúde e a Previdência Social é maior que o das substâncias proibidas

Drogas lícitas são porta de entrada para as ilícitas

Nos painéis de discussão promovidos pela subcomissão do Senado, especialistas e parlamentares deixaram claro que não é possível discutir a questão do tratamento e da prevenção do uso do *crack*, em particular, e das drogas ilícitas, em geral, sem abordar a forma como a sociedade trata as drogas lícitas, especialmente o álcool.

Isso porque as drogas lícitas, segundo levantamento de 2005 do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropas (Cebrid), são as mais consumidas e com o maior número de dependentes (veja infográficos nas pág. 25 e 28). Se apenas 0,1% da po-

pulação havia usado *crack* nos 12 meses anteriores à pesquisa; 2,6% usaram maconha; 0,7%, cocaína; e 49,8%, álcool. O álcool, portanto, tem um impacto muito maior sobre a força de trabalho, a Previdência Social e a saúde pública, pelos danos físicos e psicossociais que causa (leia mais na pág. 73).

Álcool e tabaco também são as primeiras drogas experimentadas pelos jovens, em geral muito precocemente e sem limite de doses. Ocorre que, geralmente, o usuário que se torna dependente do álcool passa a buscar efeitos mais intensos nas drogas ilícitas. Esse

dado é confirmado por pesquisas acadêmicas realizadas no Brasil e em outros países.

“Notoriamente, o álcool representa a maior preocupação em relação à drogadição, por uma questão estatística irrefutável”, afirma o vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, Carlos Vital Corrêa Lima, que estima que o impacto do álcool e do tabaco sobre o sistema público de saúde é muito superior aos recursos arrecadados pela tributação desses produtos.

“Trinta por cento dos leitos dos hospitais são ocupados por indivíduos que não estariam ali caso o

álcool não estivesse na vida deles. E quem usa as drogas ilícitas não abandona as lícitas. Pelo contrário, expande o consumo. A lícita traz a outra de volta no processo de recaída. O retorno ao uso de qualquer substância capaz de produzir adição facilita o retorno a todas as outras”, afirma o médico.

Esses dados são confirmados pelo coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Roberto Kinoshita: “O número de pessoas envolvidas e o custo econômico do álcool são infinitamente superiores aos do *crack*. O álcool é a porta para outras drogas. Enfrentar um sem enfrentar o outro não leva a lugar algum”.

O psiquiatra Carlos Alberto Salgado, presidente da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (Abead), acredita

que o país é “negligente e condescendente” com as substâncias lícitas. “Temos uma atitude ingenuamente licenciosa, graças à pressão da cultura, em que o álcool é tido como relevante, do ponto de vista cultural, para integração social”.

Não só os médicos têm essa opinião. Os dirigentes de comunidades terapêuticas ouvidos pelo Senado apontaram para a emergência que representa o alcoolismo.

Representante da Associação Promocional Oração e Trabalho (Apot), o padre Haroldo Rahm afirmou que, por sua experiência, “80% dos brasileiros têm problema com álcool. Esse é o problema, não o *crack*”. Já Célio Luiz Barbosa, coordenador-geral dos centros de Atendimento e Apoio às Famílias da Fazenda da Paz, apelou aos senadores para que não se esquecessem do alcoolismo. “Estamos numa pandemia na questão do *crack*, mas o pior que vivemos é o álcool. Devemos mudar a nomenclatura: álcool, *crack* e outras drogas”, sugeriu, a exemplo do que já acontece no nome da subcomissão.

Um só problema

Por conta dessas informações, os senadores Waldemir Moka (PMDB-MS) e Lídice da Mata (PSB-BA) consideram que as políticas públicas a serem sugeridas pela subcomissão devem abranger todas as drogas e não apenas as ilícitas, como o *crack*. Aliás, esse é o modelo de organização de todas as áreas do Executivo envolvidas com o problema, seja no Ministério da Saúde ou da Justiça.

Da mesma forma, o senador Wellington Dias considera que não é possível desprezar o fato de que a grande maioria dos dependentes químicos começou no cigarro ou no álcool. “A gente fechar os olhos para isso é não ir ao problema da forma correta. A gente acha natural ter em casa lugares para guardar bebida e depois se surpreende com as consequências. Considerando que esse consumo é estimulado pela mídia, que o associa a sucesso, juventude, beleza, saúde e diversão, vislumbra-se o grave risco a que

estão expostos os jovens e crianças”, disse.

O médico Carlos Salgado sugere que, pedagogicamente, a sociedade tenha uma atitude diante do álcool semelhante à que destina às drogas ilícitas. E já existem medidas que limitam a disponibilidade do álcool e do tabaco em estudo tanto na subcomissão quanto no Senado (leia mais na pág. 76).

“Precisamos de posicionamentos firmes, não alarmistas, com todas as substâncias. A sociedade se perturba com a disponibilidade brutal do *crack*, que é surpreendente. Entretanto, temos 1 milhão de pontos de venda de álcool, mais de 30% deles não submetidos a mínimas regras sanitárias e de tributação. Mas a sociedade não se perturba com a chacina que ocorre nas estradas a cada feriado e segue passiva”, lamenta Salgado.

Ainda assim, Waldemir Moka e Ana Amélia acreditam que o foco no *crack* tem a função de fazer com que a sociedade se mobilize para atacar o problema da dependência química como um todo.

“O *crack*, infelizmente, serviu para que a sociedade acordasse. Com 35 anos de formado, ouço colegas apelarem para que façamos alguma coisa. A exacerbação do *crack* serviu para que o Congresso e a sociedade se mobilizassem para enfrentar a dependência química”, afirma o senador.



Para o senador Waldemir Moka, ações sugeridas por subcomissão devem abranger todas as drogas

Droga já teria chegado a 1,2% da população

Pelo levantamento mais recente, seriam 2,3 milhões de brasileiros. Porém, falta de estatísticas atualizadas e confiáveis sobre o real universo de pessoas envolvidas com o *crack* dificulta a implementação de políticas efetivas de combate ao consumo

A expansão do consumo de *crack* no Brasil pode ser observada pela frequência com que se encontram pessoas consumindo a droga nas ruas. Além disso, a imprensa a cada dia apresenta histórias de famílias que vivem o drama de ter alguém viciado na droga.

Apesar de faltarem estimativas oficiais recentes, dados preliminares apontam que 1,2% da população usa ou já pode ter usado *crack*. Ou seja: 2,3 milhões de brasileiros, segundo o Censo de 2010.

"Hoje, o *crack* chega à quase totalidade dos municípios e à zona rural", alerta o senador Wellington Dias (PT-PI). A declaração é confirmada não apenas pela experiência do ex-governador do Piauí, mas também por levantamento da Confederação Nacional dos Municípios (CNM), citado pela senadora Ana Amélia (PP-RS), que mostra que o *crack* já é uma realidade em pelo menos 70% dos municípios (*leia mais na pág. 25*).

A secretária nacional de Políticas sobre Drogas, Paulina Duarte, reconhece que o uso da droga está se alastrando rapidamente. Ela declarou à sub-

comissão do Senado que "o momento exige ação em relação ao *crack*, que nos últimos dois anos teve um aumento de consumo acentuado".

Agressões entre pais e filhos, roubos e prostituição para financiar o vício, entre outros episódios de violência, são relatos comuns onde há dependentes de *crack*. Ao mesmo tempo, a impotência dos usuários e da família diante da droga – sem contar a falta de uma rede de tratamento – também impressiona quem se debruça sobre o assunto.

Ana Amélia cita casos em que mães desesperadas, sem ter a quem recorrer e precisando sair para o trabalho, acorrentam seus filhos dentro de casa para que eles não voltem a consumir *crack*.

"Com o *crack*, quem usa vai ser dependente a ponto de cometer coisas absurdas contra o pai, contra a mãe, contra o irmão. É uma loucura mesmo!", alertou o senador Waldemir Moka (PMDB-MS), que é médico e diz receber cobranças de seus colegas de profissão para que seja feito algo urgentemente com o objetivo de barrar a expansão do *crack* e tratar os dependentes.

Apesar de estar presente em todos os extratos sociais, o usuário de crack se caracteriza por ser homem, jovem, consumidor de outras drogas, com baixos níveis socioeconômicos e educacionais, desempregado ou sem trabalho formal, com índices de saúde piores que a média da população e com maior envolvimento com a criminalidade. A maior parte inicia o consumo de drogas com o álcool e tabaco, precocemente e com uso pesado, passando à maconha como primeira droga ilícita. Essas características do usuário brasileiro não diferem das encontradas em outros países.

Cracolândias

Quando a destruição dos laços da pessoa com familiares e amigos se completa, o problema fica ainda mais visível. Isso porque o dependente de *crack* tende a ir para as ruas, onde se une a outros nas chamadas *cracolândias*. Nesses locais, os usuários compram e consomem imediatamente a droga e sequer voltam para casa, já que o efeito é rápido, assim como a compulsão de ir atrás de outra dose, chamada "fissura" (*leia mais nas págs. 14 e 15*).

"Quando está usando o *crack*, se a pessoa tiver 100 g, usa os 100 g, se tiver 1 kg, fica

[na *cracolândia*], defeca, faz tudo ali, mas não vai embora", resume Célio Luiz Barbosa, coordenador-geral dos centros de Atendimento e Apoio às Famílias da Fazenda da Paz, comunidades terapêuticas que se dedicam à recuperação de dependentes.

Dados desatualizados

Apesar desse quadro alarmante, a subcomissão do Senado, até o início de agosto, ainda não dispunha de dados precisos sobre o consumo da droga. Apenas dois levantamentos abrangendo toda a população brasileira foram feitos até hoje; o último deles há mais de seis

anos (*leia mais na pág. 25*).

Esses dados, apesar de demonstrarem tendências, devem estar longe de retratar com fidelidade o quadro atual, especialmente com a disponibilidade cada vez maior, nos últimos anos, do *crack*, uma droga relativamente nova.

"Precisamos de uma fotografia real, para não correremos o risco de continuarmos discutindo no emocional. É preciso ter a dimensão exata para saber onde investir e fortalecer ações do governo", declarou Paulina Duarte, responsável pela divulgação das informações no Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid) da Secretaria Nacional de Polí-

Nas *cracolândias*, viciados em geral compram e consomem imediatamente a droga. Eles quase nunca deixam o local

ticas sobre Drogas (Senad) do Ministério da Justiça.

No mesmo tom, o psiquiatra Esdras Cabus Moreira, também ouvido pela subcomissão do Senado, disse que é preciso ter dados para evitar entrar “por um caminho que corresponda mais a uma percepção desvirtuada e sem bases estatísticas, criando uma situação que, ao invés de melhorar, cause mais distorções e mais sofrimento às pessoas que utilizam essas substâncias”.

Paulina chegou a anunciar no Senado, em 14 de abril, que,

em duas semanas, estaria sendo finalizada a maior pesquisa mundial sobre o crack. Promovida pela Fundação Oswaldo Cruz, em parceria com a Universidade de Princeton (EUA), abrangeria 25 mil pessoas, nas cidades e na zona rural.

A pesquisa contou com investimentos de R\$ 7 milhões do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas [leia mais na pág. 53]. Porém, quatro meses depois, os dados ainda não haviam sido trazidos a público.

O vice-presidente do Con-

selho Federal de Medicina (CFM), Carlos Vital Corrêa Lima, no entanto, já adiantou que o estudo em elaboração no Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), ligado à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), mostra que 1,2% da população já teve contato com o crack.

Corrêa Lima apresentou outra projeção, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, mais conservadora, pela qual haveria 1,2 milhão de usuários de crack e que a idade média para início do uso seria de 13 anos.

Destino de muitos, morte violenta não é inevitável

Enquanto nos países desenvolvidos as mortes de usuários de crack ocorrem por overdose ou complicações cardiovasculares causadas pela cocaína, no Brasil a principal causa de morte é o homicídio.

Um estudo que acompanhou 131 usuários revelou que 23 deles (18,5%) morreram ao final de cinco anos – 13 foram assassinados, seis morreram de Aids e dois de overdose. Os demais, de hepatite e afogamento.

Segundo o médico Ricardo Paiva, coordenador-geral do 1º Fórum Nacional sobre Aspectos Médicos e Sociais Relacionados ao Uso do Crack e diretor do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, 85% das mortes violentas acontecem por conta de dívidas do usuário, especialmente com os fornecedores da droga ou com outros usuários.

A essa informação, disse Paiva, segundo trabalho do Ministério da Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz e da Unifesp, junta-se prognóstico sombrio para os usuários: um terço deles morre, outro terço convive com a droga e o terço restante se cura.



Ação policial em favela do Rio de Janeiro: violência é causa da morte de usuários endividados com traficantes

O médico informa que o estudo afasta a conclusão de que o usuário está fadado à morte. “[Esse trabalho] retira a crença de que usou, morreu”, conclui.

Observação semelhante vem do psiquiatra Esdras Cabus Moreira, que entrevistou pacientes com 8 a 11 anos de uso. “Apesar de ser uma droga que gera dis-

função e quebra social intensas, o consumo do crack, às vezes, pode ser menos compulsivo, desastroso. Há uma normalização na vida de pessoas que usam a droga há mais de dez anos. É um dado contrário à ideia de que se utiliza o crack até a morte, ou até a completa negação das capacidades cognitivas”, afirmou.

Observatório da CNM supre ausência de dados

A falta de dados oficiais sobre o número de vítimas, o perfil dos dependentes, o consumo e a circulação de drogas, além da responsabilização das prefeituras pela implantação da rede de atendimento, levou a Confederação Nacional de Municípios (CNM) a reunir, junto às prefeituras, dados para implantar, em abril passado, o Observatório do Crack (www.cnm.org.br/crack).

Nele, estão disponíveis dados da pesquisa Mapeamento do Crack nos Municípios Brasileiros, realizada em novembro de 2010, quando 98% das 3.950 prefeituras que forneceram dados registraram problemas com drogas em seus municípios.

Em 1.902 municípios (48,2%) são realizadas campanhas contra o crack e outras drogas. Porém, somente 134 (3,39%) já tinham convênio

com o governo federal no âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas. Em 948 cidades, as prefeituras ajudam entidades que tratam dependentes químicos.

O presidente da CNM, Paulo Ziulkoski, lamenta que, na prática,

os municípios tenham que enfrentar, de maneira emergencial, os efeitos do crack, sofrendo com a falta de políticas de prevenção. “É ali, na porta do prefeito ou da câmara de vereadores que as vítimas da droga batem em busca de socorro”, diz a senadora Ana Amélia.

REPRODUÇÃO ESTUDO OBSERVATÓRIO DO CRACK



Tendência é de aumento do consumo, diz estudo

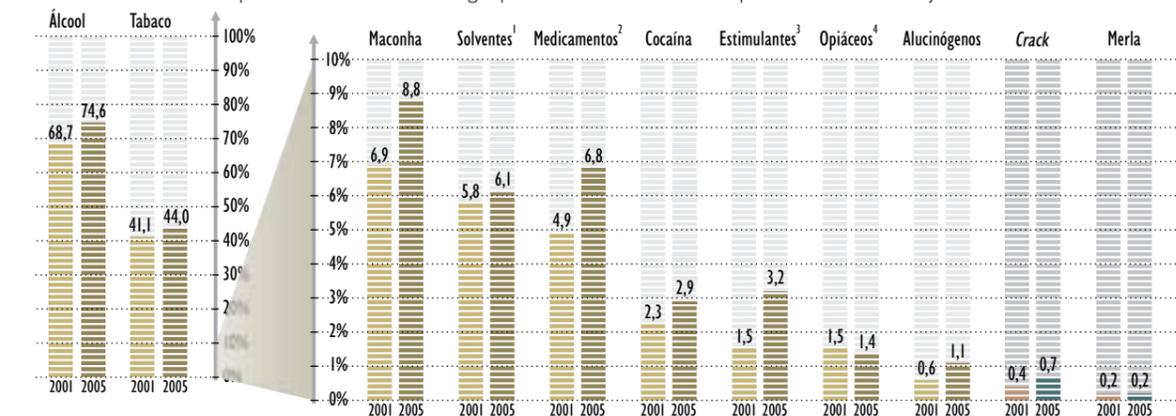
Enquanto novas informações não são divulgadas, a subcomissão do Senado tem à disposição os dados de 2001 e 2005 das duas primeiras edições do

Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizadas pelo Cebrid com cerca de 8 mil pessoas de 12 a 65 anos de idade.

No período entre as duas pesquisas, o percentual dos que já haviam experimentado crack passou de 0,4% para 0,7% (veja infográfico abaixo).

Número de usuários de crack quase dobra em quatro anos. Merla estacionou

Aumentou número dos que admitem ter usado drogas pelo menos uma vez. Três quartos dos brasileiros já consumiram álcool



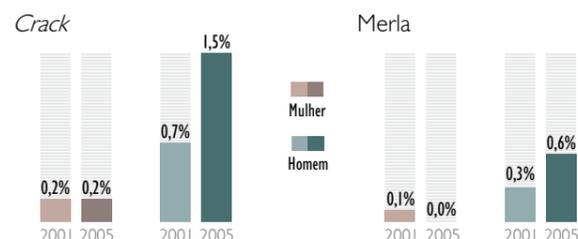
I. Loló, cola de sapateiro, lança-perfume; 2. Ansiolítico, sonífero; 3. Ecstasy; 4. Morfina, heroína

Fonte: Relatório Brasileiro sobre Drogas, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009

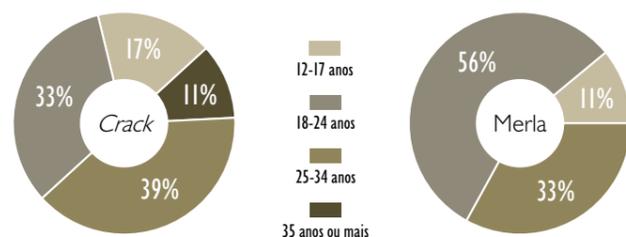
Aumento de consumo é maior entre os homens

Sul, Sudeste e Nordeste têm forte aumento de usuários entre 2001 e 2005

Uso pelo menos uma vez na vida, por sexo:



Percentual de uso por faixa etária:



Fonte: 1º e 11º levantamentos domiciliares sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. Senad e Cebrid, 2001 e 2005

A tendência de aumento do consumo, aliás, foi registrada para praticamente todos os tipos de drogas, especialmente as de maior consumo, grupo em que estão álcool, tabaco, maconha e cocaína.

A região Sul tem a maior

quantidade relativa de usuários: 1,1% das pessoas entrevistadas na região relatam já ter tido experiência com o crack.

As pesquisas também apontam o percentual de usuários de merla. Enquanto a média nacional foi de 0,2% nas duas

pesquisas, a região Norte se destaca (0,8%), seguida pelo Centro-Oeste (veja infográfico na abaixo).

No que diz respeito a gênero, os homens são os que mais consomem crack (leia mais na pág. 29). Se a média nacional no levantamento de 2001 foi de 0,4%, os homens tinham 0,7% de prevalência, enquanto as mulheres, 0,2%. Em 2005, enquanto o percentual de usuárias de crack permaneceu estável, o de homens foi a 1,5%, elevando a média nacional para 0,7% (veja infográfico ao lado).

Finalmente, os estudos mostram que 72% dos que já usaram o crack se concentram na faixa etária entre 18 e 34 anos de idade. Entre 25 e 35 anos de idade, 1,6% dos entrevistados registraram já ter tido pelo menos uma experiência com a droga (veja infográfico ao lado), contabilizando 39% dos que já haviam usado crack pelo menos uma vez na vida.

O mais preocupante, porém, são registros de usuários a partir de 12 anos de idade. Na faixa até os 17 anos estão 17% dos que já tinham experimentado a droga.



Estudantes são grande parte dos participantes das "Marchas da Maconha", como a realizada em Vitória, em maio passado

Universitários têm consumo mais intenso e frequente

O comportamento dos jovens, faixa etária em que o consumo de drogas é mais comum, recebe atenção especial das autoridades públicas no Brasil e no mundo. Estudos demonstram ainda que, quanto mais cedo a pessoa começa a usar drogas, maior a tendência para desenvolver dependência e piores as consequências para sua saúde física e mental.

"A ideia é impedir a iniciação precoce, seja qual for a droga", afirmou à subcomissão do Senado o psiquiatra Esdras Cabus Moreira, do Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas (Cetad) da Universidade Federal da Bahia.

A Senad divulgou em dezembro de 2010 uma pesquisa – 1º Levantamento Nacional sobre o Uso de Alcool, Tabaco e Outras Dro-

gas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras – que confirma que "os estudantes universitários apresentam consumo de drogas mais intenso e frequente do que outras parcelas da população".

O percentual de jovens universitários que consomem drogas tende a ser até duas vezes maior que o daqueles que não estão no ensino superior. A pesquisa aponta que 48,7% dos estudantes de ensino superior usaram alguma droga ilícita na vida (52,8% entre os homens), enquanto, na população brasileira, o índice é de 22,8%, segundo levantamento geral realizado em 2005.

No que diz respeito ao crack, o percentual entre universitários que já teve experiência com a droga é de 1,2%, enquanto a mé-

dia nacional foi de 0,7% em 2005 (apesar de dados preliminares do novo estudo já extrapolarem esse número).

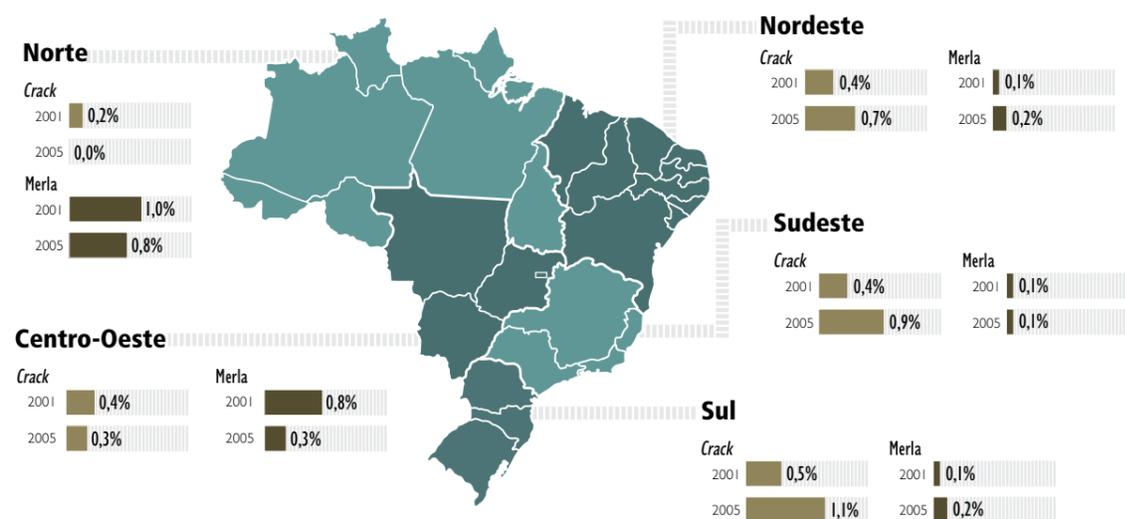
Entre os universitários do sexo masculino, 2,1% informaram já terem usado crack alguma vez na vida. O uso entre os estudantes de nível superior também é acima da média nacional nas regiões Sul (1,4%) e Sudeste (1,5%).

Rede pública

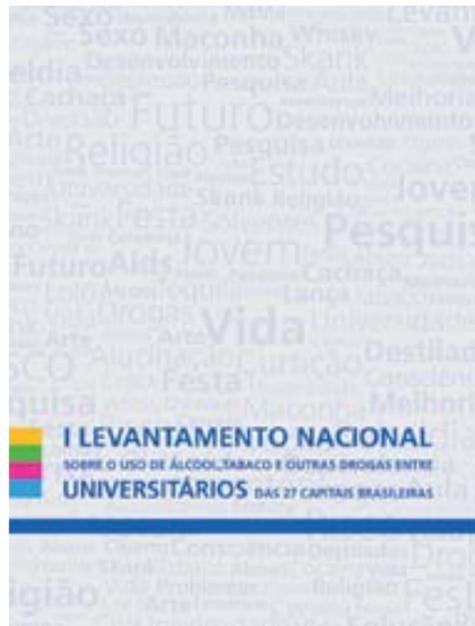
Em 2004, a Senad patrocinou o 5º Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, que entrevistou quase 50 mil alunos, a maioria (71,6%) cursando o ensino fundamental. Os dados preocupam ainda mais,

Em 4 anos, uso de crack teve forte aumento no Sul, Sudeste e Nordeste

Em 2001 e 2005, merla era mais comum no Norte e no Centro-Oeste, mas com tendência de queda no número de usuários



Fonte: 1º e 11º Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Senad e Cebrid, 2001 e 2005



já que os alunos que revelaram o uso de drogas registram maior defasagem escolar.

Mesmo se tratando de crianças e adolescentes (mais de um terço dos consultados tinham entre 13 e 15 anos), o levantamento já encontrou 0,7% de estudantes com pelo menos uma experiência com o crack na vida. O percentual se repete quando os alunos são perguntados se isso aconteceu nos 12 meses anteriores à pesquisa. Desse total, 0,5% tinha usado a droga no mês em que fora entrevistado.

O levantamento revelou ain-

da que o primeiro uso do crack acontece quando o estudante tem menos de 14 anos. Mais uma vez, os meninos (1,1%) superam as meninas (0,4%) na frequência de uso.

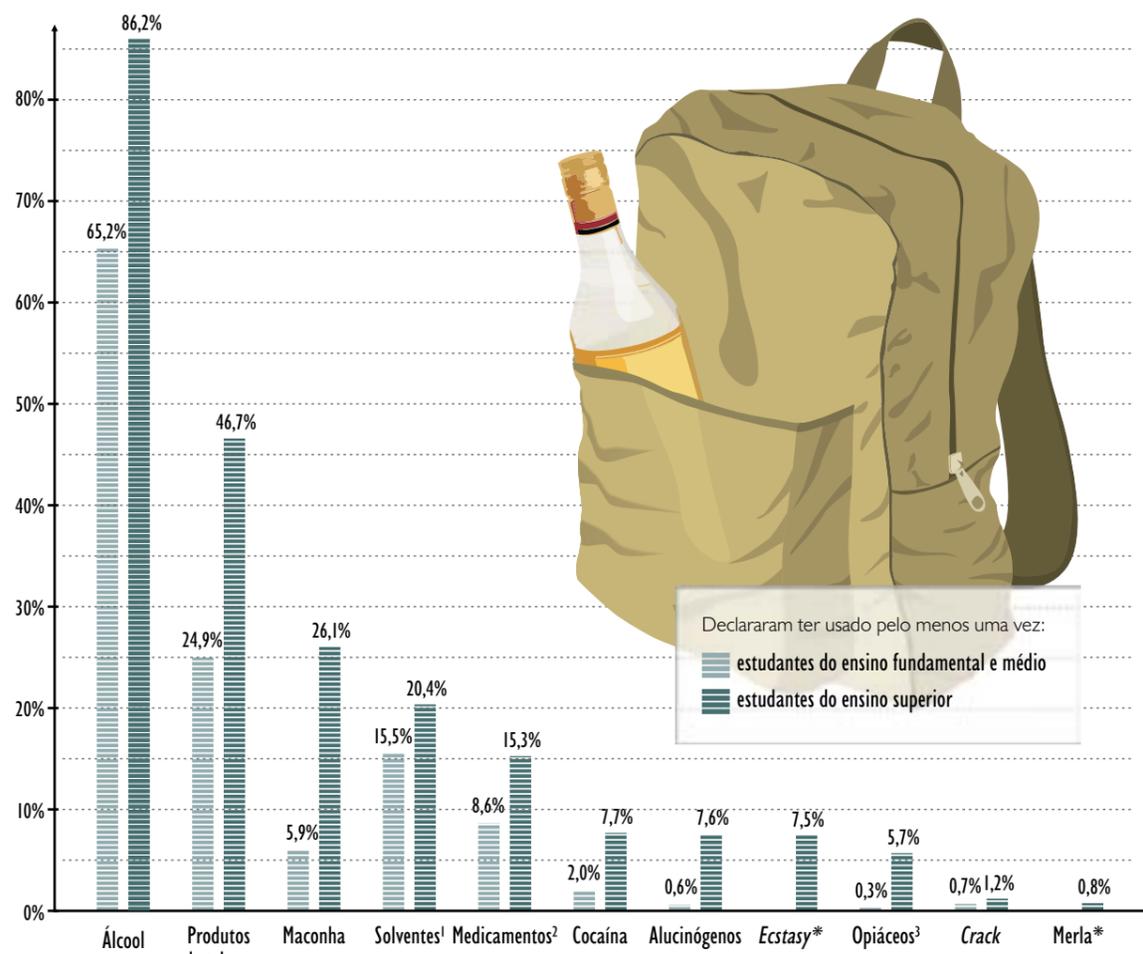
Na faixa etária de 10 a 12 anos de idade já se observou uso de drogas pelo menos uma vez na vida por 12,7% dos estudantes, sendo que 0,2% nessa faixa etária já tinha usado crack.

Obs.: Esses e outros estudos, inclusive com a população indígena, podem ser encontrados no site da Senad na internet (www.senado.gov.br).

Levantamento indicou que 48,7% dos estudantes de ensino superior usaram alguma droga ilícita na vida

Universitários são parcela da população que mais consome drogas

Entre estudantes dos ensinos fundamental e médio, mais jovens, o número de usuários precoces é o que mais preocupa



Declararam ter usado pelo menos uma vez:
 ■ estudantes do ensino fundamental e médio
 ■ estudantes do ensino superior

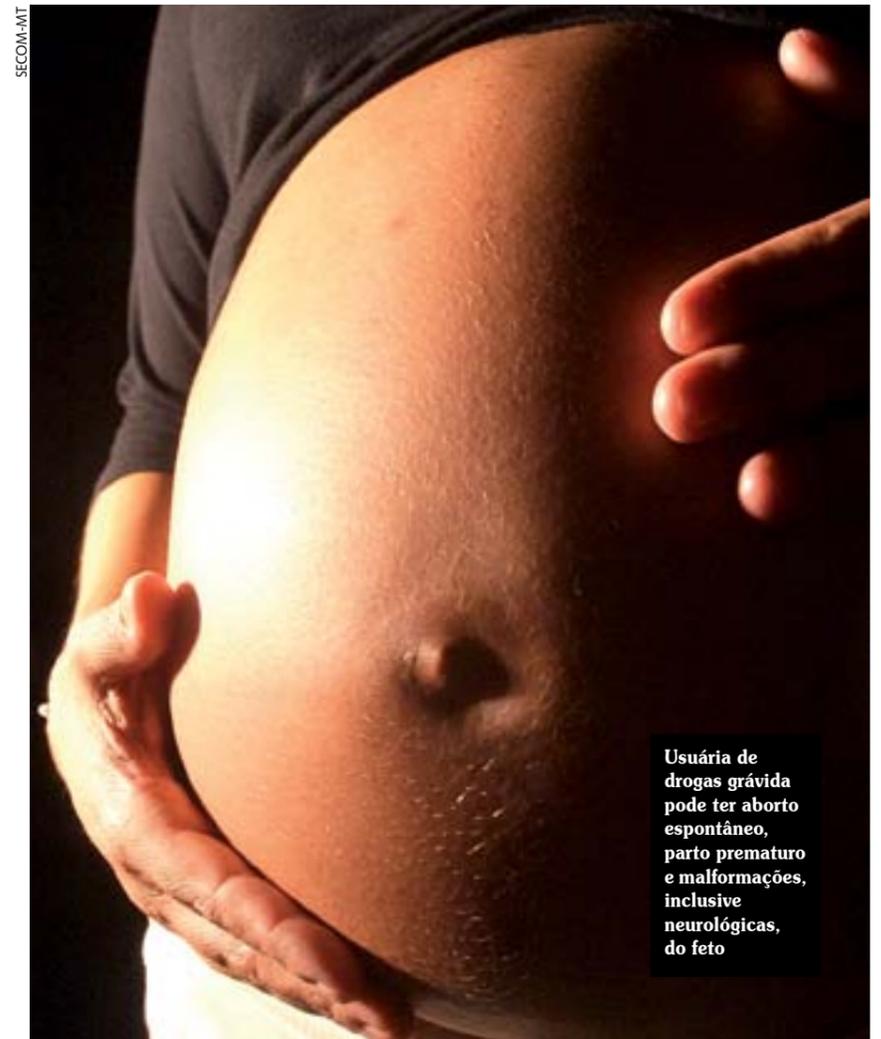
*Dados não disponíveis para ensino fundamental e médio. 1. Loló, cola de sapateiro, lança-perfume; 2. Ansiolítico, sonífero; 3. Morfina, heroína
 Fontes: Senad/Cebrid/V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2004
 I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, 2010

Homens são maioria, mas consumo feminino preocupa

Todos os estudos analisados têm um aspecto em comum: o uso de crack, cocaína e álcool, entre outras substâncias, é muito superior entre os homens. Pesquisadores apontam que o consumo de drogas é um fator de interação e afirmação social para o sexo masculino.

De acordo com o psiquiatra Aloísio Antônio Andrade de Freitas, presidente do Conselho de Políticas sobre Drogas do estado de Minas Gerais, as mulheres têm mais reações negativas quando usam substâncias como cocaína e álcool, ficam deprimidas, passam mal ou ficam com sono. Essa intolerância é considerada um fator de proteção natural. “Daí o número de mulheres usuárias, proporcionalmente, ser significativamente menor que o de homens”, analisa.

Ainda assim, os especialistas não subestimam o uso de drogas entre as mulheres, que, relativamente, procuram mais tranquilizantes e remédios controladores da ansiedade, como as anfetaminas (inibidores de apetite). Diferentemente dos homens, estudos demonstram que elas buscam as drogas com o objetivo de di-



Usuária de drogas grávida pode ter aborto espontâneo, parto prematuro e malformações, inclusive neurológicas, do feto

minuir sua insatisfação com a vida que levam.

Quando a mulher se torna dependente química, porém, Freitas identifica que o tratamento, em geral, é mais difícil que o do homem, “porque os mecanismos de proteção foram vencidos e não funcionaram”.

O médico Carlos Alberto Salgado, que cuidou de uma unidade para dependentes químicos do Hospital Presidente Vargas, de Porto Alegre, uma das cidades com maior registro de usuários de crack do país, informou que lá a demanda da droga aumentou a ponto de ser necessário designar leitos exclusivos para mulheres grávidas dependentes.

A prioridade se explica porque, além dos riscos à saúde registrados pelo usuário comum, a grávida pode ter aborto espontâneo, parto prematuro e malformações, inclusive neurológicas, do feto.

Já o senador Wellington Dias relata que traficantes presos revelaram a ele, em Alvorada do Gurguéia (PI), que o objetivo é viciar mulheres no crack, porque, dependentes, elas se transformam em “uma arma para aumentar a rede de clientes”. “Eles organizavam festas, elas participavam e, pela necessidade, ofereciam o corpo em troca de o parceiro experimentar uma droga que rapidamente vicia”, narrou o senador.



Aloísio Freitas, do Conselho de Políticas sobre Drogas de Minas Gerais: mulheres têm reações mais negativas ao uso de drogas

Druga legal, álcool é vendido livremente no país: 16% dos adolescentes dizem beber em grandes quantidades

FELIPE BARBA

Álcool é problema muito mais grave, dizem médicos

Chamados ao Senado para falar sobre problemas com drogas, especialmente o *crack*, médicos e psiquiatras, além de todos os representantes das comunidades terapêuticas, foram unânimes em alertar que o grande peso para a saúde pública é a dependência de álcool.

“Embora ainda não tenhamos dados confiáveis sobre o *crack*, o aumento da visibilidade não corresponde à magnitude do problema. Os problemas relacionados ao álcool são, de longe, muito mais significativos. O número de pessoas envolvidas e o custo econômico em relação ao álcool são infinitamente superiores aos do *crack*”, afirmou o psiquiatra Roberto Kinoshita, coordenador da área de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

“Notoriamente, o álcool representa a maior pro-

cupação em relação à drogadição, por uma questão estatística irrefutável”, reforçou o vice-presidente do CFM, Carlos Vital Corrêa Lima.

“Acho que pedagogia é adotar a mesma atitude diante da substância predominante dos adultos [álcool]”, sugere o psiquiatra Carlos Alberto Salgado. Ele considera um paradoxo a sociedade brasileira se indignar tanto com a presença e a disponibilidade brutal do *crack* e ter uma atitude permissiva com relação ao álcool. Salgado lembra que, além dos danos causados ao organismo, o álcool é responsável por grandes prejuízos à sociedade, como no caso dos milhares de acidentes e vítimas fatais, causados por motoristas bêbados, principalmente nos feriados nas estradas brasileiras.

As afirmações se sustentam em todos os levantamentos realizados, que apontam o álcool como a droga mais consumida. Em 2007, Senad e Unifesp fizeram o 1º Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População, segundo o qual a primeira experiência com álcool ocorre antes dos 14 anos. Cerca de 16% dos adolescentes entrevistados relataram beber pesado, o que aumenta riscos sociais e de saúde.

Um dos capítulos do estudo –

“Como Bebem os Adolescentes Brasileiros” – concluiu que 24% dos adolescentes bebem pelo menos uma vez por mês, sendo que 10%, em quantidades consideradas “arriscadas”. Mais que isso, 13% dos adolescentes apresentam intenso consumo de álcool (índice que chega a 17% entre os meninos).

Outra pesquisa, *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*, do Ministério da Saúde, de abril de 2011, mostra que o percentual da população adulta que consumiu álcool em excesso nos 30 dias anteriores à pesquisa passou de 16,2%, em 2006, para 18% em 2010 (26,8% dos homens e 10,6% das mulheres).

Despertador

Ainda assim, senadores e médicos acreditam que a disseminação do *crack* serve para que haja uma mobilização maior com relação à dependência química.

“O *crack*, infelizmente, serviu para que a sociedade acordasse. Com 35 anos de formado, ouço colegas me dizerem 'Vocês têm que fazer alguma coisa!'. A exacerbação serviu para que o Congresso e a sociedade se mobilizassem para enfrentar o *crack*. A gente tem que entender

a necessidade de enfrentar a dependência química”, pondera o senador Waldemir Moka.

O médico Ricardo Paiva entende que é importante abordar o *crack* de maneira específica.

“Segundo a ONU, a droga cuja incidência mais aumentou nos países ricos foram os estimulantes do sistema nervoso central [*ecstasy* e anfetaminas], diz”.

Alarmismo só atrapalha, alertam os especialistas

Enquanto a percepção do aumento do consumo de *crack* está estampada na imprensa, médicos que compareceram à subcomissão do Senado ponderaram que não se deve ter atitude alarmista diante do crescimento do uso da droga. Mais que isso, com base em dados sobre o consumo do *crack* em outros países, eles sugerem que pode haver estabilização do número de usuários no Brasil.

O psiquiatra Esdras Cabus Moreira citou estudo da Universidade Johns Hopkins (EUA) mostrando que as curvas de uso de *crack* e cocaína nos Estados Unidos vêm declinando, com tendência a se estabilizar, mesmo sem que se tivesse encontrado uma estratégia eficaz de prevenção ou de tratamento.

Moreira afirma ainda que outro estudo americano revelou que a expansão do consumo de uma droga tem relação com a percepção de risco dos usuários. Segundo o psiquiatra, cada vez mais os estudantes dos EUA acreditam que a maconha, por conta de seu uso medicinal, é pouco perigosa. “Isso corresponde a um aumento do consumo”, afirmou Esdras.

Porém, com relação ao *crack*, até mesmo os usuários pensam se tratar de uma droga arriscada, “de mendigo”, que traz graves prejuízos. Essa percepção com relação ao *crack* foi confirmada pela pesquisa nacional sobre drogas realizada em 2005 (*veja infográfico ao lado*).

“Essa droga não vai se dis-

seminar como se fosse uma praga, uma epidemia. Ela vai encontrar formas de uso que têm a ver com situações de percepção de risco, com outras questões de vulnerabilidades sociais relacionadas”, explicou Esdras.

Também os médicos Roberto Kinoshita e Carlos Alberto Salgado repetiram à subcomissão que um alarmismo com relação ao *crack* pode prejudicar a concepção de políticas públicas para combater a droga e, principalmente, tratar a dependência química de uma forma geral.

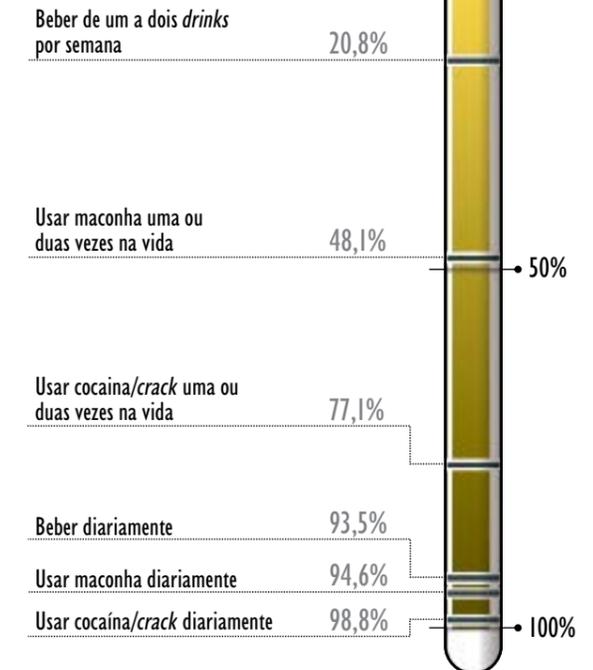
Medidas adequadas

Como exemplo de alarmismo, Esdras citou a lei aprovada pelo Congresso americano durante a expansão do *crack* no país. Lá, os parlamentares foram informados que a droga era mais danosa e trazia mais violência e crime que a cocaína e, então, endureceram as leis para punir usuários. A partir daí, se uma pessoa fosse flagrada com 5 g de *crack* e outra com 500 g de cocaína, as duas, apesar de o princípio ativo ser o mesmo, ficariam sujeitas a sentença semelhante.

“Isso gerou crescimento enorme de pessoas presas no sistema penal americano e gerou disparidade racial grande nas prisões. Pelo alarde da mídia, pensava-se que o *crack* tinha

Percepção do risco do *crack* supera o do álcool e o da maconha

Uso do *crack*, mesmo que apenas uma vez na vida, é considerado risco grave por mais de três quartos dos brasileiros. Ingerir álcool, no entanto, para a maioria, é menos arriscado que fumar maconha



Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2005

relação grande com a violência. Mas as estatísticas de crime de violência de *crack* e cocaína não mostravam diferenças tão grandes que justificassem que o porte de 100 g de cocaína e de 1 g de *crack* levassem à mesma pena”, analisou Esdras.

Roberto Kinoshita acha que apenas com evidências científicas os agentes públicos terão a firmeza necessária para dimensionar e enfrentar a questão com medidas apropriadas. Para ele, é importante “não minimizar, mas não alarmar e gerar pânico e medo”.

“Uma sociedade que vive com medo, insegurança, sentimento de impotência, corre risco. Acuada, tende a abdicar de direitos por soluções de força, de menos civilidade. Esse talvez seja o maior risco que esse fenômeno traz”, analisa Kinoshita.



Salgado: “Nos incomodamos com o *crack*, mas há 1 milhão de pontos de venda de álcool, droga cujo uso é até incentivado”

Reabilitação desafia a sociedade

Complexidade na maneira de tratar a dependência, que atinge todos os aspectos da saúde e da vida do paciente, é uma das dificuldades enfrentadas em todo o mundo. No Brasil, problema é agravado em função da precariedade da rede de saúde e da falta de profissionais qualificados

Cada vez mais, governos e sociedades em todo o mundo concluem que a prioridade é desintoxicar, tratar e auxiliar os dependentes químicos a voltarem ao convívio social.

Entretanto, além das dificuldades de recuperação dos dependentes químicos, especialmente aqueles viciados em *crack*, o Brasil convive hoje com uma rede de tratamento pequena e precária e com profissionais pouco qualificados.

A complexidade do tratamento da dependência, doença crônica e grave, foi resumida no depoimento de Célio Luiz Barbosa, coordenador-geral dos Centros de Atendimento às Famílias da Fazenda da Paz na subcomissão do Senado.

“Tratar a dependência química não é apenas curar os efeitos que as drogas causam no indivíduo, é reorganizar o indivíduo por completo”, afirma.

O problema é agravado pela efetividade limitada das abordagens de tratamento para dependência de cocaína e *crack* discutidas pela comunidade científica

e pela sociedade. “No caso das drogas, o primeiro mal que devemos evitar é proclamar que temos alguma arma melhor do que as outras, vender ilusões. Há décadas, se estudam e se buscam tratamentos eficazes. E, hoje, a eficácia de inúmeras abordagens é muito questionável”, afirma Roberto Kinoshita, coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

Como o vício atinge todos os aspectos da saúde e da vida do dependente, a psiquiatra Alessandra Diehl e seus colegas da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) enfatizam que “o paciente apresentará necessidades múltiplas e o tratamento deve ser preparado para oferecer um amplo conjunto de intervenções personalizadas”.

Tratamento indisponível

Às dificuldades do tratamento em si, intensificadas muitas vezes pela falta de apoio de famílias desarticuladas, soma-se um sistema público de saúde particularmente desaparelhado para tratar a dependência química e as doenças mentais.

Parte da explicação se deve ao país estar atravessando uma fase de transição para um novo modelo de tratamento, inaugurado com a reforma psiquiátrica de 2001 (*leia mais na pág. 43*).

Os médicos, no entanto, acusam a desarticulação do modelo anterior, sem que nada seja oferecido em seu lugar. De acordo com parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil oferece 0,34% dos leitos que seriam necessários para sua população.

Outro problema detectado é a falta de preparo dos médicos para lidar com o dependente químico.

Para suprir essa carência, as comunidades terapêuticas, instituições privadas disseminadas por todo o mundo que oferecem tratamento especialmente a dependentes químicos, estão abrigando a maior parte dos pacientes em tratamento.

O problema, nesse caso, é a falta de regulamentação dessa atividade e, também, de apoio público às entidades que realizam um trabalho em acordo com as mínimas diretrizes e padrões legais.



Recuperação envolve do médico ao juiz

Desintoxicar o dependente químico é apenas parte do tratamento. Além de depender da vontade do paciente, o uso de medicamentos, isolado, pouco consegue ajudar uma pessoa completamente desorganizada, desde seus cuidados básicos de higiene até suas relações sociais e laços afetivos.

Daí o consenso de que é necessária uma abordagem multidisciplinar para que o tratamento seja eficaz. Desintoxicação, psicoterapia, terapia ocupacional e assistência social são apenas partes do tratamento. E há ainda quem defenda um componente religioso nessa recuperação do indivíduo. Porém, em regra, essas abordagens ainda estão completamente desarticuladas no Brasil.

Além da articulação, há necessidade de grande dedicação

por parte de quem aplica o tratamento. O atendimento ao usuário exige habilidade e disponibilidade emocional dos profissionais envolvidos, o que demanda grandes investimentos, inclusive em treinamento.

Essa necessidade é agravada ainda pelas recaídas, muito comuns, por outras doenças associadas, por problemas afetivos e com a lei. E o tratamento dessas questões é tão importante quanto livrar o dependente do abuso das drogas.

Segundo o psiquiatra e consultor da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, José Manoel Bertolote, “o sucesso de qualquer tratamento para dependência química passa pela vontade do usuário de se manter afastado da droga”. Ele lembra ainda que “a desintoxicação tem seu papel,

no sentido de reduzir os danos a que está sujeito o usuário, mas é uma contribuição modesta. Um sólido sistema de apoio médico, psiquiátrico, social, familiar e psicológico é essencial”.

Os médicos confirmam que não existe medicação para reduzir o desejo por *crack* ou cocaína. Por isso, dizem que não se pode passar às famílias e dependentes a ideia de que, sozinhos, medicamentos vão resolver o problema. Isso sem contar que, a cada passo da medicina, o mercado de drogas ilícitas diversifica seus produtos, deixando os cientistas para trás.

Os psiquiatras da Unifesp Hamer Alves, Marcelo Ribeiro e Daniel de Castro recomendam ainda que o tratamento leve em conta o uso concomitante de outras drogas, especialmente do álcool,

generalizado entre dependentes de *crack* ou cocaína. A equipe da Unifesp observa que o álcool é um dos maiores obstáculos ao tratamento, por reduzir a capacidade crítica e a motivação e por levar o usuário a estados de impulsividade e euforia, o que aumenta o risco de recaída.

Além disso, qualquer medicamento pode oferecer risco se não for considerada a interação com o álcool, as recaídas, os efeitos colaterais e o uso dos remédios em tentativas de suicídio.

Para tornar o quadro ainda mais complexo, estudos relatam que o uso de cocaína e *crack* pode desencadear psicose, depressão e esquizofrenia, entre outras doenças psiquiátricas. Para que o tratamento tenha sucesso, o diagnóstico deve ser o mais exato possível para que essas doenças sejam tratadas com remédios específicos, tradicionais e de eficácia comprovada.

Caso a caso

A estratégia de tratamento deve ser definida para cada usuário, de acordo com sua idade, sexo e formação, e sua realidade sócio-econômica. Ainda assim, essa estratégia deve estar sempre sujeita a revisões. Os médicos estimam ser necessários entre seis e 12 meses de tratamento, que pode chegar a mais de três anos. Internações são consideradas imprescindíveis nos casos em que o paciente for um risco para si mesmo e para os outros.

A família e os amigos são fundamentais para que os dependentes se mantenham motivados e comprometidos com o tratamento recebido. No entanto, informa a psiquiatra Gilda Pulcherio, “a maioria dos estudos confirma que o universo familiar dessa população é frequentemente disfuncional”. Assim, muitas vezes o tratamento deve incluir também apoio psicológico para a família do dependente.



Debate na subcomissão do Senado mostrou necessidade de abordagem multidisciplinar para o sucesso do tratamento

JOSE CRUZ

O que não deve ser feito

Se ainda há muito a aprender sobre como tratar o dependente químico, psiquiatras da Unifesp têm claro o que não funciona:

- Deixar de investigar e tratar todas as dependências além do *crack* ou cocaína.
- Excluir o tratamento psiquiátrico ao optar por terapias alternativas. Acupuntura, técnicas de relaxamento e medicina oriental podem melhorar a qualidade de vida, mas não tratam o vício.
- Propor a substituição do *crack* ou cocaína por maconha – além dos prejuízos causados pela maconha, isso manterá o dependente em contato com o ambiente das drogas.
- Dispensar o suporte de grupos

ou comunidades como Narcóticos Anônimos e Alcoólicos Anônimos. Além de acompanhar o dependente, elas ainda têm custo zero.

- Dispensar o uso de equipe multiprofissional, já que, em geral, um só profissional não consegue atender a todas as demandas do paciente, desde deixar de usar a droga até se reorganizar por completo.
- Deixar de levar em conta as recaídas, que podem acontecer várias vezes antes de uma recuperação definitiva. O tratamento e a prescrição de medicamentos não podem causar danos ainda maiores caso o dependente volte a usar a droga



Grupo Alcoólicos Anônimos Alvorada, de Brasília, se reúne toda semana como passo para evitar recaídas

MOREIRA MARIZ

Vacinas só daqui a dez anos e para metade dos casos

Um laboratório dos Estados Unidos (Immunologic Pharmacological Corporation) desenvolve desde 1996 uma vacina contra a cocaína. Em 2009, a pesquisa entrou na terceira e última fase, a experimentação em humanos. A vacina é composta por cocaína, ácido carbônico e toxina da cólera asiática.

No corpo humano, a vacina ajuda a formar anticorpos, que passam a combater a cocaína. Assim, bloqueiam a passagem da cocaína para o cérebro, impedindo-o de produzir a euforia que os usuários buscam (veja infográfico na pág. 14).

Pesquisadores das escolas de medicina da Universidade de Yale e do Baylor College observaram que apenas 38% dos pacientes vacinados produziram anticorpos suficientes para bloquear os efeitos da droga. Mas a eficácia da vacina não persistiu por mais de dois meses. “Um ótimo tratamento necessitaria, sem dúvida, de vacinações repetidas para manter o nível de anticorpos adequado”, afirmam os autores.

Em outra pesquisa, financiada pelo Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (Nida) dos EUA, cientistas de Weill Cornell combinaram pedaços de um vírus causador do resfriado e partículas que imitam a cocaína. Assim, criaram um composto que induz o sistema imunológico a destruir a droga antes que ela alcance o centro de prazer do cérebro.

Alerta

Os participantes do ciclo de au-

diências públicas no Senado, no entanto, apontaram que as vacinas exigirão entre cinco e dez anos para serem oferecidas no mercado.

Esdras Moreira, coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas do Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas, da Bahia, é cético quanto à eficácia da vacina: “O que um usuário que não queira parar de usar vai fazer se você utilizar a vacina nele? Ele vai tentar burlar a vacina na forma como utiliza a substância e aí os anticorpos não vão ser necessários”.

Bo Mathiasen, representante do Escritório Contra Drogas e Crimes, da Organização das Nações Unidas (Unodc), faz questionamentos de natureza ética: “Como seria trabalhada a questão do consentimento? Pode haver uma obrigatoriedade legal de vacinação de indivíduos considerados em situação de maior risco? E quem definiria essas situações?”

O pesquisador Esdras Moreira levanta dúvidas sobre a eficácia da iniciativa

J. FREITAS



Distribuição de preservativos em Bagé (RS): evitar DSTs é objetivo da política de reduzir riscos para os dependentes

Brasil adota redução de danos, mas não há consenso

Ao contrário do tratamento por desintoxicação, as iniciativas de redução de danos não exigem que o dependente deixe de consumir drogas. A ideia é diminuir os prejuízos causados pela dependência, tanto para o usuário quanto para a sociedade. Entre os riscos a serem minorados estão: suicídio, *overdose*, acidentes, prejuízos cerebrais irreversíveis e doenças transmissíveis, como Aids e hepatite.

Para Aloísio Andrade de Freitas, presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de Minas Gerais, “a redução de danos quer dizer que entre o real e o ideal tem o possível”.

A cientista social Andréa Domanico afirma que esta

abordagem “leva em consideração a complexidade do fenômeno, a diversidade dos usos e as particularidades culturais dos usuários, possibilitando uma melhor compreensão da hierarquia de riscos”.

A primeira menção à redução de danos registrada foi o *Relatório Rolleston*, de 1926. O documento, assinado por vários médicos ingleses, defendia que a administração da droga e o monitoramento do seu uso feitos pelo médico – à época em teste na Europa – eram a melhor maneira de tratar dependentes de morfina ou heroína.

A redução de danos integra as políticas públicas oficiais de diversos países. No Brasil,

o Ministério da Saúde afirma que “a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado. As práticas de saúde devem acolher, sem julgamento e para cada usuário, o que é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito”.

Mesmo oficializada, a redução de danos está longe de conquistar consenso no Brasil. Um dos maiores obstáculos à sua implantação é o entendimento de que ela inibiria o consumo de drogas, com gastos desnecessários, quando o objetivo deveria ser a desintoxicação total.

Por outro lado, instituições como a Rede Brasileira

de Redução de Danos e Direitos Humanos (Reduc) e a Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda) partem do princípio de que não é possível livrar o mundo das drogas, fato que nunca

ocorreu em toda a história da humanidade.

HIV

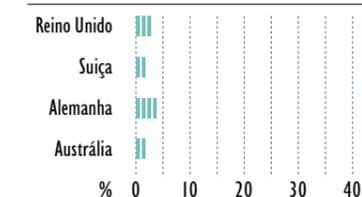
Entre os maiores danos está a infecção por HIV, à qual os usuários de *crack* são especialmente vulneráveis, além de a outras doenças transmitidas sexualmente, por conta das práticas sexuais sem proteção associadas ao número elevado de parceiros, troca de sexo por dinheiro ou por droga, baixo nível de instrução dos consumidores, dependência concomitante de outras drogas e baixa imunidade dos usuários.

Bo Mathiasen, representante do Escritório Sobre Drogas e Crimes, da Organização das Nações Unidas (Unodc), afirma que, na década de 1990, estudo realizado em Nova York evidenciou que, entre as mulheres usuárias de *crack*, 21% eram soropositivas. Outro estudo, também dos anos 1990, feito em Houston (EUA), mostrou altas taxas de infecções sexualmente transmitidas entre as dependentes da droga: 11,3% positivas para HIV; 14,9%, para sífilis; e 53,3%, para hepatite B. No Brasil, segundo Mathiasen, estudo publicado em 2004 revelou uma prevalência de 20% para o HIV entre as dependentes de *crack*.

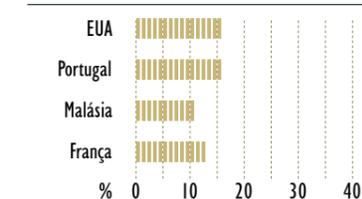
Benefícios garantidos

Presença de HIV entre usuários de drogas injetáveis:

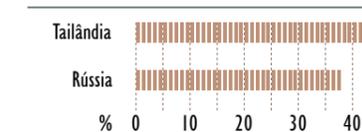
Em países com políticas de redução de danos consistentes



Em países com estratégias parciais de redução de danos ou em fase tardia da epidemia



Em países que não implantaram quaisquer políticas de redução de danos



Fonte: Report of the Global Commission on Drug Policy, 2017

Estratégia inclui ações polêmicas

- fornecimento de preservativos, seringas, cachimbos descartáveis etc., para evitar a transmissão de doenças e as queimaduras na boca e mãos do dependente
- substituição da cocaína ou *crack* pela maconha, para evitar danos cerebrais mais graves (essa é uma opção muito criticada pelos médicos, que discordam da substituição de uma droga por outra – leia mais na pág. 11)
- criação de locais monitorados para o consumo ou o fornecimento da droga pelo Estado, para evitar o contato do

dependente com o traficante, reduzir a demanda, garantir que não sejam consumidas substâncias ainda mais tóxicas e retirar o caráter de proibição da droga, que serve como atrativo, especialmente para os mais jovens

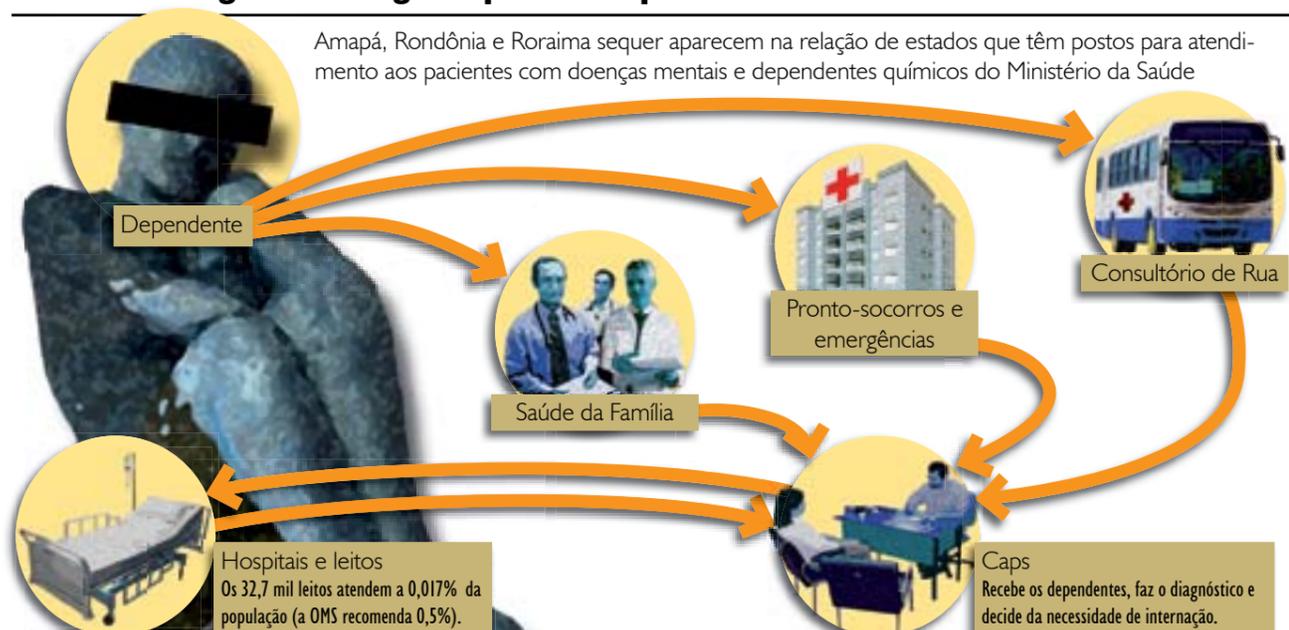
Obs.: como o uso do *crack* é recente se comparado a outros entorpecentes, faltam dados para que os especialistas avaliem as vantagens da distribuição de cachimbos descartáveis ou outras medidas específicas.



Uso da maconha para substituir o *crack* é uma das ideias propostas por defensores da redução de danos

Número de vagas está longe do previsto e prometido

Amapá, Rondônia e Roraima sequer aparecem na relação de estados que têm postos para atendimento aos pacientes com doenças mentais e dependentes químicos do Ministério da Saúde



Hospitais e leitos
Os 32,7 mil leitos atendem a 0,017% da população (a OMS recomenda 0,5%).

Caps
Recebe os dependentes, faz o diagnóstico e decide da necessidade de internação.

| | UF | Hospitais | Leitos | Leitos por mil hab. |
|---------------|-----------------|------------|---------------|---------------------|
| Norte | AC | 1 | 35 | 0,05 |
| | AP ² | - | - | - |
| | AM | 1 | 20 | 0,01 |
| | PA | 1 | 56 | 0,01 |
| | RO ² | - | - | - |
| | RR ² | - | - | - |
| | TO | 1 | 160 | 0,12 |
| | Nordeste | AL | 5 | 880 |
| | BA | 7 | 877 | 0,06 |
| | CE | 7 | 949 | 0,11 |
| | MA | 3 | 662 | 0,10 |
| | PB | 5 | 691 | 0,18 |
| | PE | 13 | 1.932 | 0,22 |
| | PI | 1 | 160 | 0,05 |
| | RN | 4 | 572 | 0,18 |
| | SE | 2 | 280 | 0,14 |
| Centro-oeste | DF | 1 | 85 | 0,03 |
| | GO | 10 | 1.171 | 0,20 |
| | MT | 2 | 202 | 0,07 |
| | MS | 2 | 200 | 0,08 |
| Sudeste | ES | 3 | 565 | 0,16 |
| | MG | 17 | 2.292 | 0,12 |
| | RJ | 36 | 6.224 | 0,39 |
| | SP | 54 | 10.780 | 0,26 |
| Sul | PR | 15 | 2.452 | 0,23 |
| | RS | 6 | 810 | 0,08 |
| | SC | 4 | 680 | 0,11 |
| Brasil | | 201 | 32.735 | 0,174 |

Dados de 2010

| | UF | Caps I | Caps II | Caps III | Caps i | Caps AD | Caps por 100 mil hab. ¹ |
|---------------|----------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------------------------------|
| Norte | AC | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0,27 |
| | AP | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0,45 |
| | AM | 5 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0,23 |
| | PA | 24 | 12 | 1 | 2 | 6 | 0,44 |
| | RO | 11 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0,74 |
| | RR | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,33 |
| | TO | 7 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0,47 |
| | Nordeste | AL | 37 | 6 | 0 | 1 | 2 |
| | BA | 121 | 31 | 3 | 7 | 16 | 0,85 |
| | CE | 45 | 29 | 3 | 6 | 17 | 0,94 |
| | MA | 36 | 13 | 1 | 3 | 6 | 0,63 |
| | PB | 38 | 8 | 3 | 7 | 8 | 1,23 |
| | PE | 26 | 18 | 2 | 6 | 12 | 0,59 |
| | PI | 27 | 6 | 1 | 1 | 4 | 0,83 |
| | RN | 12 | 11 | 1 | 2 | 6 | 0,84 |
| | SE | 19 | 4 | 3 | 2 | 4 | 1,16 |
| Centro-Oeste | DF | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0,21 |
| | GO | 11 | 14 | 0 | 2 | 4 | 0,42 |
| | MT | 24 | 2 | 0 | 2 | 5 | 0,69 |
| | MS | 9 | 6 | 1 | 1 | 4 | 0,69 |
| Sudeste | ES | 7 | 8 | 0 | 1 | 3 | 0,44 |
| | MG | 81 | 46 | 8 | 12 | 20 | 0,67 |
| | RJ | 34 | 39 | 1 | 16 | 19 | 0,58 |
| | SP | 61 | 76 | 22 | 30 | 62 | 0,56 |
| Sul | PR | 35 | 27 | 2 | 8 | 22 | 0,74 |
| | RS | 65 | 37 | 0 | 15 | 24 | 1,01 |
| | SC | 43 | 13 | 2 | 6 | 11 | 0,87 |
| Brasil | | 780 | 420 | 55 | 132 | 263 | 0,68 |

Dados de 2011

¹ Cobertura, segundo o Ministério da Saúde: muito boa (acima de 0,7), regular/boa (0,5 a 0,69), regular/baixa (0,35 a 0,49), baixa (0,2 a 0,34) e insuficiente/crítica (abaixo de 0,20). ² Não há dados disponíveis para esses estados.

Fonte: Ministério da Saúde, com dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

País oferece 0,34% dos leitos que seriam necessários

O Brasil oferece cerca de 32,7 mil leitos para internação de doentes mentais. Porém, se o país tivesse que cumprir a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de manter um número de vagas na área de saúde mental suficiente para internar 0,5% da população do país, seriam necessários 950 mil leitos.

Essa necessidade é reforçada pelos números do próprio MS, que informa: “3% da população brasileira têm transtornos mentais severos e persistentes, mais de 6% têm transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, contínuo ou eventual”.

Com o número atual, de um leito para cada grupo de cerca de 5,8 mil pessoas (veja infográfico na pág. 38), a possibilidade de dar tratamento a quem precisa de cuidados de saúde mental é quase nula.

Dos 32,7 mil leitos, estão disponíveis apenas 11,5 mil para os dependentes de drogas: 2,5 mil nos hospitais gerais e 9 mil nos Caps, hospitais psiquiátricos e prontos-socorros gerais e psiquiátricos.

“Há insuficiência de estrutura para tratamento. Temos apenas 258 unidades de Caps AD, para 190 milhões de habitantes”, constata a senadora Ana Amélia (PP-RS).

Diante desses dados, a sociedade vem encontrando saída, na esmagadora maioria dos casos, apenas no tratamento oferecido por comunidades terapêuticas, muitas delas sem qualquer regulação ou fiscalização do Estado.

“Até a Organização Mundial da Saúde reconhece o assessoramento das comunidades terapêuticas, especialmente no Brasil, em que a participação do Estado é muito pequena”, diz Ana Amélia (leia mais a partir da pág. 60).

Municípios não conseguem estruturar rede de atendimento

Apesar de os dados demonstrarem uma carência extrema de leitos na rede de atendimento à saúde mental no Brasil, os mecanismos atuais não conseguem fazer com que a rede pública se expanda rapidamente. Pelo modelo construído há mais de nove anos pelo Ministério da Saúde, os municípios têm que arcar com todo o custo do planejamento e cumprir diversos passos burocráticos para conseguir a liberação de recursos, considerados insuficientes, para montar a infraestrutura.

Pelo sistema atual, é dos municípios (veja quadros nas págs. 38 e 40) a responsabilidade de criar e gerir a rede de atendimento aos usuários de drogas. As prefeituras devem organizar a demanda e mapear os leitos e outros tipos

de atendimento disponíveis em sua região para encaminhamento dos dependentes. Como se não bastassem esses esforços, há ainda outras condições que precisam ser cumpridas para as cidades criarem suas redes de saúde mental com ajuda do governo federal.

Para o deputado federal Givaldo Carimbão (PSB-AL), houve “a municipalização do transtorno mental”. Porém, as prefeituras, por conta de todas as etapas exigidas, não conseguem implantar rapidamente a estrutura de atendimento necessária. Consequentemente, o país pode demorar muito e até não conseguir enfrentar o problema. Carimbão criticou a demora, afirmando que “se tenho um montante de 2 milhões para serem atendidos [número esti-



Cartaz do Ministério da Saúde informa sobre programas para o tratamento da dependência, como os centros de atenção psicossocial

mado de dependentes], e a única ferramenta que o Brasil tem são os Caps AD, há um déficit de 1,99 milhão de vagas”.

Os centros de Atenção Psicossocial (Caps) podem ser do tipo I, II ou III, ou infanto-juvenis (Capsi), ou ainda exclusivos para dependentes de drogas e álcool, os chamados Caps Álcool e Drogas (Caps AD). As diferenças entre os Caps I, II e III dizem respeito ao tamanho e formação dos membros da equipe. Os Caps III são os únicos que podem funcionar durante a noite, mas não há obrigatoriedade. Já os leitos para internação de pacientes com transtornos mentais devem ser oferecidos apenas nos hospitais da rede de atendimento geral.

Burocracia dificulta a montagem dos centros de atenção psicossocial para dependentes de álcool e drogas, como esse em cidade-satélite do DF

LU DE PAULA



Burocracia

Para implantar o Caps, os municípios com mais de 40 mil habitantes (30 mil na Amazônia) devem ter um núcleo de atenção integral à saúde da família, com pelo menos um psicólogo ou psiquiatra, e um terapeuta ocupacional ou assistente social.

Cada núcleo deve dar suporte técnico para nove a 11 equipes de Saúde da Família. Essas equipes devem estar articuladas preferencialmente aos Caps, onde houver, ou ao serviço de saúde mental de referência.

Para obter auxílio financeiro antecipado é preciso enviar ao Ministério da Saúde (MS) dados sobre o projeto terapêutico, os profissionais e os gastos necessários.

A burocracia exige ainda que o município elabore todo o projeto do centro e peça ao MS o cadas-

Rede de atendimento varia com a população

Para receber apoio financeiro do governo federal, as prefeituras têm que construir sua rede de saúde mental segundo as regras do Ministério da Saúde

| Habitantes | Recursos disponíveis para: |
|--------------------|--|
| até 20 mil | Rede básica com ações de saúde mental |
| entre 20 e 70 mil | Caps I e rede básica com ações de saúde mental |
| entre 70 e 200 mil | Caps II, Caps AD e rede básica com ações de saúde mental |
| mais de 200 mil | Caps II, Caps III, Caps AD, Capsi e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) |

Fonte: Ministério da Saúde

tramento do serviço, o que só é feito com autorização da Comissão Intergestores Bipartite (órgão do SUS composto por estados e municípios), a pedido do secretário estadual de Saúde. É preciso ainda enviar essa autorização e a

papelada do projeto ao MS.

Somente depois dessas etapas, é que o MS repassa R\$ 20 mil para a implantação do Capsi, R\$ 30 mil para o Caps II ou Caps I e R\$ 50 mil para o Caps III ou Caps AD.

Modelo do governo visa garantir acesso e direitos civis

O governo tenta responder ao aumento do número de dependentes e à complexidade do tratamento que a doença exige por meio da Política Nacional de Saúde Mental, que prevê a formação de uma rede aberta de atendimento para oferecer tanto tratamento quanto apoio à reinserção social. No papel, as intenções das normas são muito claras. Porém, na realidade, o que se verifica é uma rede de atendimento limitada, quando existente.

Responsável atual pela implementação da política de saúde mental, Roberto Kinoshita, coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde (MS), acredita que o modelo deve garantir tanto o acesso ao tratamento quanto o respeito aos direitos civis dos usuários de drogas (leia mais na pág. 43).

De acordo com o modelo desenhado pelo MS, as equipes de Saúde da Família devem prestar o primeiro atendimento aos dependentes que buscam tratamento. Já os doentes que não procuram atendimento devem ser abordados por equipes itinerantes, chamadas consultórios de rua e formadas por médicos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e pedagogos. Tanto as equipes de Saúde da Família quanto os consultórios de rua devem estar vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

Essas três instâncias são responsáveis pela triagem, pela avaliação clínica das condições de saúde física e mental do dependente e pela definição do tratamento a ser feito, incluindo decidir sobre a necessidade ou não de internação. Cabe ainda a esses serviços organizar a demanda de saúde mental no município, mapeando vagas e leitos disponíveis na região e encaminhando os pacientes de acordo com suas necessidades.

O sistema público de saúde completa a rede de atendimento



Roberto Kinoshita, coordenador do MS, observado pela senadora Ana Amélia: internações devem ser de curta duração

aos dependentes químicos e deve oferecer serviços de saúde mental e leitos para internação. O MS estabeleceu que “a internação deve ser de curta duração, em hospital geral da rede pública, com vistas à desintoxicação associada aos cuidados emergenciais das complicações orgânicas ou à presença de algum tipo de comorbidade desenvolvida com o uso”.

Foco nos Caps

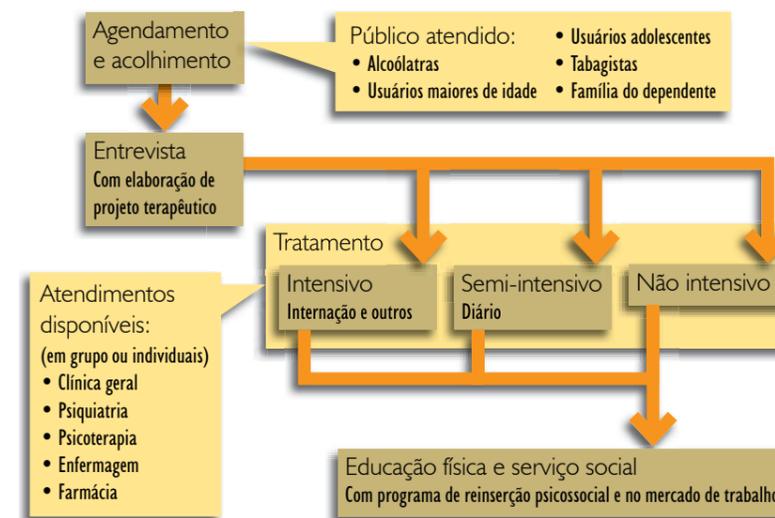
De acordo com o MS, os Caps devem “oferecer atendimento individual (medicamentos, psicoterapia, orientação etc.), em

grupos (psicoterapia, atividade de suporte social), oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias para a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social”.

Para Doralice Alcântara, secretária de Assistência Social de Ponta Porã (MS), o tratamento ambulatorial nos Caps só funciona se a família do dependente tiver condições de recebê-lo em casa e administrar a medicação. “Infelizmente, quando a doença da

Caps fazem diagnóstico e programa de tratamento

Embora ressalte que os Caps não são a principal estrutura de atendimento da rede, Ministério da Saúde atribui a eles as tarefas iniciais mais importantes



Fonte: Ministério da Saúde, 2010



LIA DE PAULA

Enquanto estão no Caps AD de Santa Maria, no Distrito Federal, pacientes fabricam bijoutherias como parte da terapia que busca a reabilitação

Médicos contestam política do Ministério da Saúde

Os representantes da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e do Conselho Federal de Medicina (CFM) ouvidos pela subcomissão do Senado criticaram a implementação da reforma psiquiátrica pelo Ministério da Saúde, a partir da Lei 10.216/01. Para eles, em um primeiro momento, houve o fechamento em massa de leitos para tratamento de saúde mental e, na construção do novo modelo, há sérios desvios na concepção da rede de atendimento que tem os Caps como base.

Emmanuel Fortes, da ABP, avalia que há uma distorção do foco do Ministério da Saúde: “O Brasil negligencia a percepção

médica para priorizar a percepção social. A dependência de drogas é, antes de tudo, uma doença. E a política do Ministério da Saúde é equivocada porque confunde os Caps com uma panaceia que resolve todos os problemas”, afirma.

Segundo ele, o Conselho Federal de Medicina considera os Caps impróprios para o trabalho do médico porque não têm estrutura que lhes permita uma ação imediata, muitas vezes necessária no atendimento ao dependente, como nos casos de crises convulsivas e *overdoses*, por exemplo. “Fica somente uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social. E esses profissionais não têm a formação para executar um procedimento. Têm que chamar o Samu”, argumenta Fortes.

Para a ABP, os Caps invertem a sequência correta do atendimento, que deveria começar pelo diagnóstico clínico e psiquiátrico numa unidade da rede geral de saúde. Essa avaliação, necessária para detectar o uso de outras drogas além do *crack* e para diagnosticar as doenças físicas e psíquicas associadas, seguida das providências de início de tratamento, estaria relegada a segundo plano na

Aos Shrads caberá o atendimento de emergência relacionado ao uso de álcool e outras drogas (síndrome de abstinência alcoólica, *overdose* etc) com o objetivo de reduzir as internações de alcoólatras e dependentes químicos em hospitais psiquiátricos.

Esses serviços não estão regulamentados e o MS promete pagar valores maiores pelos procedimentos dos Shrads, que deverão ser oferecidos exclusivamente em hospitais gerais e com, no máximo, 14 leitos.

Porém, o repasse de recursos para criação dos primeiros Shrads ainda depende de regras para os convênios com os municípios, ainda não detalhadas pelo Ministério da Saúde.

estrutura desenhada pelo Ministério da Saúde.

Para Fortes, “os Caps são uma boa ideia, mas eles não podem ser o controlador da porta de entrada, o prescritor de medicamentos e o aplicador de terapias reabilitadoras porque a dependência está associada a doenças como a esquizofrenia, o transtorno afetivo bipolar, as psicopatias, os transtornos de déficit de atenção e a uma gama imensa de perturbações que vai da doença do pânico até a ansiedade generalizada. É preciso um diagnóstico médico antes de admitir o doente no sistema e o Caps não tem estrutura para cumprir esse papel”.

Mais que isso, afirma o médico, os Caps não estão devidamente aparelhados para a desintoxicação, emergências e acidentes, que exigem atendimento médico especializado. Diagnosticar e tratar doenças transmissíveis sérias, comuns em usuários de drogas, entre elas Aids e hepatite, também não seria possível nos Caps.

“Essa é uma estrutura que prevê apenas dois psiquiatras durante o dia, não tem psiquiatra à noite, nem nos fins de semana, nem nos feriados e dias santos. E é essa

estrutura que vai lidar com pessoas que necessitam de cuidados intensivos”, alerta Fortes.

Internação

Os médicos criticam ainda a política de internar doentes mentais, entre eles os dependentes químicos, em leitos dos hospitais gerais. Além de onerosa, a permanência de dependentes químicos junto com outros doentes pode colocar a equipe médica e demais pacientes em risco, por conta da natureza dessas doenças.

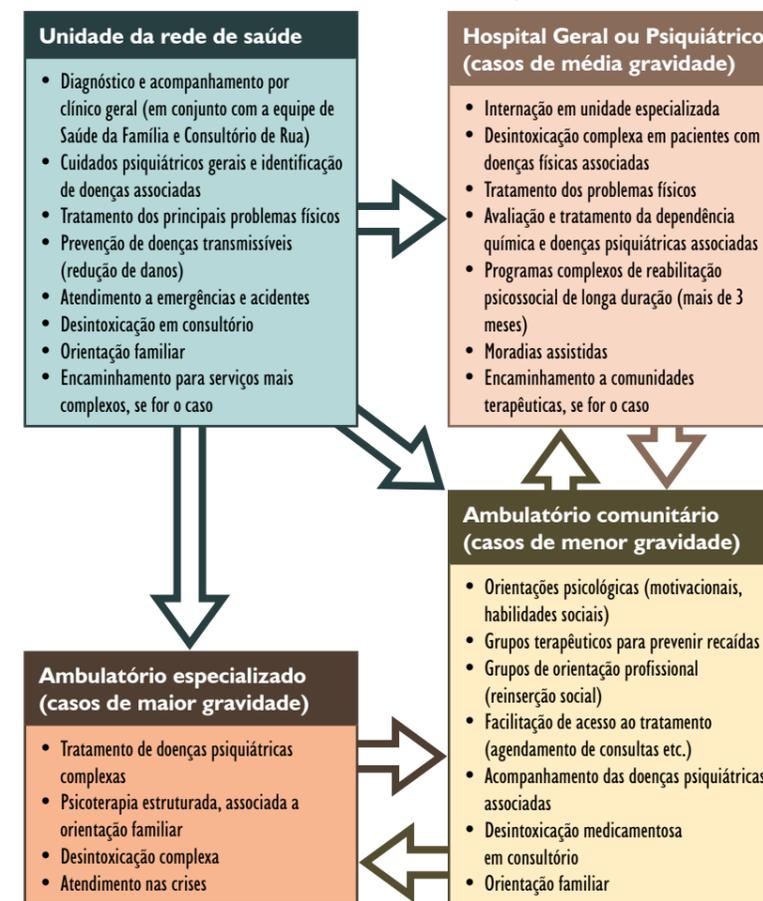
“Para oferecer seis leitos em ala própria para doentes mentais é preciso ter psiquiatra e equipe de enfermagem, além de plantonistas, psicólogo e assistente social, toda uma equipe, quando sabemos que essa mesma equipe, com um psiquiatra e duas enfermeiras, atenderia quarenta leitos. A gente tem que entender que não podemos jogar dinheiro fora”, argumenta Fortes.

Outra medida do governo considerada equivocada pelos psiquiatras é o limite do tempo de internação. “O médico é quem tem de dizer o tempo de que a pessoa precisa. O que há hoje é uma ingerência extraordinária na ação do médico. Você tem de fazer todo o trabalho em 15 dias, ainda que esse período seja insuficiente”, critica o representante da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Essa também é a posição do CFM, representado pelo vice-presidente, Carlos Vital Corrêa Lima, que afirmou ser necessário internar o dependente de *crack* por até três meses, depen-

Psiquiatras propõem outro fluxo de atendimento

Para a Associação Brasileira de Psiquiatria, o atendimento dos dependentes deve começar na rede básica de saúde, não nos Caps



Fonte: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2010

dendo dos danos ao cérebro, do tempo de consumo e da gravidade das doenças associadas.

Resposta

Em resposta às críticas, o secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Helvécio Magalhães, garantiu à ABP, em

reunião realizada em 2 de junho, que o ministério irá rever a política de saúde mental, avaliar a eficiência dos Caps, analisar a criação de ambulatórios de psiquiatria e a contratação de psiquiatras para as emergências, e definir o que é serviço médico e serviço social dentro das comunidades terapêuticas.

Reforma psiquiátrica eliminou 90 mil leitos em hospitais

A decisão do Ministério da Saúde de não relacionar os hospitais psiquiátricos entre as estruturas prioritárias para atendimento aos dependentes químicos, duramente criticada pelos psiquiatras, tem origem na chamada reforma psiquiátrica, iniciada em 2001 (Lei 10.216/01), que concebeu um modelo aberto para trata-

mento das pessoas com doenças mentais, incluídos os dependentes de drogas e álcool. Nesse modelo, cujo maior objetivo é a reinserção social, os doentes teriam liberdade para escolher entre os diversos centros de atendimento.

Como consequência, uma das principais diretrizes da Política de Saúde Mental, delineada pelo

Ministério da Saúde a partir da lei de 2001, é reduzir o número de leitos oferecidos em hospitais psiquiátricos e transferir a responsabilidade pela assistência a esses pacientes para a rede de atenção extra-hospitalar, da qual fazem parte os Caps, as equipes de Saúde da Família e os consultórios de rua.

J. FREITAS



Carlos Corrêa Lima, do CFM, critica limite imposto pelo Estado sobre o tempo de internação dos dependentes de crack



J. FREITAS
Segundo Emmanuel Fortes, da ABP, criou-se no país "uma animosidade contra o hospital psiquiátrico"

No entanto, a resposta do Estado não tem unanimidade no meio médico. José Raimundo da Costa, psicólogo clínico e mestre em Bioética, observa que o tratamento cruel e desumano registrado nos antigos manicômios deu força àqueles "que clamam pela desospitalização e pelo fechamento de todos os hospitais psiquiátricos. É como se todas as instituições psiquiátricas fossem assim, o que não é verdade", argumenta.

À época em que a lei foi aprovada, a imagem dos hospitais psiquiátricos estava muito desgastada, em meio a denúncias, amplamente divulgadas na mídia, de abandono, maus-tratos e crueldade impostos a pacientes nos anos 1990.

Nesse sentido, Emmanuel Fortes, da Associação Brasileira de Psiquiatria, acredita que o debate sobre a reforma psiquiátrica no Congresso Nacional começou de forma preconceituosa com relação aos médicos. "O projeto de lei que deu início à discussão, e que não foi aprovado, do deputado Paulo Delgado (PT-MG), tratava psiquiatras como sequestradores, violadores dos direitos fundamentais do ser humano e cúmplices de crimes que chegariam à tortura. Era um viés ideológico", afirma.

Por conta das denúncias e desse projeto, Fortes entende que se "criou uma animosidade contra o hospital psiquiátrico, de tal forma que perdemos 90 mil leitos desde que começou essa famigerada

ideia de que os hospitais fazem mal. Faz mal um mau hospital. O bom hospital faz bem à saúde da população", argumenta.

Ele defende o retorno de investimentos públicos em hospitais psiquiátricos especializados para os tratamentos mais complexos, inclusive dos dependentes de drogas, e contesta a interpretação dada pelo Ministério da Saúde à Lei 10.216/01.

"Essa lei foi feita para disciplinar o hospital psiquiátrico e não para destruí-lo. Foi feita para dizer: funcione com uma equipe competente, multiprofissional. Se não tiver médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional, o local será considerado um asilo, impróprio para o tratamento. E hoje nós estamos vendo proliferar os Caps, e até outros estabelecimentos, sem quaisquer condições de obedecerem a esse pressuposto definido na lei para a internação de doentes psiquiátricos", afirma o representante da ABP.

Para ele, a definição de limites de tempo para a internação, feita pelo MS, é mais um equívoco da Política Nacional de Saúde, que define *a priori* o período de internação sem levar em conta a competência de decidir do médico, estabelecida claramente na Lei 10.216/01.

grande maioria, não estão preparados para atender, nem mesmo os alcoólicos. Uma boa parte dos clínicos não sabe atender bem essa doença rotineira, corriqueira".

Kinoshita avalia ainda que o treinamento dado aos profissionais se perde em pouco tempo, em razão da sua mobilidade. "Passados seis meses, um ano, aquele treinamento perde a eficácia. É necessária educação permanente", diz.

Esdras Cabus Moreira, coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas do Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas, da Bahia, também aponta que a capacitação não traz resultados por conta da dispersão das equipes, em razão da falta de recursos.

Experiências

Wellington Dias cobra solução imediata para o problema. "Há universidades prontas para prepa-



Wellington Dias cobra do governo mais especialistas em dependência química para a rede pública de saúde

rar terapeutas, médicos, psiquiatras, enfermeiros. Parece-me que a qualificação é uma das coisas mais baratas do ponto de vista de políticas públicas. O que são R\$ 10 milhões para um país realizar uma qualificação dessas?"

Kinoshita esclarece que o governo está apostando na educação à distância para treinar e atualizar os profissionais de saúde

continuamente. O treinamento será, segundo ele, feito pela rede Telessaúde, cujo conteúdo é provido por universidades e hospitais universitários.

A intenção do Ministério da Saúde é interligar essa rede, hoje limitada a nove estados, à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), de maneira a atender todos os profissionais da rede pública.

Prontos-socorros não têm psiquiatras ou profissionais preparados

A baixa capacitação dos profissionais envolvidos no atendimento aos dependentes químicos no Brasil é outra dificuldade para que seja oferecido tratamento efetivo. De acordo com Roberto Kinoshita, coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, o problema tem raiz nas universidades.

"A questão da emergência na área de saúde mental, álcool e drogas não é importante, porque academicamente não dá publicação. Então, ninguém se dedica a isso. Nem os Estados Unidos têm *experts* nessa área", afirma.

Kinoshita informa ainda que "o Brasil tem em torno de 30 vezes menos psiquiatras do que um país rico e 20 vezes menos que na Itália. Temos 15 vezes menos psiquiatras que a Argentina. É muita diferença. Não teremos nas próximas décadas psiquiatras suficientes para que possamos pensar da mesma forma que nesses países. Ou seja, vamos ter que pensar em outras formas de abordagem que não dependam da formação de profissionais especializados ou não atingiremos nossas metas".

O senador Wellington Dias (PT-PI) faz eco aos especialistas.

"Ouvimos do Ministério da Saúde, do Conselho Federal de Medicina, das comunidades terapêuticas, dos representantes da área de psiquiatria e de outros segmentos, uma queixa comum: a de que não há profissionais qualificados na área da saúde para tratar desse tema. Não temos, nos prontos-socorros, condição de atendimento para esse tipo de questão e esse é o lugar onde mais se procura atendimento".

Respondendo ao senador, Kinoshita afirma que o governo está ciente do problema. "De fato, os prontos-socorros, na sua

Médicos denunciam discriminação a drogados no sistema de saúde

Além do estigma que sofre da sociedade, o dependente químico ainda é alvo de discriminação na rede pública de saúde. Essa seria, segundo os próprios médicos, mais uma falha na formação dos profissionais de saúde que precisa ser corrigida para que haja expectativa de recuperação da pessoa que busca atendimento.

A denúncia é feita pelo próprio coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Roberto Kinoshita. "Os usuários de drogas, de álcool, de *crack*, essa população cada vez mais pobre, mais vulnerável, mais estigmatizada também é vítima de discriminação nos serviços de saúde", afirma Roberto Kinoshita. Ele relata que, durante a triagem nos prontos-socorros, os profissionais relegam a segundo plano o dependente de drogas, mesmo que tenha sintomas graves.

"A convulsão é visível, você tem que intervir, não tem como fugir. Mas, se a pessoa que chegar andando e falar que não está se sentindo bem, estiver mal vestida, for negra e tiver histórico de uso de droga; ou ainda se essa pessoa vier carregada porque estava embriagada ou por outro motivo, a discriminação leva a situações em que o paciente é descuidado e acaba morrendo", revela o coordenador do ministério.



MOREIRA MARIZ
Usuários de drogas sofrem com o preconceito nos prontos-socorros, diz representante do Ministério da Saúde

Ele acrescenta que "não temos como enfrentar os preconceitos por lei, mas a discriminação, sim. Por isso, é preciso tornar a discriminação uma falta. A pessoa pode não gostar de quem está atendendo, mas tem que atender. Em toda a rede nacional, a ideia é de que as pessoas sejam habilitadas, capacitadas para atender do ponto de vista técnico e do ponto de vista ético. E isso, nos prontos-socorros, não é simples".

O senador Eduardo Amorim (PSC-SE) lembra que "pode até faltar um medicamento ou equipamento, mas, um gesto de carinho na abordagem está na índole de cada um. Isso é intransferível e não pode faltar".

Crianças do Rio estão sendo recolhidas das cracolândias e internadas

Desde maio deste ano, a Secretaria de Assistência Social do Rio de Janeiro retira das ruas e cracolândias as crianças viciadas em crack, que são internadas com autorização da Justiça e recebem tratamento especializado para deixar o vício.

O chamado abrigamento compulsório é feito por meio de acordo com o Ministério Público, a Vara da Infância e Juventude e a Delegacia de Proteção de Crianças e Adolescentes. A deputada Solange Almeida (PMDB-RJ) já estuda transformar a

iniciativa em projeto de lei.

O psiquiatra Jorge Jaber, diretor da Associação Brasileira de Alcoolismo e Drogas, estudou a dependência em diversos tipos de drogas e, segundo ele, dos dependentes internados para tratamento contra a própria vontade por 18 meses, 66% se recuperaram do vício.

“É preciso que essa pessoa passe um período sem usar drogas para que ela recupere a capacidade mental e possa reconhecer que o tratamento é importante”, explicou

o psiquiatra em debate na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) da Câmara dos Deputados.

O apoio à internação compulsória, no entanto, não é unânime. A presidente da CCJ da Câmara, deputada Manuela D’Ávila (PCdoB-RS), alerta para uma possível afronta aos direitos da criança, quando um juiz, e não um familiar, decide pela internação.

“No Brasil, não existem espaços para internação, não existem padrões de internação. E não

podemos, por ordem judicial, internar uma criança, por exemplo, numa fazenda terapêutica de uma religião distinta da sua. É preciso respeitar valores, a cultura”, afirma a deputada.

A juíza da 1ª Vara da Infância do Rio de Janeiro Ivone Caetano, que também participou do debate, discorda da deputada. Segundo a magistrada, a criança viciada em crack e exposta aos perigos do vício e das ruas, já não tem nenhum direito garantido.



As drug treatment courts, nos EUA, oferecem penas alternativas para dependentes que aceitam se tratar

COLE WATERMAN/THE BAY CITY TIMES

Apesar da falta de vagas, lei já prevê Justiça Terapêutica

A Lei 10.216/01 prevê que o dependente de drogas pode ser internado compulsoriamente, desde que haja determinação da Justiça. Por conta disso, muitos dos cerca de 32 mil leitos disponíveis podem ter essa destinação, sobrando ainda menos vagas para aqueles que buscam a internação voluntária.

Essa internação compulsória, por ordem do juiz, já é adotada por vários países. As chamadas *drug treatment courts*, que oferecem alternativas às penas convencionais, propiciam ao acusado a suspensão do processo, desde que ele ingresse no tratamento da dependência química. No Brasil, esse recurso vem sendo chamado de Justiça Terapêutica e já está disponível em algumas cidades e estados.

Na Suécia, por exemplo, país tido como modelo na questão das drogas, há previsão legal de obrigar pessoas que representem uma ameaça à própria saúde e à de terceiros a se submeterem a até seis meses de internação (*leia mais na pág. 79*).

No Chile, segundo a psiquiatra Gilda Pulcherio, a taxa de reincidência (novo crime em um período de cinco anos) daqueles que concluem o tratamento compulsório diminui para, no máximo, 29%,

enquanto que cerca de 48% dos que não se tratam voltam a cometer crimes. Estudos norte-americanos, australianos e escoceses também apontam redução da taxa de reincidência dos infratores que concluem satisfatoriamente a terapia oferecida. No Brasil, não há dados.

Pulcherio esclarece ainda que, embora haja posicionamentos divergentes quanto à questão, a Organização Mundial da Saúde considera ético e legalmente justificado o tratamento determinado por via judicial, desde que observadas as garantias individuais e respeitado o devido processo legal.

Além disso, afirma a psiquiatra, “o uso da coerção para manter o sujeito engajado no tratamento pode oferecer resultados mais satisfatórios, inclusive, que os obtidos nos tratamentos voluntários”.

No Congresso, já tramitam propostas, como o PLS 111/10, do senador Demóstenes Torres (DEM-GO), que ampliam a previsão legal para a internação compulsória. Assim, o usuário de drogas condenado a uma pena entre seis meses e um ano de prisão pode ter a punição substituída por tratamento (*leia mais sobre a proposta na pág. 75*).



Cracolândia de Jacarezinho, no Rio: internação compulsória de usuários vem apresentando bons resultados

DIVULGAÇÃO/SMAS

Faltam verbas e coordenação nas iniciativas do governo

Executivo, Legislativo e Judiciário, União, estados e municípios agem desarticuladamente e sem visão harmônica da questão das drogas. Especialistas reclamam da ausência de dados que dimensionem o problema e da falta de uma abordagem única para drogas lícitas e ilícitas

As políticas públicas, programas e órgãos, na União, estados e municípios, incluindo o Judiciário e o Ministério Público, estão desarticulados, pulverizados e não formam redes eficientes e integradas, essenciais tanto à prevenção e repressão quanto ao tratamento e reinserção social. Essa opinião foi unânime entre senadores e especialistas ouvidos na subcomissão sobre dependentes químicos, da Comissão de Assuntos Sociais (CAS).

A vontade política do poder público para enfrentar o problema também foi questionada, já que os recursos, além de insuficientes, muitas vezes não chegam aos seus objetivos. Dos R\$ 410 milhões anunciados pelo governo em maio de 2010 para combater o crack, por exemplo, apenas dois terços foram aplicados até o momento (leia mais na pág. 51).

Parte da ineficiência do Estado foi atribuída à falta de um melhor dimensionamento do problema das drogas e da dependência química por conta da falta de dados (leia mais na pág. 22). Roberto Kinoshita, coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras

Drogas do Ministério da Saúde, afirma que é importante que não haja reação excessiva do poder público.

“O Executivo, o Legislativo, todos os agentes públicos, precisamos ter a firmeza necessária para enfrentar o problema, não minimizar, mas, ao mesmo tempo, ter a clareza de não alarmar de forma a gerar pânico. Ao contrário. Como agentes de Estado, devemos agir de forma a assegurar à sociedade que esse tipo de problema é possível de ser solucionado”.

Senadores, médicos e especialistas concordam que o Estado precisa trabalhar a questão das drogas ilícitas paralelamente ao das lícitas, como tabaco e, principalmente, bebidas alcoólicas, facilmente acessíveis e alvo de propaganda. Considerados porta de entrada para maconha, cocaína e crack, cigarro e álcool são apontados como principais problemas de saúde pública do país, muito maiores que o das drogas ilícitas.

Legislação

Tampouco há clareza acerca dos direitos dos dependentes e usuários. Por vezes encarados

como vítimas, eles ainda enfrentam a discriminação e a criminalização do uso de drogas, que, em alguns momentos, podem colocar em risco garantias individuais em troca de soluções de força exigidas por uma sociedade assustada, como no caso do tratamento compulsório (leia mais na pág. 47).

Na avaliação da advogada Roberta Duboc Pedrinha, especialista em Direito Penal e Sociologia Criminal, a Constituição e as leis penais colocam os usuários de drogas como inimigos da sociedade. Essa estratégia, analisa, busca dar uma resposta à população com medo da violência do tráfico de drogas, por meio de leis mais severas.

Na direção oposta, uma política de tolerância zero também foi defendida na subcomissão. Para José Luiz Gomes do Amaral, Presidente da Associação Médica Brasileira, “não é possível tolerar o crack nas ruas.

E é necessário que os agentes públicos trabalhem de maneira integrada para encaminhar usuários imediatamente ao serviço de saúde para serem monitorados”.

Depósito de armas apreendidas pela polícia do Rio de Janeiro: maioria delas estava nas mãos de traficantes de drogas

Pulverizados, órgãos e iniciativas não conseguem se articular

Segundo relatório da Comissão Global da ONU, “apesar de os governos, cada vez mais, reconhecerem que estratégias policiais para o controle das drogas precisam estar integradas em uma abordagem mais ampla, social e de saúde pública, as estruturas das políticas públicas, de orçamento e de gastos públicos não se modernizaram na mesma velocidade”.

Nos debates na subcomissão do Senado, ficou evidente que o Brasil não escapa desse diagnóstico. Isso foi reconhecido, inclusive, pelos representantes dos ministérios da Saúde, Justiça e Desenvolvimento Social que participaram das audiências públicas.

No Brasil, as estruturas de elaboração e execução das po-

líticas governamentais relacionadas à dependência química estão distribuídas entre vários ministérios, formando o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, o Sisnad (veja infográfico abaixo).

Senad

Para executar essas políticas, foi criada em 1998, por medida provisória, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad). Ligado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, o órgão foi transferido em janeiro deste ano para o Ministério da Justiça. Mesmo que a mudança tenha sido avaliada como avanço, a situação institucional do órgão que coordena o combate às drogas foi criticada na subcomissão.

“O Ministério da Justiça tem o seu papel de cuidar dos traficantes, da entrada de drogas, das armas, coisas do campo da segurança. Mas eu acho que o que é grave no Brasil é o problema social, que não pode ser tratado no Ministério da Justiça”, questionou o senador Wellington Dias (PT-PI).

Da mesma forma, a senadora Lídice da Mata (PSB-BA) acredita que “devemos separar a política pública de atendimento a usuários de drogas da ação da polícia no combate ao tráfico, que tem que ter a sua relação com a Justiça, com o Judiciário, com todo o aparato repressivo que precisa haver”.

Mas não há consenso sobre onde a Senad deve estar. Enquanto médicos, representados por Carlos Vital Corrêa Lima,

vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, pedem a ida da Senad para o Ministério da Saúde, por achar que as drogas são problema de saúde pública, senadores e representantes das comunidades terapêuticas acreditam que a questão social é mais grave e querem a subordinação da secretaria ao Ministério do Desenvolvimento Social, inclusive para facilitar o acesso a recursos pelas entidades, que não conseguem se adequar às regras do ministério.

Integração

Já o presidente do Conselho Estadual Antidrogas de Minas Gerais, Aloísio Freitas, disse que “se [a Senad] for para o Ministério da Saúde ou do Desenvolvimento Social, vamos ter uma pulverização”. O senador Wellington Dias (PT-PI) afirmou que é preciso dar “status de ministro para a coordenação, até porque há um consenso de que precisa ser feito um trabalho integrado”.

Porém, Paulina Duarte, titular da Senad, entende que a ida do órgão para o Ministério da Justiça “não teve outra razão senão a ampliação e o fortalecimento das ações de coordenação da política sobre drogas. Para termos uma ação coordenada e fortalecida, precisaríamos ter uma secretaria com capacidade real de coordenação”.

Os especialistas, no entanto, acusam que essa integração não acontece. Para Ricardo Paiva, diretor do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco, os três eixos do problema – policial, de saúde e social – devem ser tratados de forma articulada e sob um comando único, que deve ser reproduzido nos estados e municípios para permitir a fixação de metas e prazos, item imprescindível à execução de políticas públicas.

Nesse sentido, o terapeuta Célio Luiz Barbosa critica a centralização na formulação das políticas. “Primeiro: qual

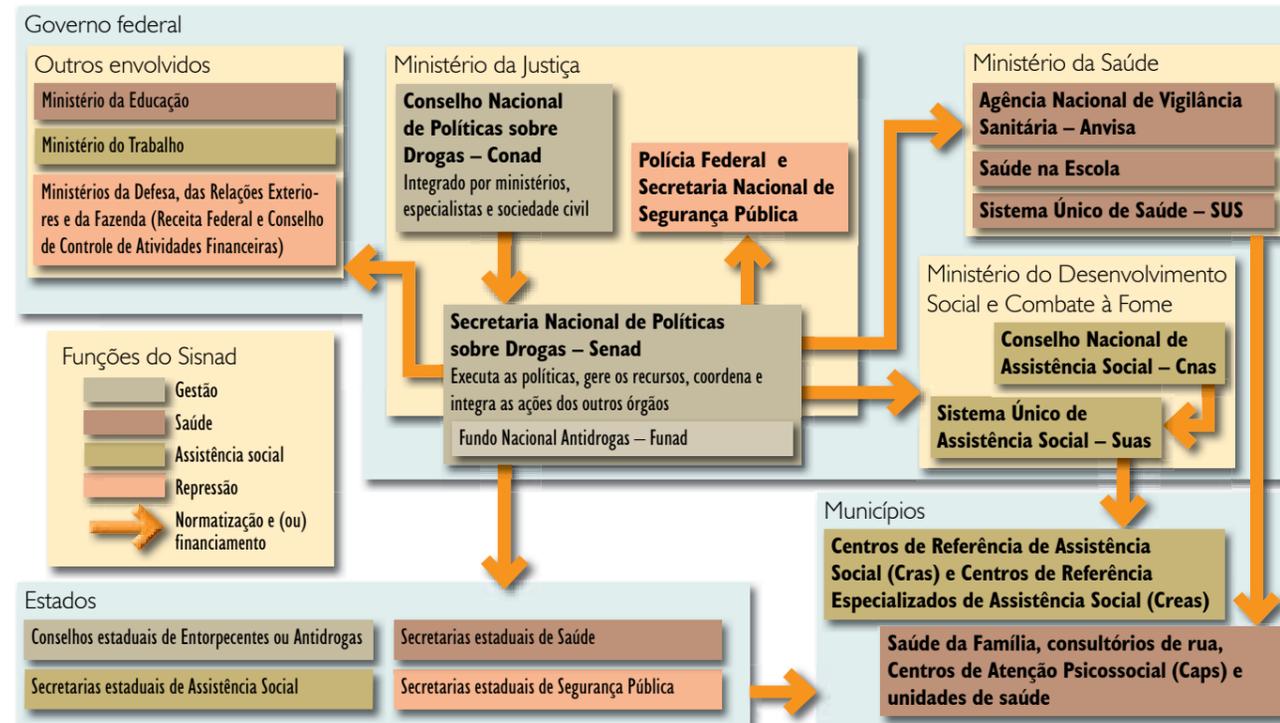


A senadora Lídice da Mata acredita que a repressão às drogas deve ser separada do atendimento aos dependentes

é a realidade do Brasil? Fazem políticas aqui em Brasília e lá na ponta não funciona, porque não têm a questão técnica do lugar. Temos que ter conhecimento, de fato, da região, e não descer leis e técnicas goela abaixo para o Brasil todo sem conhecer as regiões. O traficante conhece as regiões e o Brasil, não”.

Sistema sobre drogas abrange oito ministérios e governos estaduais e prefeituras

Número de órgãos envolvidos dificulta a coordenação das ações nas três esferas de governo, aumentando a burocracia para os municípios, destinatários dos recursos e responsáveis pela implantação e gestão das redes de tratamento e de assistência social



Secretaria só aplicou dois terços do previsto

Anunciado em maio do ano passado como forma de articular as ações do governo, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas previa investimentos de R\$ 410 milhões do Orçamento da União em 2010. No entanto, apenas R\$ 274,3 milhões (66,9%) foram efetivamente gastos, dois terços do previsto (veja infográfico na pág. 52). Os dados são do sistema Siga Brasil da Consultoria de Orçamento do Senado.

O pior é que 8,1% do total (R\$ 33,3 milhões) não foram empenhados, condição para que o dinheiro seja gasto, e acabaram eliminados do orçamento do plano. Com isso, o orçamento inicial foi reduzido para R\$ 376,7 milhões.

Cerca de um terço desse valor (R\$ 121,6 milhões) foi gasto no ano passado. Segundo a Senad, isso aconteceu porque os recursos só chegaram de fato ao órgão em agosto de 2010. Já os R\$ 255,1 milhões não usados em 2010 foram transferidos para 2011, como “restos a pagar”. Desse total, até 2 de agosto, R\$ 152,7 milhões haviam sido efetivamente repassados para seus objetivos pelo governo.

Pouco dinheiro

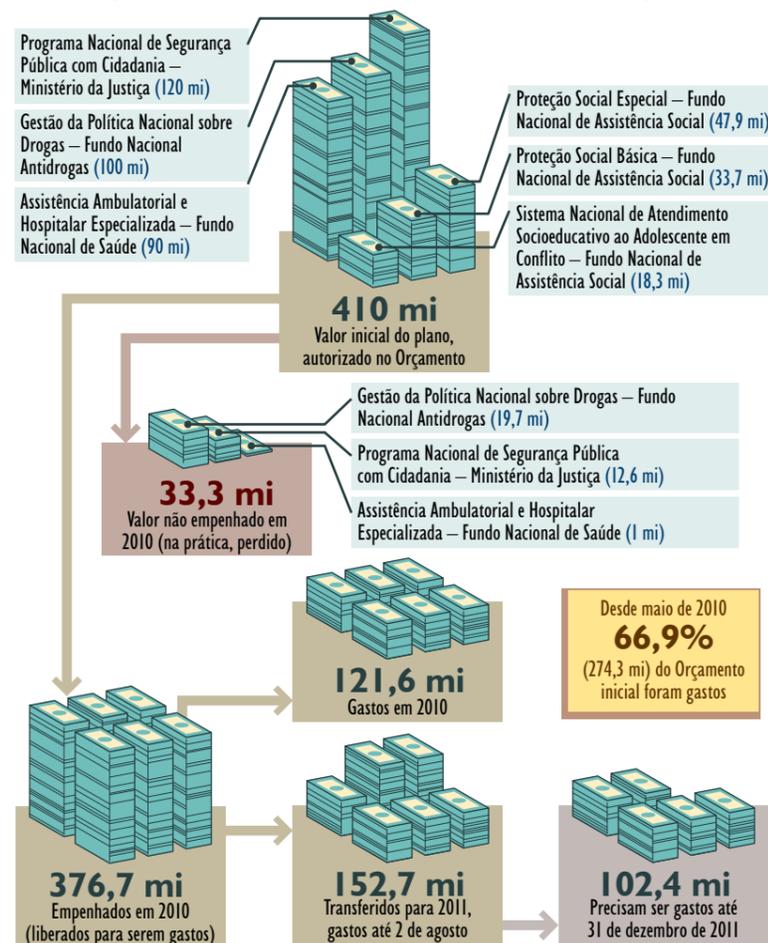
Além de o ritmo da aplicação dos recursos ser lento, não chegando sequer à cifra anunciada em maio de 2010, os médicos ouvidos pelo Senado e os próprios senadores



Metade dos brasileiros ingere álcool, em especial cerveja. Médicos denunciam redução de verba para internar alcoólicos

Governo aplicou 66,9% dos recursos anunciados

Um ano e três meses depois do anúncio do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, governo investiu R\$ 274,3 milhões dos R\$ 410 milhões prometidos



Fonte: Subsecretaria de Apoio Técnico/Siga Brasil da Consultoria de Orçamento do Senado Federal, 2011

da subcomissão consideram o total destinado pelo governo insuficiente para enfrentar o problema.

“A Senad tem um plano que tem concepção perfeita. Aborda todos os itens que se possa imaginar e contempla todas as esferas, inclusive no eixo social, no eixo de saúde e no eixo policial. Entretanto, o custeio é insuficiente, porque o proposto no orçamento são R\$ 410 milhões para 27 estados”, afirma o médico Ricardo Paiva. O vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, Carlos Vital Corrêa Lima, lembra que esse valor tem que atender a um país gigantesco com mais de 5 mil municípios.

Enquanto o governo dá

atenção específica ao crack, médicos denunciam a redução das internações para tratamento do alcoolismo. Essa queda coincide com a aplicação da Reforma Psiquiátrica de 2001, que reduziu o número de leitos em hospitais psiquiátricos (*leia mais na pág. 43*), transferindo os pacientes para atendimento ambulatorial. Segundo o Ministério da Saúde, o número de atendimentos desse tipo passou de 450 mil em 2002 para mais de 20 milhões em 2010.

Essa mudança vem se refletindo nos gastos do SUS com hospitais psiquiátricos e serviços extra-hospitalares, como os realizados nos centros de Atendimento Psicossocial (Caps). Enquanto que, em

2002, os primeiros recebiam mais de 75% dos recursos, no ano passado receberam menos de 30%. O percentual cresceu em sentido inverso para os atendimentos extra-hospitalares (ambulatoriais, nos Caps, entre outros).

O Ministério da Saúde (MS) informa ainda que os recursos destinados para saúde mental vêm crescendo, passando de R\$ 619,3 milhões em 2002 para R\$ 1,8 bilhão em 2010. Esse aumento também se dá em termos percentuais, chegando a quase 3% do total investido pelo ministério no ano passado.

Novos recursos

O psiquiatra Aloísio Freitas, porém, critica a falta de garantias de que o enfrentamento às drogas terá recursos a longo prazo, o que, segundo ele, atrapalha a efetividade das ações.

“Não basta despejar dinheiro na área da dependência química, porque isso não vai resolver. Sem dinheiro garantido, sem fontes de financiamento continuados, não é possível. Se o governo é mais sensível, investe, se é menos sensível, não investe. Se, entre os membros de alto escalão do governo, tem pessoas portadoras da dependência química, a questão já é vista como não tão importante. E se o governo não tem um corpo de membros contaminados, a atenção é maior”, afirma.

Ele propõe uma contribuição social de 1% sobre bebidas alcoólicas e tabaco para capitalização do Fundo Nacional Antidrogas (Funad). Somente a Ambev, empresa que detém cerca de dois terços do mercado nacional de bebidas (alcoólicas e não alcoólicas), teve uma receita líquida de R\$ 25,2 bilhões em 2010.

“A sociedade não seria punida, porque quem vai pagar essa contribuição social é quem compra para consumo próprio ou compra para presentear”, afirma Freitas.

Plano tem ambição, mas falta dinheiro

A dificuldade de articulação entre atendimento em saúde e assistência social e entre as diversas esferas e órgãos públicos levou o governo a lançar, em maio de 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cujo principal objetivo é desenvolver ações coordenadas de prevenção, tratamento e reinserção social do usuário de crack e de combate ao tráfico, de forma a integrar as iniciativas dos diversos órgãos da União, estados, municípios e da sociedade civil.

As ações são ambiciosas, mas, segundo especialistas e senadores, esbarram no orçamento do plano, bastante modesto (*leia mais nas páginas anteriores*). E essa não é a única crítica.

“Esperávamos que o plano tivesse, ao mesmo tempo, ações nas áreas social, de saúde e policial, e não um pacote pulverizado, que prevê que os municípios busquem os seus convênios”, critica o médico Ricardo Paiva, referindo-se à responsabilidade transferida às prefeituras para execução da maioria das ações, como elaborar projetos, pleitear recursos, implementar e gerir o plano, estruturas de saúde e de assistência social (*veja quadro na pág. 50*).

Para Carlos Vital Corrêa Lima,



Paulina Duarte, titular da Senad, é responsável por executar o Plano de Enfrentamento ao Crack

Principais ações do plano contra o crack

Diagnóstico

Realizar ampla pesquisa de âmbito nacional sobre o consumo de crack no Brasil, inclusive no que diz respeito ao impacto do uso da droga sobre a economia do país.

A titular da Senad, Paulina Duarte, prometeu os resultados do levantamento, realizado com 25 mil pessoas ao custo de R\$ 7 milhões, para abril de 2011, mas eles ainda não foram divulgados (*leia mais na pág. 22*).

Desenvolver novas terapias e estratégias para aumentar a adesão ao tratamento pelos usuários de crack.

Avaliar a capacidade e a qualidade dos serviços de saúde e proteção social que atendem usuários de crack e outras drogas.

Combate

Ampliar as operações de combate ao narcotráfico pelas polícias Federal e Rodoviária Federal, em especial nas regiões de fronteira, em articulação com as polícias estaduais e com o apoio das Forças Armadas.

Fortalecer as polícias estaduais para enfrentamento do crack em áreas mais vulneráveis ao consumo.

Prevenção

Realizar campanha nacional e permanente para mobilizar a sociedade para o enfrentamento do crack.

Estender as ações do Projeto Rondon (Ministério da Defesa) e do Projovem (Ministério da Educação) a regiões vulneráveis à violência e ao consumo de drogas.

Capacitar cerca de 100 mil profissionais das redes de saúde e de assistência social e da

comunidade escolar e formar multiplicadores em prevenção, em parcerias com universidades, em dez diferentes cursos de educação a distância.

Tratamento (a cargo dos municípios)

Ampliar o número de leitos em serviços de emergência e nos hospitais gerais, para tratamento de usuários de crack e outras drogas.

Desenvolver e integrar a rede especializada (*veja infográfico na pág. 38*).

Implantar casas de passagem e comunidades terapêuticas.

Reinserção social

Capacitar juízes e equipes psicossociais para uniformizar e implantar práticas de reinserção social (*leia mais na pág. 47*).

Treinamento

Oferecer, em cinco universidades federais, cursos de especialização e mestrado em gestão do tratamento de usuários de crack e outras drogas, para profissionais que atuam na rede de atenção à saúde e proteção social.

Prever outros cursos de pós-graduação, de residência multiprofissional, mestrado e doutorado.

Criar seis centros para dependentes químicos em hospitais universitários para desenvolver metodologias de tratamento e de reinserção social, que incluam um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) para dependentes de crack, oferecendo vagas para tratamento em regime ambulatorial e de internação.

vice-presidente do Conselho Federal de Medicina, o plano está longe de ser suficiente. Segundo ele, deveriam ser incluídas outras prioridades:

- **Na área de repressão:** controle efetivo de fronteiras; criação de um setor de inteligência na esfera policial para expurgar os policiais ligados ao tráfico;

preparação da polícia para agir com humanidade e respeito aos direitos dos dependentes.

- **Na área de saúde:** assistência médica integrada numa rede capaz de absorver a demanda assistencial, priorizando a implantação dos Caps III e a oferta de psicoterapia pelo SUS.

- **Na área social:** criação de escolas integradas que ofereçam inclusão social; sistema de economia solidária que permita a reinserção e a preservação da autoestima do dependente.

“E precisamos, sem dúvida, ter financiamento adequado, sistematização, metodologia de controle e avaliação”, conclui.

Iniciativas de assistência e reinserção social ainda engatinham

Senadores e especialistas consideram que o trabalho de reinserção social e acompanhamento dos dependentes químicos é fundamental para que as pessoas superem o vício. E, por isso, durante as audiências públicas, cobraram maior envolvimento do sistema de assistência social na questão.

“De tudo o que temos aprendido aqui, fica clara a necessidade de criar, pelo menos, três redes distintas: uma na área de saúde, desde a UTI até a atenção básica; uma rede social, com os Cras, os Creas, as comunidades terapêuticas e outras entidades; e uma rede de reinserção social, em que devem entrar áreas da economia, da geração de emprego, do trabalho”, resumiu o senador Wellington Dias.

Apesar de ainda não conseguir atender à demanda, Juliana Maria Fernandes Pereira, coordenadora do Departamento de Proteção Social Especial do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), afirmou que “a assistência social, desde a Constituição Federal, integra a seguridade social, mas foi, a partir de 2004, com

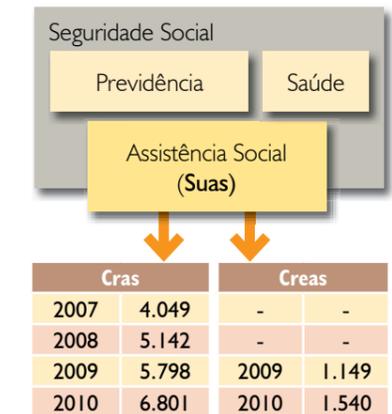
a aprovação da Política Nacional de Assistência Social e, em 2005, da norma operacional básica do Sistema Único de Assistência Social (Suas), que a gente começou a organizar um sistema com comando único, em que o cidadão possa acessar, em diferentes localidades, serviços com estrutura homogênea e adaptada à realidade local”.

Segundo Juliana, a ponta do Suas (veja infográfico ao lado) são os centros de Referência de Assistência Social (Cras) e especializados de Assistência Social (Creas), criados para atender crianças, adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência e famílias vítimas de violência ou em situações de pobreza extrema, além de dependentes químicos em tratamento.

Desde 2007, segundo o MDS, o número de Cras cadastrados passou de 3.360 para 6.801, 6.057 com ajuda financeira do governo federal. Os Creas, que atendem problemas de maior complexidade e regiões maiores (municípios com mais de 20 mil habitantes), passaram de 1.149 em 2009 para 1.540, em 2010 (veja infográfico acima). O

Assistência social

Número de Cras e Creas cresce desde 2007, mas a ritmo lento



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social

ministério garante ainda que os centros trabalham todas as facetas da reinserção do dependente – acolhimento, trabalho e renda, convívio familiar e comunitário, e proteção social.

De forma semelhante à implantação da rede de atendimento (Caps, consultórios de rua etc. – leia mais na pág. 41), cabe ao município implementar a rede de assistência social, contratar pessoal e buscar os recursos junto ao MDS, o que significa numerosos procedimentos burocráticos junto ao governos federal e estaduais.

Mais uma vez, a integração da rede de assistência social com a de saúde, as comunidades terapêuticas e os programas de reinserção social, inclusive no financiamento, continua a ser o calcanhar de Aquiles do sistema.

Emprego

Quanto às ações de apoio ao dependente químico para a volta ao mercado de trabalho, o senador Wellington Dias infor-

MARCOS LUIZ



Reunião de familiares de dependentes químicos no Centro de Atendimento Psicossocial de Diadema

Diadema leva consultórios às cracolândias

Pioneiro em articulação local das ações de enfrentamento do crack, Diadema, na Grande São Paulo, lançou em junho último o seu planejamento municipal. A estratégia segue os moldes do plano nacional, com ações, programas e serviços envolvendo o poder público e a sociedade nas áreas de prevenção, reinserção social, redução de danos, repressão, tratamento e capacitação de profissionais.

Dois consultórios de rua levarão equipes até as cracolândias para abordar os dependentes e incentivá-los a cuidar da saúde e reduzir os

danos causados pelo uso de drogas. Já o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) da cidade passará a atender 24 horas por dia. Será montada ainda uma escola de redução de danos para capacitar agentes comunitários de saúde.

A construção do plano de Diadema começou em dezembro de 2010 e envolveu as secretarias de Assistência Social e Cidadania, Cultura, Defesa Social, Educação, Esporte e Lazer, Planejamento, Gestão Pública e Comunicação, e Saúde, numa tentativa de integrar os esforços de cada uma.

Diadema (SP)

Dados sociodemográficos



População: **368.039**
 PIB per capita: **R\$ 26.618,26**
 Estabelecimentos de saúde: **77**
 Leitos para internação: **562**
 Unidades de saúde com atendimento de emergência psiquiátrica: **3**

Fonte: Assistência Médica Sanitária, 2009; Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)



Juliana Pereira, coordenadora de Proteção Social do governo, informa já haver mais de 6 mil centros de referência no país

OSÉ CRUZ



Zilmara Alencar garante aos senadores que dependência às drogas vai estar na pauta do Ministério do Trabalho

mou que o Ministério do Trabalho e Emprego declarou à subcomissão que ainda “não há uma política específica na área do trabalho vinculada à reinserção para os dependentes”.

A senadora Ana Amélia foi incisiva quanto à necessidade de iniciar, também no Ministério do Trabalho, ações integradas para apoio à reinserção social. “Gostaria de propor ao ministério que fizesse o mais rápido possível uma reunião conjunta das centrais sindicais e empresariais para discutir objetivamente e exclusivamente essa questão relacionada ao crack”.

Zilmara David de Alencar,

que representou o Ministério do Trabalho no ciclo de audiências, afirmou que “já foi solicitado que em todas as mesas redondas das superintendências regionais do Trabalho, com a presença de trabalhadores e empregadores, este assunto seja pautado para que passe a constar nos acordos e convenções coletivas”.

Zilmara informou ainda aos senadores que o Ministério do Trabalho se compromete a incluir, em todos os seus programas, inclusive os de qualificação do trabalhador, ações para reinserir o dependente químico no mercado de trabalho.



O programa Saúde na Escola atende a criança em Belo Horizonte: mira não só no tratamento, mas na prevenção

Ações de prevenção às drogas são direcionadas a escolas

Outra área de atuação do Estado, essencial para enfrentar o problema do crack e de outras drogas, é a educação, uma das principais responsáveis pelas ações de prevenção do consumo entre crianças e adolescentes e pela formação de uma cultura menos vulnerável às drogas.

Segundo Marta Klumb Rabelo, representante da Secretaria de Educação Básica do Ministério da Educação (MEC), desde 2003 o programa Saúde na Escola, apoiado pela Unesco e pelo Unicef e com a participação do Ministério da Saúde (MS), monitora o estudante

brasileiro e forma profissionais de saúde e de educação por meio de convênios com universidades.

Assim como na rede de atendimento (leia mais na pág. 55), a iniciativa de aderir ao Saúde na Escola e de elaborar os projetos compete ao município, que recebe material didático e ajuda financeira do MEC.

Maria de Fátima Malheiros, também do MEC, informa que o programa já chegou a 2.572 municípios e formou cerca de 80 mil educadores. “Estamos reproduzindo 200 mil guias para os próprios adolescentes e jovens executarem as ações de prevenção”, informa.

A senadora Ana Amélia, no entanto, criticou a desarticulação dos programas governamentais. “O que fazem uma professora ou um jovem que foi qualificado ao perceberem jovens em risco ou que fazem uso ou abuso de droga? Para onde encaminham? Eu visito escolas e não consigo ver essa integração”.

O próprio Roberto Kinoshita, do MS, reconhece outros limites do Saúde na Escola. “Uma das tradições da área de saúde, de fazer prevenção, é trabalhar com as crianças que estão na escola. Mas e as crianças que não têm



Denise Colin, secretária nacional de Assistência Social, reconhece a falta de recursos e metodologias

aula, que não têm vaga na escola? Então, acabamos fazendo a prevenção de quem talvez não precisasse, porque talvez a principal prevenção que devemos fazer é garantir que as crianças possam entrar e não sair mais da escola”.

A Secretária Nacional de Assistência Social, Denise Colin, reconheceu insuficiência de recursos e metodologias. E afirmou que “a responsabilidade tem que ser a presença do Estado. Ficou bastante claro aqui que a ausência de políticas públicas acarreta, viabiliza e favorece a busca por alternativas”.

Ponta Porã integrou políticas públicas

Assim como Diadema (SP), Ponta Porã (MS), na fronteira com o Paraguai, tenta acelerar a luta contra o crack e outras drogas. A realidade da cidade é especial por envolver problemas que abrangem dois países, que lutam, paralelamente e com legislações diferentes, contra o tráfico e a dependência de drogas.

Doralice Nunes Alcântara, secretária de Assistência Social e do Trabalho de Ponta Porã (MS), informou aos senadores da subcomissão que o sistema de saúde e assistência

social do município recebe grande demanda da população da cidade paraguaia vizinha, Pedro Juan Caballero, contabilizando mais de 150 pacientes, entre os mais de mil dependentes atendidos em Ponta Porã.

“Já caminhamos para tirar do papel uma articulação de todas as políticas públicas municipais e também um processo de integração com Pedro Juan Caballero. A câmara municipal está conosco e também as autoridades paraguaias convidadas. Daí resultou o nosso plano operativo local de enfrentamento ao crack e outras drogas”, explica Doralice.

A secretária informou ainda que Mato Grosso do Sul também desenvolve um plano de atenção à saúde que contempla a dependência química e destinou ao Fundo Estadual de Assistência mais de R\$ 1 milhão. “Nossa universidade estadual é um dos centros regionais de enfrentamento, que começou agora [em abril de 2011] o primeiro seminário, a primeira capacitação prevista no plano”.

Ponta Porã, segundo Doralice, financia comunidades terapêuticas com recursos do Ministério do Desenvolvimento Social, já que elas não têm acesso aos recursos



Cidade recebe demanda do Paraguai, afirma secretária de Assistência Social e do Trabalho, Doralice Alcântara

do Ministério da Saúde por não se adequarem às regras da Anvisa para estabelecimentos de saúde.

“Temos a Resolução 109 [de 2009] do MDS, que define os tipos de serviços socioassistenciais. E é assim que fazemos o convênio com as comunidades terapêuticas em Ponta Porã”, explica Doralice, referindo-se à equiparação dessas entidades, feita pelo município, aos abrigos, casas de passagem e residências previstos pelo MDS como destinatários de recursos públicos.

Ponta Porã (MS)

Dados sociodemográficos



População: **77.866**
 PIB per capita: **R\$ 9.738,50**
 Estabelecimentos de saúde: **33**
 Leitos para internação: **138**
 Unidades de saúde com atendimento de emergência psiquiátrica: **0**

Fonte: Assistência Médica Sanitária, 2009; Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Da guerra ao tratamento: uma história de como o Brasil enfrenta as drogas

Em sintonia com o modelo internacional de combate às drogas, capitaneado pelos Estados Unidos, o Brasil desenvolve ações de combate e punição para reprimir o tráfico.

Essa tendência, porém, vem desde os tempos de colônia. As Ordenações Filipinas, de 1603, já previam penas de confisco de bens e degredo para a África para os que portassem, usassem ou vendessem substâncias tóxicas. O país continuou nessa linha com a adesão à Conferência Internacional do Ópio, de 1912.

A visão de que as drogas seriam tanto um problema de saúde quanto de segurança pública, desenvolvida pelos tratados internacionais da primeira metade do século passado, foram paulatinamente traduzidos para a legislação nacional. Até que, em 1940, o Código Penal nacional confirmou a opção do país de não criminalizar o consumo.

Segundo Roberta Duboc Pedrinha, especialista em Direito Penal e Sociologia Criminal, estabeleceu-se uma “concepção sanitária do controle das drogas”, pela qual a dependência é considerada doença e, ao contrário dos traficantes, os usuários não eram criminalizados, mas estavam submetidos a rigoroso tratamento, com internação obrigatória.

Modelo bélico

Porém, Roberta Pedrinha conta que o golpe militar de 1964 e a Lei de Segurança Nacional deslocaram o foco do modelo sanitário para o modelo bélico de política criminal, que equiparava os traficantes aos inimigos internos do regime.

Para a advogada, não por acaso, a juventude associou o consumo de drogas à luta pela liberdade. “Nesse contexto, da Europa

às Américas, a partir da década de 60, a droga passou a ter uma conotação libertária, associada às manifestações políticas democráticas, aos movimentos contestatórios, à contracultura, espe-

cialmente as drogas psicodélicas, como maconha e LSD”, analisa.

Em 1973, o Brasil aderiu ao Acordo Sul-Americano sobre Estupefacientes e Psicotrópicos e, com base nele, baixou a

pena de prisão para o usuário e o dependente, ou seja, para aquele que tem droga ou a planta para consumo pessoal. A legislação também passou a distinguir o traficante profissional do eventual, que trafica pela necessidade de obter a droga para consumo próprio e que passou a ter direito a uma sensível redução de pena.

Finalmente, a Constituição de 1988 determinou que o tráfico de drogas é crime inafiançável e sem anistia. Em seguida, a Lei de Crimes Hediondos (Lei 8.072/90) proibiu o indulto e a liberdade provisória e dobrou os prazos processuais, com o objetivo de aumentar a duração da prisão provisória.

Já a Lei de Drogas (Lei 11.343/06) eliminou a pena de

prisão para o usuário e o dependente, ou seja, para aquele que tem droga ou a planta para consumo pessoal. A legislação também passou a distinguir o traficante profissional do eventual, que trafica pela necessidade de obter a droga para consumo próprio e que passou a ter direito a uma sensível redução de pena.

Já a criação da Força Nacional de Segurança e as operações nas favelas do Rio de Janeiro, iniciadas em 2007 e apoiadas pelas Forças Armadas, seguidas da implantação das unidades de Polícia

Pacificadora (UPPs), reforçaram a repressão e levaram a presença do Estado a regiões antes entregues ao tráfico, não apenas atendendo às críticas internacionais, como também como preparação para a Copa do Mundo de 2014 e as Olimpíadas de 2016.

As discussões em torno das leis que tratam do tráfico e dependência de drogas continuam a ser feitas no Congresso, envolvendo ainda aspectos como o aumento de impostos e o controle do álcool e do cigarro (*leia mais nas págs. 75 a 77*).

Apresender drogas não resolve, é preciso desmantelar o tráfico, afirma delegado

“Infelizmente, o Brasil faz fronteira com os três maiores produtores de cocaína do mundo: Colômbia, Peru e Bolívia”, afirmou o diretor de Combate ao Crime Organizado da Polícia Federal (PF), Oslain Campos Santana, único convidado da subcomissão do Senado a falar sobre a repressão à produção e ao tráfico de drogas. Para ele, porém, o maior problema é o ingresso de cocaína boliviana e colombiana através do Paraguai, que também produz e vende maconha ao Brasil.

Diante dessa realidade, o delegado informou que a PF decidiu priorizar a região de fronteira. No entanto, para patrulhar os 16.886 km de fronteiras terrestres e os 7.408 km de costa marítima, o efetivo da PF é de apenas 982 policiais. Para se ter uma idéia, a fronteira dos Estados Unidos com o México, intensamente vigiada e ainda assim permeável às drogas, tem apenas 3.141 km.

Outros projetos da PF em andamento são a integração, inclusive com acesso às informações, com outras forças de segurança, brasileiras e dos países vizinhos; a criação de cinco bases de fronteira dotadas de um avião de patrulhamento não tripulado; o projeto Perfil Químico das Drogas, para identificar a fonte produtora de cada lote de dro-

ga apreendido; e a identificação, por meio de impressão digital, de todos os que forem pegos transportando.

Ainda assim, os esforços estão longe de ser suficientes, afirmam os participantes do ciclo de debates sobre drogas, muitos deles assombrados com a falta de repressão policial e a tolerância às cracolândias e ao tráfico.

Apresensões

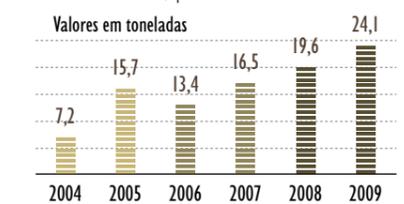
Apesar das deficiências das políticas e ações de repressão, o Brasil foi o país da América a registrar o maior número de apreensões de cocaína com destino à Europa em 2009. De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas 2011, da Organização das Nações Unidas (ONU), o número de apreensões da droga com destino a outros países subiu de 25 em 2005 para 260 em 2009.

Nesse mesmo período, o volume apreendido subiu de 339 quilos para 1.500 quilos. Já o total das apreensões de cocaína subiu de pouco mais de sete toneladas em 2004 para 24 toneladas em 2009 (*veja infográfico nesta página*), quando 1.600 quilos foram apreendidos em cinco aeronaves interceptadas.

“Nós priorizamos não só a apreensão da droga. Não adianta você só ficar apreendendo a carga

Apresensões aumentam

Nas apreensões, PF não distingue entre cocaína, pasta base e crack



Fonte: Departamento de polícia Federal, Relatório de Atividades, 2008. World Drug Report, 2011

na estrada, você prender entorpecentes, porque isso vai fazer parte do risco do negócio do traficante. Então priorizamos identificar quem são os traficantes e desarticular toda a organização criminosa”, explicou Oslain, que apresentou as iniciativas atuais da PF de repressão às drogas.



Oslain Santana acusa que efetivo é pequeno para grande fronteira com produtores de cocaína



Passeata estudantil no Rio, em 1968: a contracultura da época também associou consumo de drogas à luta pela liberdade

Comunidades oferecem 80% das vagas e querem ajuda do Estado



MAURÍCIO ARAÚJO

Fazenda da Esperança
São Libório: pacientes
participam de atividades
religiosas na instituição

A maioria das quase 3 mil comunidades terapêuticas foi criada a partir dos anos 1980, mas os 30 anos de atividade não fortaleceram suas relações com o poder público no que diz respeito a recursos e fiscalização. Área médica discorda que o tratamento de dependentes químicos seja concentrado no reforço e ampliação dessas instituições

Com a falta de vagas oferecidas pelo Estado para tratamento de dependentes químicos e doentes mentais, organizações sociais são responsáveis pelo atendimento à maior parte dos usuários de drogas no país. Muitas delas são ligadas a grupos religiosos, instituições com grande capilaridade, tradição de trabalho voluntário e capacidade de mobilização.

Segundo o senador Wellington Dias (PT-PI), 80% das vagas para tratamento de dependentes químicos, disponíveis para internação ou não, estão no setor privado, nas comunidades terapêuticas ou em clínicas.

A senadora Ana Amélia (PP-RS) destaca que “até a Organização Mundial da Saúde reconhece o assessoramento das comunidades terapêuticas, especialmente no Brasil, em que a participação do Estado é muito pequena e os médicos já identificaram a insuficiência de tratamento”. Por conta disso, Wellington defende apoio do governo para que as comunidades terapêuticas possam expandir ainda mais o seu trabalho.

A partir da década de 1980, começaram a ser implantadas as quase 3 mil comunidades terapêuticas brasileiras, que, geralmente, baseiam os seus métodos de tratamento e de reinserção social em princípios religiosos e morais.

Passados 30 anos, a relação das

comunidades com o poder público é limitada. Elas não são consideradas instituições de tratamento, porque, na sua maioria, não apresentam condições técnicas para diagnosticar e tratar os dependentes segundo as normas de saúde. Para isso, precisariam estar articuladas com a rede de saúde pública. E ambos impõem condições de lado a lado.

Roberto Kinoshita, coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, esclareceu aos senadores que, de fato, o órgão “não tem intenção de trazê-las para dentro do sistema sanitário pelo engessamento que implicaria para as comunidades. Desvirtuaria aquilo que elas têm de essencial, que é o empenho, a dedicação, que é muito eficaz”.

No ciclo de audiências da subcomissão, os representantes das comunidades reclamaram do excesso de exigências feitas e da consequente falta de apoio do governo ao seu trabalho, resultado desse “limbo” institucional em que se encontram.

Nos debates, a comunidade médica demonstrou reservas ao tipo de tratamento oferecido pelas comunidades, as quais acusam de internar dependentes sem o necessário diagnóstico e de tentarem tratar apenas com disciplina e apoio moral aqueles que têm outras doenças associadas, especialmente psiquiátricas (*leia mais nas págs. 63 e 64*).



Fazenda da Esperança de Guaratinguetá (SP): terapia ocupacional é uma das bases do tratamento

JOACIR OLIVEIRA

Recuperação pela vivência religiosa e trabalho

Mesmo com metodologias muito diferentes, há algumas características básicas que podem ser encontradas nas comunidades terapêuticas mais conceituadas que funcionam no país para tratar de dependentes químicos.

1. As comunidades acreditam que as **atividades religiosas** (cultos, cursos, palestras) estão no cerne da recuperação das pessoas. São usadas como recurso para reorientar psicológica e moralmente o interno, estimulando **valores** como a **solidariedade**. Nessa linha, muitas comunidades procuram reproduzir a rotina familiar, unidade básica da sociedade, provocando a **participação** e o envolvimento do interno. A própria **família** do dependente químico é estimulada a participar, ainda que as visitas sejam restritas e monitoradas.
2. Para atingir os objetivos, a **disciplina** nas comunidades terapêuticas costuma ser rígida. O cumprimento das **regras** e dos horários e a frequência às atividades são cobrados. É imperioso que haja **respeito** aos demais membros da comunidade. Assim, espera-se que os internos tenham **consciência** de suas **responsabilidades** e tarefas, inclusive por trabalharem em equipe. Os internos devem cuidar de seus próprios pertences e das instalações da comunidade, além de preparar e servir a própria comida.
3. Como **terapia ocupacional**, os internos trabalham. Aquilo que produzem ou plantam é vendido, em muitos casos, para gerar renda, que ajuda a sustentar a comunidade em que estão internados. A atividade serve ainda como **preparação profissional** que possa ajudar na **reinserção social** da pessoa depois da internação, para que ela se sinta incluída na sociedade e as chances de recaída sejam reduzidas.
4. O **trabalho** é voluntário, executado por pessoas vocacionadas, que se dedicam, **sem salário**, a orientar os internos. Muitas das comunidades, no entanto, recorrem aos serviços remunerados de profissionais habilitados em áreas como psicologia e medicina.
5. A **atenção** e o **acompanhamento** do interno são, na medida do possível, **individualizados**, o que tende a propiciar melhores resultados às terapias.
6. Separação por sexo (praticamente todos os estabelecimentos só atendem a pessoas de um mesmo sexo) e exigência de **abstinência sexual** durante a internação.
7. A **abstinência do álcool e das drogas** é total. A estratégia radical, porém, é criticada por especialistas em dependência química.
8. O **contato com a natureza**, com animais, **esporte, cultura e lazer em grupo**, facilitados pela instalação das comunidades terapêuticas em fazendas, é outro diferencial, eliminando as fontes de estresse e ansiedade da vida urbana.
9. O **tempo médio de tratamento** gira em torno de **um ano**. Não é claro como é medido o grau de dependência e como isso influencia no desenvolvimento e no cumprimento de um programa terapêutico que também previna recaídas.

Essas características se referem às comunidades que são referência, inclusive para a subcomissão do Senado. Os especialistas médicos reconhecem a metodologia e o esforço das comunidades terapêuticas para acompanhamento, assistência e reinserção social dos dependentes, depois que a doença (mental ou de dependência química) seja diagnosticada e tratada.

Porém, há comunidades terapêuticas criticadas por não terem *know-how* para tratar pessoas com problemas físicos e psiquiátricos associados, bem como a dependência química a múltiplas drogas, especialmente o álcool, e fazer o encaminhamento dos internos à rede pública de saúde. Outras são acusadas até de escravização dos pacientes (*leia mais na pág. 68*).

Fazendas dizem recuperar entre 40% e 80% dos viciados

Apesar da carência de recursos, tanto dos dependentes quanto de grande parte das instituições, os representantes das comunidades terapêuticas afirmam ter índices de recuperação entre 40% e 80%.

O coordenador de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, Roberto Kinoshita, contesta os números. “Do ponto de vista estatístico, a parte técnica do tratamento tem limites claros. No que concerne aos estudos de eficácia, há pessoas que saem do problema das drogas sem nenhum tratamento e há outras que fazem um monte de tratamentos e não saem. As diversas técnicas e abordagens têm eficácia bastante análoga: nenhuma supera os 30% de cura”.

Alguns especialistas, como a socióloga Rita Maria Monteiro, ressaltam, porém, que a abstinência total das drogas, até o fim da vida, só acontece em 2% dos casos.

Três experiências foram apresentadas na subcomissão: da Fazenda da Paz, com duas comunidades no Maranhão e uma no Piauí; da Instituição Padre Haroldo; e da Fazenda da Esperança, rede com 52 unidades em 23 estados e centros em outros dez países.



Frei Hans Stapel, fundador da Fazenda da Esperança, na audiência da subcomissão

J. FREITAS



Entrega de certificados nos cursos de técnica agrícola, informática básica e marcenaria, na Fazenda da Paz, em 2006

ARQUIVO

Fazenda da Esperança

Em 1983, o frade franciscano alemão Hans Stapel criou em Guaratinguetá (SP) a Fazenda da Esperança – juntamente com Nelson Giovanelli, jovem que frequentava a paróquia. Segundo ele, os centros combinam espiritualidade, trabalho e convivência.

“Hoje, mais de 20 mil pessoas de 15 a 55 anos já passaram pela Fazenda da Esperança. Temos índice de 80% de recuperação, medidos por pesquisa de três universidades, sendo que uma, da Alemanha, nos acompanhou por mais de cinco anos. Três mil estão conosco hoje, em tratamento. Somos a maior do Brasil”, afirma Stapel.

Os jovens que ficam um ano na entidade passam a frequentar o grupo Esperança Viva, dedicado à reinserção social. Quando saem, continuam se encontrando no grupo, junto com os pais. Existem 180 grupos no país.

A instituição aposta no atendimento psicológico – usando a técnica de abordagem direta do inconsciente e o método psicanalítico da regressão – e na desintoxicação natural, por meio do contato com a natureza, o cultivo de plantas e a criação de animais. “Muitos deles nunca cuidaram

de ninguém e sequer de si mesmos, mas na fazenda começam a perceber que aquelas criaturas dependem do seu cuidado para crescerem”, afirma relatório da Fazenda da Esperança.

Com relação à liberdade religiosa, questionada na subcomissão, Stapel argumenta que “se cada um faz o que quer, vira uma bagunça. Cada um que se inscreve sabe que funciona assim e, se quiser participar, é bem-vindo. Você tem que se tornar católico? Não. Mas você tem que participar e viver o amor. A gente ensina isso na meditação, na missa”.

Outro foco do tratamento nas fazendas da Esperança é o trabalho, usado como terapia destinada a afastar os “malefícios da desocupação e da ociosidade”, para elevar a autoestima e a autoconfiança do interno, e como método de reabilitação social, sob a ótica do desenvolvimento de novas habilidades e da descoberta de novas perspectivas profissionais.

Padre Haroldo

O jesuíta norte-americano Haroldo Rahm, fundador da Instituição Padre Haroldo, de Campinas (SP), esclarece que a entidade trata, em especial, “a vítima pobre que não pode ir ao psiquia-

O jesuíta Haroldo Rahm, fundador da Instituição Padre Haroldo: ajuda de amigos e do poder municipal



J. FREITAS

tra, ao psicólogo”. Também representante da Associação Promocional Oração e Trabalho (Apot), Rahm destaca diferenças entre a Instituição Padre Haroldo e a Fazenda da Esperança.

“A prefeitura de Campinas me ajuda muito, o estado [de São Paulo] já ajudou. Mas não conto com muitos voluntários. Tenho 15 psicólogos, seis assistentes sociais. Tento pagar bons salários. Mas, depois de oito horas, eles têm que ir para casa. Eu não posso abrir outros lugares, porque não tenho dinheiro para mais salários”, lamenta.

Ele atende a cerca de duzentos jovens, a um custo de R\$ 2,4 mil

mensais por pessoa. “Um jovem, suando, paga R\$ 200, e pagamos os outros R\$ 2,2 mil. Quem mantém são os amigos, com alguma ajuda da prefeitura”.

Além do atendimento psicológico e do trabalho, a instituição, como várias outras comunidades, lança mão da filosofia dos 12 passos, dos alcoólicos anônimos.

“Quero que ciência e espiritualidade trabalhem juntos. Somos racionais e somos espirituais. Vivo com 200 homens e mulheres e tento educá-los e fazer com que eles fiquem sóbrios. Temos uma escola, onde ensinamos a trabalhar profissionalmente. O que precisam é de um bom exemplo. Pessoas que tenham interesse neles. Isso cura. Conseguimos sucesso em, mais ou menos, 40% dos casos”, afirma.

Fazenda da Paz

O terapeuta Célio Luiz Barbosa, que fundou em 1994 a Fazenda da Paz, idealizada pelo padre Pedro Balzi em parceria com leigos da Arquidiocese de Teresina, lamenta que, apesar de suas três unidades e do índice de recuperação de 42%, o trabalho da instituição não seja reconhecido.

“Trabalhamos com crianças de 12 anos até adultos com 72 anos. A resistência [dos profissionais de saúde] ocorre porque há igualdade entre os que ajudam a di-

rigir e a construir e os pacientes. Cumprimos as mesmas normas e regras. Temos os mesmos direitos e deveres. O profissional, para entrar em uma comunidade terapêutica, tem de aprender, primeiro, a respeitar. Aprendemos alguma coisa com o paciente também. Essa convivência diária, essa troca de saber é o que leva à reorganização do indivíduo. É muito difícil para um profissional aceitar isso. Novos psiquiatras estão estudando, procurando as comunidades terapêuticas. Mas os profissionais resistem, há corporativismo e falta de compreensão”, acusa.

A instituição tem uma minirrede de atenção social para adolescentes em situação de rua e mantém uma unidade para homens, outra para mulheres e uma terceira para adolescentes.



JOSÉ CRUZ

Célio Barbosa, da Fazenda da Paz, de Teresina, lamenta não ter o trabalho reconhecido pelos médicos

Médicos contestam comunidades terapêuticas

Mesmo responsável por quatro em cada cinco tratamentos de dependentes químicos, o modelo das comunidades terapêuticas e o aumento do investimento do Estado nessas instituições (como propõem a Frente Parlamentar Mista em Defesa das Comunidades Terapêuticas, Acolhedoras e Apacs – associações de Proteção e Assistência aos Condenados) é muito criticado pelos médicos.

Eles temem que os recursos, sempre escassos, se destinarem às comunidades, deixarão de atender à expansão da rede pública e

ao aumento do número de leitos para internação e de hospitais psiquiátricos, já em quantidade muito aquém da necessária (veja infográfico na pág. 38).

“Como a tendência é de o tratamento ser feito por tempo prolongado, a sociedade não pode pagar por intervenções que não tenham suficientes evidências de resultados satisfatórios”, alerta Emmanuel Fortes, da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Para Ricardo Albuquerque Paiva, diretor do Conselho Regional de Medicina de Pernam-

buco, uma fazenda terapêutica é bem-vinda e eficaz, mas a solução para a rede de tratamento não pode ser centrada em fortalecer e ampliar comunidades terapêuticas. “Precisamos ter o entendimento de que não é um problema para ser apropriado por religiosos. Queremos uma frente parlamentar controlada pela religião. O Estado é laico, na forma da lei”, afirma Paiva.

Metodologia

Tanto o Conselho Federal de

Medicina quanto a Associação Brasileira de Psiquiatria consideram que as boas comunidades realizam efetivamente o acompanhamento, a assistência e a reinserção social dos dependentes, mas se ressentem do que consideram ser uma invasão da área médica. Isso porque muitas comunidades oferecem, em substituição ao tratamento médico, programa terapêutico cuja eficácia não é comprovada por evidências científicas.

“Os serviços comunitários geralmente são religiosos e muitos são precários, carecem de base científica e beneficiam pouco no aspecto do adoecer. No aspecto da reabilitação e da reinserção, têm uma importância fundamental. A comunidade terapêutica

tem uma história e é uma estratégia que pode ser aplicada num hospital psiquiátrico, numa fazenda ou numa residência protegidas”, afirma Fortes.

Segundo o médico, desde o século 19 os psiquiatras observam que o trabalho melhora as pessoas e recomendam a ocupação como tratamento. A expressão “comunidade terapêutica” nasceu dessa observação.

“Bion [Wilfred Bion, psiquiatra e psicanalista inglês] estudou melhor esse contexto e aplicou os conceitos de grupos de trabalho para que as tarefas sejam discutidas, executadas e cobradas”, explica o representante da Associação Brasileira de Psiquiatria.

Embora conheçam a validade do trabalho realizado pelas

Uniad é referência laica em tratamento

Elogiada pelos especialistas que falaram à subcomissão, a experiência de tratamento dos dependentes químicos desenvolvida pelo médico psiquiatra Ronaldo Laranjeira, coordenador da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad), da Universidade Federal do Estado de São Paulo (Unifesp), baseia-se na abordagem multiprofissional e individualizada.

A Uniad foi fundada por Laranjeira e pelo também psiquiatra John Dunn em 1994, com o apoio do Departamento de Psiquiatria da Unifesp. Até 1996, funcionava dentro do Complexo Hospital São Paulo, com o único objetivo de atender funcionários dependentes.

Em novembro de 1996, a Uniad e moradores do bairro paulistano Jardim Ângela criaram uma unidade comunitária para oferecer, além de tratamento ambulatorial, moradia assistida para dependentes com problemas mais complexos, além de atuar em prevenção e reinserção social. A Uniad, então, universalizou o atendimento e deu início a atividades acadêmicas e par-

cerias com o setor público e a sociedade civil.

Em parceria com a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, o Grupo Saúde Bandeirantes e o Hospital Lacan, a Uniad montou, nos últimos 17 anos, uma pequena rede de atendimento, ensino e pesquisa, considerada referência nacional também em prevenção e tratamento do uso indevido de álcool e outras drogas, com excelentes índices de recuperação.

Ronaldo Laranjeira, que é também coordenador do Departamento de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), acredita que a dependência de crack é muito grave para ser resolvida apenas ambulatorialmente.

“O usuário muitas vezes precisa ser internado, principalmente na fase mais aguda do tratamento, e só uma clínica pode oferecer cuidados mais intensivos”, explica, afirmando que não há fórmula para o tratamento de usuários e que é preciso atender à necessidade de cada paciente e oferecer reabilitação psicossocial.

Ricardo Paiva, do Conselho de Medicina de Pernambuco, diz que solução não está nas comunidades



J. FREITAS

comunidades terapêuticas, os psiquiatras questionam, no entanto, a limitação do direito de ir e vir que elas impõem a seus internos. Eles apontam ainda a necessidade de avaliação médica antes e durante a internação.



DANIEL CASTANHO

No Jardim Ângela, bairro de São Paulo, a Uniad também atende a crianças que convivem com dependentes químicos em casa

Acesso a recursos só com tratamento adequado

Para terem acesso ao apoio financeiro do Estado, as comunidades precisam, em primeiro lugar, se adequar às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). É preciso ainda atender às regras dos editais do Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (Senad), onde está centralizada a gestão da política antidrogas e dos recursos a serem nela aplicados (*leia mais na pág. 50*).

Dom Irineu Danelon, bispo de Lins (SP) e responsável pela Pastoral da Sobriedade da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), afirmou à subcomissão do Senado em 28 de junho que “o governo não pode abrir mão das exigências para a concessão dos recursos, mas poderia reduzir o excesso de burocracia”.

Em resposta, o senador Eduardo Amorim (PSC-SE) disse que o desafio do Senado “é realmente desburocratizar” a aplicação dos recursos governamentais destinados às casas de recuperação de dependentes químicos.

No ano passado, a Senad lançou edital (1/10) para abrir novas vagas nas comunidades terapêuticas, que, entre outras regras, atribuiu às prefeituras a responsabilidade de acompanhar as ativi-

dades e de pagar às comunidades R\$ 800 mensais por vaga durante um ano. O dinheiro seria repassado pelo Ministério da Saúde.

Entre outros requisitos, Senad e ministério exigiram que as comunidades providenciassem duas visitas médicas a cada dez dias para cada interno e que não obrigassem o interno que se opusesse a assistir aos cultos religiosos.

Muitas comunidades se recusaram a participar em razão dessas duas exigências e o edital da Senad aprovou apenas 78 projetos, num total de 985 leitos, ou cerca de 27% das 3.500 vagas previstas. Frei Hans Heinrich Stapel, fundador da Fazenda da Esperança, rede católica de comunidades com 52 unidades no Brasil, explica: “Eu rejeitei. Sabem por quê? Porque não entendem a comunidade terapêutica. Querem fazer de nós um hospital, o que não somos”.

Religião

Sobre essas normas, Paulina Duarte, secretária nacional de Políticas sobre Drogas, esclareceu que, antes de publicado o edital, representantes das federações de comunidades terapêuticas foram convidados a opinar.

“Destinamos R\$ 34 milhões num único edital para financiar comunidades terapêuticas. Quem escreveu esse edital fui eu. Não coloquei a resolução da Anvisa [101/01, revogada – *leia mais na página ao lado*]. Coloquei no edital critérios mínimos, de acordo com o que eu conhecia e que as comunidades poderiam, sim, cumprir”.

O senador Waldemir Moka (PMDB-MS), no entanto, argumenta que as comunidades “alegam que o edital do Ministério da Justiça dá a entender que há restrição à metodologia deles. Ou seja, eles apostam na terapia da fé para o tratamento, e é como se o governo quisesse interferir nisso”. As comunidades não abrem mão



Senador Eduardo Amorim: desafio é desburocratizar liberação de recursos do governo às casas de recuperação

da participação dos internos nas atividades religiosas, mas, assim, correm o risco de o Ministério Público impugnar o convênio.

Paulina Duarte esclarece que a exigência é constitucional: “Não posso financiar, com dinheiro público, uma instituição católica que recebe para tratar um evangélico e o obriga a assistir a uma missa. Para essas comunidades, a nossa sugestão é de que seja seguida a metodologia, mas que se dê ao interno o direito de escolha”.

A Em discussão! Adalberto Calmon Barbosa, diretor de Projetos da Fazenda da Esperança, disse que “a ideia não é converter quem quer que seja. Não ensinamos religião. Ensinamos respeito, amor, responsabilidade. Mas é preciso que o interno esteja com o grupo, que participe. Não podemos deixá-lo sozinho, ainda que ele queira”. A Fazenda da Esperança abriu mão de participar do edital por “não poder prescindir de sua filosofia e métodos”.

Emendas parlamentares

Outra fonte de recursos poderiam ser as emendas parlamentares, mas aí também as comunidades esbarram na indefinição de sua situação junto ao governo. O senador Wellington Dias (PT-PI) narrou que, “em 2009, a bancada do Piauí apresentou uma emen-

“Pedalada pela vida”, em Lins, evento da Pastoral da Sobriedade, da Igreja Católica: sociedade se organiza para enfrentar o vício



ALITON GOMES

da para o problema das drogas, no Ministério da Saúde. Mas não houve empenho dos recursos por não haver uma política clara do ministério para essa questão. En-

tao, não foi feito um convênio por falta de rubrica no ministério”.

Hans Stapel manifestou a frustração das comunidades com a não liberação das emendas.

“Para mim falta respeito aos senhores deputados e senadores, respeito às entidades, respeito ao povo brasileiro que precisa de ajuda”.

Anvisa ameniza regras para comunidades terapêuticas

Durante o ciclo de audiências sobre o crack na subcomissão do Senado, os representantes das comunidades terapêuticas queixaram-se da norma da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para o funcionamento das entidades. Segundo eles, a norma exige que, para serem reconhecidas, as comunidades tenham estrutura e equipe similares às requeridas para unidades de saúde.

Com tantos críticos, a Resolução 101/01 foi substituída logo depois, em 30 de junho passado, por outra (29/11) bem mais flexível, que define essas instituições como prestadores de “serviço de atenção” a pessoas com “transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”.

Foram retirados requisitos que, segundo Wellington Dias, eram os principais responsáveis pelas dificuldades das comunidades em

obter financiamento público. De acordo com o senador, dois deles praticamente impediam que as comunidades se adequassem às regras: a proibição de que os internos fossem obrigados a participar das atividades religiosas e a exigência de que eles fossem atendidos, pelo menos uma vez por mês, por médico psiquiatra.

O senador Acir Gurgacz (PDT-RO) elogiou a mudança. “As exigências para que se pudesse manter esse tipo de atendimento até então eram exageradas, em total desacordo com a própria proposta do governo de popularizar e democratizar esse tipo de atendimento”, observou.

Agora, a nova resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária exige que:

- as comunidades mantenham técnico de nível superior legalmente habilitado (e não mais obrigatoriamente da área de saúde, como antes), com



Senador Acir Gurgacz elogia novas regras para as comunidades terapêuticas definidas pela Anvisa: flexibilização

MOREIRA MARIZ

um substituto com a mesma qualificação;

- cada interno tenha ficha individual com o registro dos atendimentos;
- dependentes com doenças associadas que exijam cuidados médicos não sejam admitidos;
- haja respeito à pessoa e à família, sem qualquer discriminação;
- a permanência seja voluntária por um tempo definido, nas normas da instituição.



Dom Irineu Danelon, bispo de Lins e responsável pela Pastoral da Sobriedade, da CNBB: menos burocracia seria melhor

ARTUR CARFÃO

Prefeituras devem fiscalizar, mas ainda não há padronização

Atualmente, cabe aos serviços de vigilância sanitária das prefeituras a fiscalização das comunidades terapêuticas. O Ministério Público também realiza vistorias para evitar irregularidades como a presença de menores, que, por lei, não podem residir nessas instituições.

Mesmo com fiscalização, muitas comunidades funcionam em situação precária, sem condições de atender a todas as exigências legais. Algumas delas já foram, inclusive, acusadas de escravizar e maltratar os dependentes e suas famílias e de

visarem apenas retirar recursos das famílias, das comunidades ou das prefeituras.

Diante da necessidade de disciplinar a atividade para evitar que a imagem negativa desses casos se disseminasse foi fundada, em 1990, a Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (Febract), encarregada de definir um código de ética, padronizar métodos de atendimento e treinar as pessoas que lidam diretamente com os dependentes.

A Febract pleiteia junto ao governo a permissão para fun-

cionar também como instituição fiscalizadora do atendimento, por meio da concessão de um selo de qualidade.

O senador Wellington Dias concorda que ainda não se tem um padrão de atuação que permita uma fiscalização mais efetiva. "Temos uma entidade mundial que organiza as comunidades terapêuticas, mas precisamos ter, pelo menos, um foro dessas entidades para que a gente tenha uma pactuação mínima da conceituação e das formas de trabalho que dão certo".

Sociedade também se organiza para colaborar na prevenção

"Enfrentar as drogas ocupando espaços. Os espaços físicos, lugares abandonados e frequentados por traficantes e viciados; os simbólicos, surgidos com a ausência de serviços e políticas públicas e com a falta de acesso à educação; e os afetivos, deixados por famílias com graves problemas financeiros e estruturais." Essa é a estratégia da Central Única das Favelas (Cufa), organização fluminense presente nos 26 estados e no Distrito Federal, que promove atividades nas áreas da educação, lazer, esportes, cultura e cidadania.

No Senado, o trabalho da Cufa foi apresentado pelo jornalista Manoel Soares, presidente da base do Rio Grande do Sul. A central oferece aos jovens oficinas de grafite, DJ, *break*, *rap*, audiovisual e literatura, além de esportes como artes marciais, *skate* e basquete de rua, entre outras. Essas formas

de expressão, explicou, servem como ferramentas de integração e inclusão, principalmente em locais que costumam ser redutos de consumo e tráfico de *crack*, prostituição, brigas e assassinatos.

"Foi graças aos vácuos, espaços que não foram ocupados por nós, que a droga se instalou", argumenta Soares.

Em 2006, a Cufa produziu o documentário *Falcão: meninos do tráfico*, que foi ao ar no programa *Fantástico*, da TV Globo, e na TV Câmara, expondo a vida de jovens relacionados ao tráfico, alcançando grande visibilidade.

Outra iniciativa que alcançou repercussão nacional foi a campanha "*Crack*, nem pensar", realizada pela Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho, mantida pelo Grupo RBS de Comunicação. Essa campanha já atingiu, segundo Soares, 12 milhões de pessoas e é outro



Jornalista Manoel Soares, presidente da base gaúcha da Cufa: estratégia é ocupar os espaços físicos, simbólicos e afetivos tomados pela droga

JOSE CRUZ

exemplo da mobilização que a sociedade tem feito para preencher o espaço deixado pelo Estado nas áreas de educação e prevenção.



Basquete de rua na sede da Central Única das Favelas, no bairro de Madureira, no Rio de Janeiro: organização está presente em 26 estados e no Distrito Federal

BRUNO TAN

Apertar o cerco ou descriminalizar?

Entre as experiências internacionais a serem avaliadas no debate sobre o combate aos entorpecentes, estão a descriminalização, a redução de danos e a fiscalização mais rígida. Maioria das propostas no Congresso tende a aumentar as penas por crimes relacionados às drogas

“É preciso acabar com a marginalização de pessoas que usam drogas, mas não fazem mal a outras”, diz relatório da ONU

Como signatário das convenções da ONU sobre entorpecentes, o Brasil deve manter ilegais drogas como cocaína, heroína e maconha. Porém, como mostra a experiência em diversos países, existe margem para alternativas, como a descriminalização, na tentativa de diminuir efeitos negativos das drogas na sociedade.

Essa opção só está disponível porque descriminalizar não significa legalizar, mas retirar o caráter criminal de algumas condutas em relação às drogas. Sem retirar o caráter ilícito da relação com substâncias ilegais, a proposta é extinguir a punição na esfera criminal ou suavizá-la, substituindo a prisão por penas alternativas, multas etc.

Na verdade, o país, ainda que não tenha descriminalizado o consumo e o porte de drogas, já acabou com a pena de prisão para o usuário quando aprovou a Lei Antidrogas (Lei 11.343/06). Atualmente, “quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo drogas para consumo pessoal” será submetido apenas a advertência, prestação de serviços comunitários ou obrigação de comparecimento a curso educativo.

Esse caminho leva em conta que as ações repressivas das últimas décadas, que têm os Estados Unidos como referência, não conseguiram resultados minimamente eficazes. A descriminalização é defendida pela Comissão Global de Política sobre as Drogas, da ONU (*leia mais na pág. 72*).

Tendência nacional

O Congresso Nacional não está alheio a esse debate.

No entanto, diferentemente da tendência internacional, principalmente europeia, de descriminalização gradual do uso de drogas, grande parte das propostas dos parlamentares brasileiros apostam em aumentar penas para traficantes e até para usuários.

Estudo feito na Câmara dos Deputados em 2009, com mais de 100 propostas relacionadas ao tema, mostra que a penalização é o caminho geralmente sugerido. Prisão preventiva em processos por tráfico de drogas, cumprimento total da pena em regime fechado, regime de prisão especial e dificuldades para progressão da pena para traficantes são algumas das sugestões.

Um exemplo é o projeto do senador Demóstenes Torres (DEM-GO) que reinsertiu a pena de prisão para o usuário, como existe na Suécia (*leia mais na pág. 75*).

Punição branda

Mas já há parlamentares que defendem uma mudança de enfoque, passando pela despenalização do usuário e até mesmo pela legalização das drogas.

Eduardo Suplicy (PT-SP), por exemplo, apresentou à subcomissão da CAS um artigo do deputado federal Paulo Teixeira (PT-SP) que pede um “debate aberto e sereno” sobre drogas, por não haver “soluções mágicas”.

A política adotada recentemente por Portugal é uma das referências de quem sugere essa mudança de abordagem sobre o tema. Lá, o porte de drogas para consumo próprio deixou de ser uma infração penal para ser

considerado um problema civil, e o consumo de drogas passou a ser tratado prioritariamente como uma questão de saúde pública (*leia mais na pág. 79*).

“Portugal viveu uma forte diminuição da violência associada ao tráfico por meio da descriminalização do uso e da posse. Deprimiu-se a economia do tráfico e conseguiu-se retirar o tema da violência da agenda política, vinculando as medidas ao fortalecimento do sistema de tratamento de saúde mental”, pondera Teixeira no artigo lido por Suplicy, publicado pelo jornal *Folha de S.Paulo*.

Além das drogas ilícitas, o Parlamento discute medidas de controle às drogas lícitas, como álcool e tabaco, que outros países já adotaram, para restringir a propaganda e limitar e taxar as vendas.

“É preciso trabalhar as duas pontas, a oferta e a demanda”, resume o presidente da subcomissão, Wellington Dias (PT-PI), apontando que o colegiado deve propor um novo caminho para atacar o problema das drogas no Brasil.



Suplicy destaca artigo defendendo debate aberto e sereno, tendo como referência a política sobre drogas adotada em Portugal

Usuário precisa de tratamento, defende comissão da ONU

Além de criticar a abordagem atual da política internacional de combate às drogas (leia mais na pág. 18), a Comissão Global de Políticas sobre as Drogas da ONU oferece alternativas para lidar com o problema, como a redução de danos (leia mais na pág. 36) e a descriminalização do usuário.

“É preciso acabar com a criminalização, a marginalização e a estigmatização de pessoas que usam drogas, mas não fazem mal a outras”, afirma relatório de junho deste ano.

A comissão entende que gerenciar as condições sociais e

de saúde por meio de punições não é efetivo. “Lugar de doente não é na cadeia”. Melhor seria prover serviços de tratamento baseados em evidências científicas.

A comissão propõe ainda a oferta de penas alternativas para pequenos traficantes que sejam réus primários.

O documento das Nações Unidas também sugere que, se for necessário, as convenções internacionais sobre entorpecentes devem ser revistas, inclusive para que as diversas realidades políticas, sociais e culturais sejam atacadas por

legislação específica de cada país.

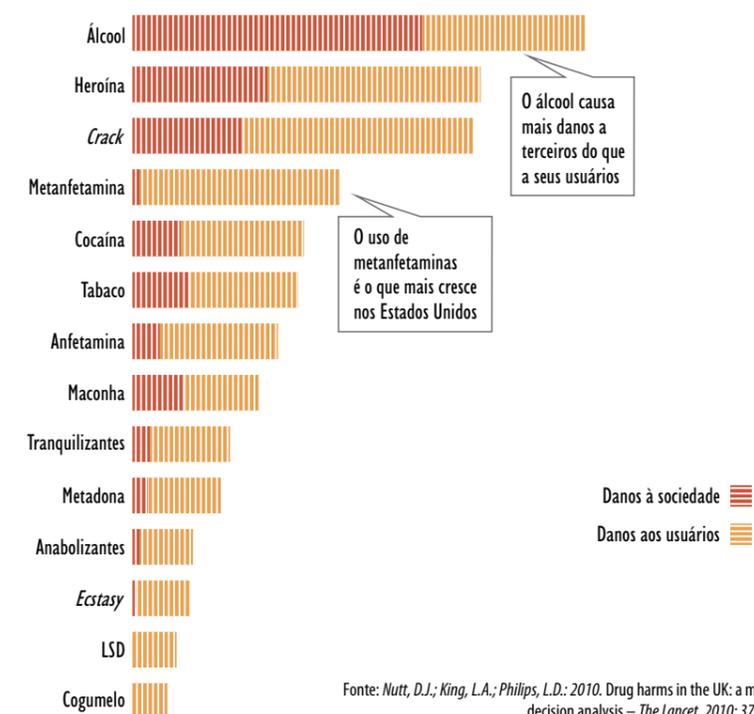
“Como acontece com todos os acordos multilaterais, as convenções sobre drogas precisam ser submetidas a revisão constante e modernização sob a luz de variáveis e circunstâncias que mudam. Os governos precisam ter a possibilidade de exercer a liberdade para experimentar políticas mais adequadas às suas circunstâncias. A crença de que todos precisamos ter exatamente as mesmas leis, restrições e programas tem sido uma restrição que não ajuda”, avalia o documento.

Mudança de foco

A comissão da ONU critica o fato de os órgãos responsáveis pela questão das drogas estarem, em geral, ligados aos ministérios da Justiça – caso da brasileira Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) – e não aos da Saúde. Mais que isso, sugere que haja uma reforma nos organismos internacionais que cuidam do assunto. “A estrutura montada é baseada na noção de que o controle internacional das drogas é primariamente uma luta contra o crime. Assim, há interesses inconfessos na manutenção do foco policial e os tomadores de decisão desses órgãos [como o Unodc] têm, tradicionalmente, maior familiaridade com essa abordagem”, aponta o documento, que acusa ainda a exclusão da Organização Mundial da Saúde (OMS) do debate.

Álcool causa mais danos; crack aparece em 3º lugar

Estudo desenvolvido na Inglaterra estimou mortes de usuários e acidentes



Polícia incinera parte de uma plantação de maconha: nova avaliação dos riscos da droga pode mudar legislação

Solução pode passar por classificação das drogas

Em vez de tornar mais rígida a repressão ou liberar o uso por completo, uma solução intermediária passaria por adotar uma classificação das drogas em leves, moderadas, fortes e pesadas, de acordo com os riscos e danos que causem ao usuário e à sociedade.

Com uma escala assim, poderia haver graus de tolerância para cada substância – para muitas delas, claro, como o crack, a tolerância continuaria sendo zero. A Holanda já tem experiências com base nessas informações desde 1976 (leia mais na pág. 80).

A proposta está em linha com a descriminalização do usuário. A Comissão Global, por exemplo, sugere que uma nova abordagem sobre as restrições à maconha seja feita como transição do modelo repressivo para outro, em que o preconceito é combatido para que o usuário possa ser tratado como doente e não como criminoso.

O relatório afirma que as atuais

classificações do risco e dos danos causados pelas drogas “foram feitas há 50 anos, quando havia poucas evidências científicas sobre as quais basear as decisões. Isso resulta em anomalias óbvias. Maconha e folhas de coca, particularmente, parecem estar classificadas incorretamente, devendo essas avaliações ser revistas pelas autoridades nacionais e pela ONU”.

Recentemente, publicações especializadas vêm oferecendo metodologias de classificação das drogas, entre elas uma publicada pela revista *The Lancet*, em novembro de 2010. Novas interpretações como essa levam a mudanças na legislação, como ocorreu em diversos países na Europa que passaram a permitir o porte de maconha em pequenas quantidades e até mesmo seu cultivo pelos usuários, com o objetivo de afastá-los dos traficantes (veja mais sobre políticas sobre maconha nas págs. 78 a 80).



Marchas e outras manifestações públicas pela descriminalização da maconha foram liberadas pelo STF em junho deste ano

Oposta à política atual, legalização é polêmica

A ideia de que o Estado não deve interferir na liberdade de escolha do indivíduo, essência do liberalismo, é a base da argumentação daqueles que defendem a legalização do mercado de drogas. Apesar de parecer longe de se transformar em realidade, já que antes seria necessário rever os acordos internacionais sobre drogas, a proposta se apoia em dados consistentes.

O primeiro é que, legalizado o mercado de drogas, o crime organizado e a rede associada ao tráfico seriam desmobilizados. Estima-se que grupos criminosos perderiam sua fonte de receita e sua capacidade de corromper autoridades e de aliciar jovens e novos usuários.

Mais que isso, o cálculo é de que se economizariam recursos, hoje destinados à repressão, suficientes para tratar os danos à saúde física e mental causados

pelo consumo. Um estudo de 2008 do economista Jeffrey A. Miron, da Universidade de Harvard, estimou que a formalização do mercado das drogas injetaria US\$ 76,8 bilhões por ano somente na economia dos Estados Unidos. Desse total, US\$ 44,1 bilhões seriam poupados de ações policiais do Estado. Outros US\$ 32,7 bilhões poderiam ser arrecadados na forma de impostos.

"Apologia ao crime"

No Brasil, a proposta causa tanta polêmica que até mesmo a sua defesa pública já foi considerada ilegal, como apologia ao crime, prevista no Código Penal. O Supremo Tribunal Federal (STF) teve que se pronunciar sobre o caso. Em 15 de junho passado, a corte liberou a realização das "marchas da maconha", que reúnem manifestantes em diversas cidades. Para

os ministros do STF, os direitos constitucionais de reunião e de livre expressão garantem essas marchas.

Especialistas brasileiros ouvidos pela subcomissão do Senado e os próprios parlamentares consideram a liberação arriscada. Sem limitação do uso "recreativo", acredita-se que o Estado corre até o risco de ser visto como cúmplice de crimes cometidos por pessoas sob efeito de drogas.

"A proposta é simplista. Falar em liberação de droga no Brasil é piada. O Brasil não controla nem a venda de cola de sapateiro, de bebida alcoólica a menores. Não vai controlar maconha, crack ou cocaína", afirmou o psiquiatra Emmanuel Fortes, da Associação Brasileira de Psiquiatria. Segundo ele, a associação e o Conselho Federal de Medicina são contra a liberação.

Para Fortes, é impossível saber de antemão quem tem esquizofrenia latente ou psicose maníaco-depressiva, por exemplo, e quem pode desenvolver essas doenças por conta do contato com as drogas. "Bastam o álcool e o tabaco para causar problemas. A liberalização pode evitar o conflito com

o tráfico, mas, com toda certeza, estimula o comércio de produtos nocivos à vida psíquica", afirma.

O senador Wellington Dias antecipa que, se a decisão for liberar, o país tem que estar pronto para o aumento do consumo e garantir condições de tratamento. "Nos países que

liberaram, o número de pessoas com menos de 16 anos que passou a consumir aumentou. Se, de um lado, resolve o problema do traficante, da guerrilha provocada pela ilegalidade e o tráfico, do outro, aumenta o número de mortes em consequência de uso mais generalizado", ponderou.

Projeto volta a criminalizar uso para garantir internação

Como observado em estudo realizado na Câmara dos Deputados, também no Senado os projetos de lei tendem a aumentar as penas por crimes relacionados às drogas, inclusive com o retorno da pena de prisão para o usuário, eliminada pela Lei Antidrogas de 2006.

Esse é o objetivo, por exemplo, do projeto do senador Demóstenes Torres que propõe detenção de seis meses a um ano para quem usa droga, "com a possibilidade de substituição da pena por tratamento especializado" (PLS 111/10).

A relatora da proposta na Comissão de Assuntos Sociais é a senadora Ana Amélia (PP-RS), que pediu a realização de um debate específico sobre o projeto.

Para Demóstenes, "a despenalização foi uma experiência ruim, pois aumentou o sofrimento dos próprios viciados e de seus familiares".

O senador afirma que, "se o usuário quiser se tratar, arruma-se uma clínica; mas se ele recusar o tratamento, nada se pode fazer além de assistir à autodestruição".

Pelo projeto, a decisão do juiz deverá basear-se em avaliação de profissionais da área de dependência química, e o Ministério Público pode propor o encaminhamento imediato do acusado para tratamento, com base em "projeto terapêutico individualizado" (leia mais na pág. 47).

No entanto, a proposta pode esbarrar na falta de vagas



Demóstenes: "Vincular a substituição da pena por tratamento é forma de oferecer assistência ao dependente químico"

para internação do dependente (leia mais na pág. 39).

Na Câmara, estão tramitando projetos como o PL 1.144/11, do deputado Deleagdo Waldir (PSDB-GO), e o PL 888/11, do deputado Arnaldo Faria de Sá (PTB-SP).

Outros projetos que aumentam penas para uso ou tráfico de drogas

| | | |
|---------------------|---------------------------------------|---|
| PL 1.330/11* | Deputado Arnaldo Faria de Sá (PTB-SP) | Institui penas de detenção e multa para o usuário e aumenta a pena de quem induz ao uso de drogas e dirige após o consumo |
| PL 4.941/09* | Deputado Eduardo da Fonte (PP-PE) | Cria pena de detenção de dois a quatro anos para o usuário que adquirir, guardar ou transportar drogas para uso pessoal |
| PL 5.522/09* | Então deputado Francisco Tenório | Torna crime o uso de drogas |
| PL 4.981/09* | Então deputado Laerte Bessa | Institui medidas para prevenção e reinserção social do usuário e aumenta a repressão à produção de drogas |
| PLS 187/09 | Então senador Sérgio Zambiasi | Aumenta a pena no caso de tráfico de drogas mais pesadas, como o crack |
| PLS 287/07 | Senador Valdir Raupp (PMDB-RO) | Institui pena mais rigorosa para traficante que seja réu primário |
| PLS 252/06 | Senador Demóstenes Torres (DEM-GO) | Institui pena de detenção para o usuário que não cumprir as medidas educativas às quais for condenado. Aumenta a pena para o plantio de entorpecentes destinado a consumo pessoal |
| PL 1.340/11 | Deputado Anderson Ferreira (PR-PE) | Aumenta a pena para tráfico de óxi |

* Tramitam em conjunto.

Limites a álcool e cigarro também estão em pauta

Por conta do grande número de dependentes e da relação íntima do álcool e do tabaco com as drogas ilícitas (leia mais nas págs. 20 e 21), a subcomissão do Senado também debate um maior controle das drogas lícitas, tratadas como prioridade pela Associação Médica Brasileira (AMB).

Adiar o contato da juventude com o álcool é importante porque pesquisas científicas confirmam que a dependência química é mais comum entre pessoas que tiveram contato com ele principalmente antes dos 21 anos. Cerca de 90% dos fumantes tornam-se dependentes da nicotina entre os cinco e 19 anos e há 2,8 milhões de fumantes nessa faixa etária.

“É na festinha que tem cerveja, pinga, gim, rum etc. que se começa a oferecer também outras drogas. No mínimo 80% dos dependentes que chegam às unidades de tratamento começaram no álcool e em outras drogas”, afirma o senador Wellington Dias. E completa: “A gente acha natural ter em casa lugares para guardar bebida, e depois se surpreende com as consequências”.

O representante do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (Unodc), Bo Mathiasen, relata que, na Europa, sistemas de maior controle e prevenção dificultam o acesso dos jovens ao álcool e ao tabaco. “Existe uma ação proativa do Estado para prevenir e agir, junto à população, para diminuir o uso abusi-

vo de substâncias”, afirmou no Senado.

Mais impostos

Uma das medidas adotadas no Brasil foi o aumento dos impostos, o que leva à redução do consumo e a maior arrecadação de recursos, que podem servir, inclusive, para financiar o sistema de combate às drogas e o tratamento dos dependentes.

A carga tributária brasileira sobre o tabaco, porém, apesar de mais alta que a do álcool, está abaixo da média mundial, segundo estudo do Banco Mundial. “No caso do tabaco, 75% [do preço do produto no Brasil] são impostos. Na bebida, o percentual é de 35%”, informa Ana Amélia. O governo, porém, adotou novas normas em agosto, que devem elevar a carga tributária sobre os cigarros a até 81% a partir de dezembro.

Condições, como uma licença especial, para uma loja vender bebidas também são medidas estudadas. “Bebida e cigarro podem ser vendidos na porta da escola, no parque, em qualquer lugar, até em farmácia. Como é que a gente vai lidar com isso?”, questiona Wellington Dias. Além de restringir locais, estudos também apontam que restringir horários para venda de bebidas alcoólicas pode levar à redução de homicídios e violência doméstica.

Mas o presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), José Luiz Gomes do Amaral,



Marcelo Crivella considera “esdrúxulo” que a propaganda de cerveja, bebida alcoólica mais consumida no país, não sofra restrições

reconhece que o “o lobby da indústria do fumo é muito forte e o do álcool é ainda mais”. Da mesma forma, Eduardo Suplicy destaca as dificuldades encontradas pelo Congresso para votar a proibição de propaganda do tabaco e do álcool nos meios de comunicação.

Na última vez que aprovou normas sobre o assunto (Lei 9.294/96), o Congresso não restringiu a propaganda de produtos com concentração alcoólica de até 13 graus na tabela Gay-Lussac (GL), como cervejas, que têm entre 4 e 5 graus GL. “A bebida alcoólica mais consumida em nosso país fica fora do critério. Essa situação esdrúxula não pode prosseguir, a despeito da força econômica e política dos empresários do ramo”, reclama o senador Marcelo Crivella (PRB-RJ).

Ana Amélia, no entanto, questiona se a propaganda é realmente de-

terminante para o consumo de drogas: “No caso do crack, não há propaganda na televisão, nos jornais, nas revistas. A limitação [da propaganda das drogas lícitas] terá alguma eficácia? As coisas proibidas são mais atraentes”, pondera a senadora.

O superintendente do Sindicato Nacional da Indústria da Cerveja, Marcos Mesquita, porém, não concorda com nova regulamentação para o álcool. “O Código Penal já prevê sanção para quem as serve para menores de idade”, afirma. Ele lembrou ainda que, hoje, a propaganda dessas bebidas exhibe advertências como “aprecie com moderação”, “se beber não dirija”, e “este produto é destinado a adultos”, por recomendação do Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária, de 2003.

Cigarro

Mesmo com espaço para mais restrições, as últimas medidas adotadas para limitar a venda e a publicidade do tabaco são apontadas como referência para aumentar o controle para o álcool. “A regulamentação frouxa sobre a publicidade fez subir a utilização de álcool nos últimos anos, enquanto que o cigarro, com regulamentação rígida, teve o consumo reduzido”, observa o senador Eduardo Suplicy.

Realmente, desde 1988 – primeiro por acordo entre governo e fabricantes e depois, em 1999,

População apoia maior controle sobre bebidas



3.007 pessoas foram entrevistadas em 143 municípios de todas as regiões entre 2005 e 2006:

Impostos

- 56% defendem o aumento dos impostos sobre as bebidas alcoólicas



Restrições à venda

- 55% apoiam o aumento da idade mínima para a compra de bebidas alcoólicas
- 4% pedem a redução da idade mínima para a compra de bebidas alcoólicas
- 89% acreditam que estabelecimentos não devem servir bebidas alcoólicas para clientes que já estejam bêbados
- 74% acham que padarias, confeitarias e mercearias devem ser proibidos de vender bebidas alcoólicas
- 95% acham que os comerciantes devem aumentar o controle de venda de bebidas alcoólicas a menores
- 76% defendem a restrição do horário de venda de bebidas alcoólicas



Limites à propaganda

- 94% acham que propagandas de bebidas alcoólicas devem reservar espaço para mensagens de alerta sobre riscos e problemas causados pelo álcool
- 68% apoiam a proibição da propaganda de qualquer bebida alcoólica na televisão
- 55% entendem que fabricantes de bebidas alcoólicas devem ser proibidos de patrocinar eventos culturais e esportivos

Fonte: I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) e Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), 2006.

pela Medida Provisória 1.814 –, mensagens com advertências começaram a ser impressas nos maços de cigarro e causaram impacto entre os fumantes.

A inclusão de imagens sobre os males do fumo nessas advertências ocorreu em 2002 e, na ocasião, pesquisa do DataFolha revelou que 67% dos fumantes afirmaram ter vontade de parar por conta das imagens e 54% ficaram mais preocupados com a própria saúde.

Com a Lei 10.702/03, também passou a ser expressamente

proibida a venda de cigarro em estabelecimentos de livre acesso a menores de 18 anos.

“Agora está em discussão a proibição do cigarro em ambientes fechados. Vamos ter coragem de aprovar uma medida como essa?”, pergunta Wellington Dias.

As propostas para restringir o consumo do tabaco são menos numerosas que aquelas sobre o álcool. Parte da explicação para isso são as restrições já impostas, principalmente as relativas à propaganda.

Propostas em debate no Senado que impõem maior restrição a bebidas alcoólicas

| | | |
|------------|-------------------------------|---|
| PLS 531/07 | Senador Marcelo Crivella | Considera alcoólica bebida com qualquer teor de álcool e proíbe a propaganda em rádio e TVs entre 5h e 23h |
| PLS 169/II | Senador Marcelo Crivella | Proíbe a venda em postos de combustíveis nas rodovias federais |
| PLS 307/II | Senador Wellington Dias | Considera alcoólica, para fins de propaganda, a bebida com teor de álcool igual ou superior a 0,5 GL, como na Lei Seca |
| PLS 9/09 | Senador Cristovam Buarque | Inclui advertências com imagens nos rótulos sobre malefícios para a saúde e a sociedade; proíbe a venda a menores de 18 anos; e penaliza quem dirigir alcoolizado |
| PLS 505/07 | Então senadora Marisa Serrano | Proíbe a venda e o consumo em locais públicos entre 0h e 6h |
| PLS 177/II | Senador Acir Gurgacz | Limita a propaganda à parte interna das lojas, com advertências sobre os danos à saúde |
| PLS 99/II | Senador Acir Gurgacz | Proíbe a venda num raio de 500 metros de qualquer escola |

Propostas em debate no Senado que impõem maior restrição ao fumo

| | | |
|------------|---------------------------|--|
| PLS 233/IO | Então senador Jorge Yanai | Aumenta a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido incidente sobre as indústrias produtoras de cigarros, cigarrilhas e charutos |
| PLS 315/08 | Senador Tião Viana | Veda o fumo em ambientes coletivos fechados, públicos ou privados |

O álcool ainda é a droga que acarreta mais problemas de saúde e prejuízos para a sociedade brasileira

Subcomissão busca referência em outros países

As dificuldades para abordar o problema do uso e do abuso de drogas levaram os governos de diferentes países a buscar soluções alternativas à simples repressão da oferta. Muitas dessas experiências ainda estão em fase de avaliação de resultados, mas algumas já se destacam, seja pela mudança de conceitos, seja pela organização da sociedade para minorar o problema.

O representante do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (Unodc) para o Brasil e o Cone Sul, Bo Mathiasen, alerta, porém, que cada país tem suas especificidades social, cultural, econômica e étnica, que precisam ser respeitadas e que alteram a forma de encarar a questão.

“Os contextos são diferentes. É muito difícil dizer que uma estrutura que funciona bem em um país poderia

ser transferida para outro”, afirmou Mathiasen durante o painel da subcomissão do Senado que analisou as experiências internacionais.

Bernardino Vito, da Unidade de Saúde Familiar, da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), ressalta que a capacidade técnica brasileira é suficiente para desenvolver uma estratégia que responda às necessidades do país.

Mathiasen e Vito, porém, destacam nações que estão investindo na resposta social ao problema, inclusive com bons resultados, como Holanda, Suíça e Portugal.

O representante do Unodc disse que a experiência de diversos países tem mostrado que as formas de tratamento mais promissoras, no caso do *crack*, são o aconselhamento e a terapia psicossocial, e que “os tratamentos farmacológicos

mostram algum resultado, mas ainda deixam a desejar”. Ele destacou ainda a importância das terapias familiar e cognitiva comportamental, da entrevista motivacional e da “prevenção da recaída”. Já no caso da Suécia, Mathiasen aponta um exemplo de regime de maior controle às drogas que funciona, com registros de uso de drogas e de álcool inferior à média da Europa.

No Brasil, segundo Roberto Kinoshita, do Ministério da Saúde, o modelo português é o que vem despertando maior interesse. “Na área das políticas públicas é a vedete do momento em termos do que está sendo estudado. É uma experiência diferente, mas mais próxima da nossa cultura”, disse.

A seguir, **Em discussão!** destaca algumas experiências desses países citados nos debates.

Bo Mathiasen, da Unodc (E), com a senadora Ana Amélia, vice-presidente da subcomissão, e Bernardino Vito, da Opas



Portugal



Em julho de 2001, Portugal se tornou o primeiro país da Europa a descriminalizar o uso de drogas. Elas continuam proibidas, mas seu consumo não é mais crime. Por lei, o usuário agora é considerado doente crônico que precisa de tratamento, mas há sanções penais para traficantes e produtores.

O usuário pego com quantidade de droga equivalente a, no máximo, dez dias de consumo (o que é detalhado na legislação), é encaminhado a uma comissão, composta por um assistente social, um psiquiatra e um advogado, que avalia se o caso se configura como tráfico, dependência ou simples consumo pessoal. O usuário, então, pode ser multado, condenado a prestar serviço comunitário ou encaminhado para tratamento.

O Ministério da Saúde coordena as ações de prevenção e tratamento, que são articuladas com diversas áreas do governo. Houve

grande expansão da rede de tratamento e a meta é ter leitos de internação disponíveis para todos os dependentes que necessitarem.

Outro foco da legislação é a redução de danos, que permite, por exemplo, o fornecimento de seringas descartáveis a usuários de drogas injetáveis, com redução de 71% no diagnóstico de HIV entre usuários de drogas.

Pesquisa de 2010 revelou pequeno aumento no uso de drogas em Portugal, na mesma proporção de países que não descriminalizaram. Também não se pode afirmar que haja relação entre essa política e redução da vio-

lência na sociedade. Mas houve redução do peso das drogas na repressão policial e no sistema judiciário.

Do universo de pacientes em tratamento da dependência de drogas, 70% são usuários de *cannabis* (maconha) e o restante de heroína, cocaína, *ecstasy* e outros. Roberto Kinoshita, coordenador da área de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, lembra que, nos primeiros anos da política portuguesa, houve muito medo sobre os resultados, mas nenhuma das previsões catastróficas acabou se mostrando real.



Mesmo com a descriminalização, marcha em Lisboa pediu a legalização da maconha para fins terapêuticos e recreativos em maio deste ano

Suécia



Ao contrário da tendência europeia de descriminalização, na Suécia o consumo é considerado crime, com punição de até três anos de prisão, desde 1993. Mais de 90% dos suecos rejeitam a tese da descriminalização ou da legalização. Essa política é associada a fortes ações de prevenção e a tratamento efetivo. Prioridade nacional, ela envolve governo, ONGs, voluntários, empresas, escolas, igrejas e famílias.

Nos últimos 30 anos, o número de dependentes na Suécia caiu de 12% para 2%. A taxa de

usuários de cocaína é um quinto da taxa dos países vizinhos, como Inglaterra e Espanha. E, segundo as informações trazidas ao Senado pela embaixadora da Suécia, Annika Markovic, até o momento o país está livre do *crack*.

Há grande investimento na repressão às drogas: 60% dos recursos da polícia de fronteira, por exemplo, são usados com esse fim. “Rejeitamos todo e qualquer tipo de droga não medicamentosa e não aceitamos a integração das drogas em nossa sociedade”, afirmou a embaixadora. Dessa forma, não há distinção entre drogas leves ou pesadas.

As pessoas suspeitas passam por testes para detecção do uso de drogas. No caso de condenação à prisão, se o usuário representar um risco a si próprio ou à

comunidade, o tratamento pode ser compulsório, por no máximo seis meses. Depois disso, ele escolhe se continua se tratando ou se vai para a prisão.

“O tratamento visa preparar o dependente a retornar ao convívio social, incluindo trabalho comunitário e terapêutico”, assinalou Annika, revelando que o serviço social sueco mantém contato com cerca de 80% dos usuários de drogas injetáveis.



A embaixadora Annika Markovic: legislação mais rígida no combate ao tráfico e nas punições aos usuários

Holanda



A concepção do modelo holandês leva em consideração que o problema das drogas não tem uma só solução. Então, é melhor controlá-lo e reduzir danos em vez de continuar uma política de repressão com resultados questionáveis.

A legislação sobre drogas é de 1976 e tem como base a diferenciação entre drogas de risco aceitável (maconha e haxixe) daquelas de risco inaceitável para a saúde e para a segurança públicas (cocaína, heroína, anfetaminas e LSD). O álcool, considerado uma droga de risco alto, é legal e controlado pelo governo.

Apesar de ato tecnicamente ilegal por conta dos tratados internacionais assinados pelo país, quem é pego com até cinco gramas de *cannabis sativa* não é punido. Bares e cafés (*coffee shops*) que vendem até cinco gramas de maconha ou haxixe podem ser encontrados em toda parte e, no interior desses locais,

o consumo é tolerado. Mas não se pode fumar maconha em locais públicos, por exemplo, e o tráfico na rua é proibido e punido. O governo afirma que não quer que a polícia perca tempo com os pequenos infratores.

Por outro lado, a posse, o comércio, o transporte e a produção de todas as outras drogas são expressamente proibidas e reprimidas com eficiência; há previsão de penas que podem chegar a 12 anos de prisão e de multas de até 45 mil euros.

O país trata a questão das drogas como de saúde pública, em que tratamento e recuperação são ofe-

recidos para todos que buscam ajuda. As *junkiebonds* (associações de usuários de droga injetáveis) buscam melhorar as condições de vida dos usuários, evitando o contágio por hepatite B e HIV/Aids, distribuindo agulhas e seringas descartáveis.

A média de consumo de drogas na Holanda é inferior à do restante do continente e o percentual de pessoas que usam drogas injetáveis é o menor entre os 15 países da União Europeia. O número de usuários de heroína diminuiu significativamente (de 28 a 30 mil em 2001 para 18 mil em 2008) e a média de idade dos usuários vem aumentando.



Nos cafés da Holanda é possível adquirir e consumir até 5g de drogas consideradas leves, como a maconha

CATHY K

Suíça



A experiência na Suíça se destaca sobretudo no tratamento de usuários de heroína, maior problema do país nos anos 1980. A opção foi implementar uma política baseada em saúde pública, com prevenção e terapia, em vez de criminalizar o usuário.

Em 1994, foi adotada também a prevenção de danos: um programa de tratamento por administração de heroína e a criação de salas para injeção supervisionada. Cerca de 3 mil usuá-

rios problemáticos dessa droga (entre 10% e 15% dos dependentes e entre 30% e 60% dos consumidores) passaram a recebê-la gratuitamente. O governo suíço teve que negociar essa possibilidade, baseando-se na avaliação de que, quem abusava da heroína, ao recebê-la legalmente, deixaria o tráfico e os crimes.

O número anual de novos usuários caiu de 850 em 1990 para 150 em 2005. E cerca de um terço dessas pessoas deixaram a droga espontaneamente sem nem mesmo um tratamento associado. A política fez com que o mercado ilegal de heroína se inviabilizasse e levou a uma queda de 90% nos crimes contra a propriedade cometidos por participantes do programa do governo.



SPRAY FILMES

Ruth Dreifuss, ex-presidente da Suíça, é uma das integrantes da Comissão Global de Políticas sobre as Drogas da ONU

Em 2008, um plebiscito rejeitou o fim do programa com mais de dois terços dos votos. Também foi rejeitada a legalização da maconha.

Para saber mais

Com o ciclo de debates sobre drogas e dependência química, promovido pela Subcomissão Temporária de Políticas Sociais sobre Dependentes Químicos, de Álcool, Crack e Outros, a equipe de **Em discussão!** teve acesso ao conteúdo de cinco painéis (Ações Sociais e Prevenção, Segurança Pública e a Legislação, Saúde Pública e Tratamento, Experiência de Organismos Internacionais e Experiências de Especialistas), em que os especialistas convidados (veja lista completa na pág. 5) dissecaram vários ângulos do problema apoiados por apresentações.

- Notas taquigráficas: <http://bit.ly/pHy9nq>
- Apresentações: <http://bit.ly/qXG6Eo>

Além das informações dos debates, outras obras de referência, órgãos públicos e entidades foram consultados.

Ainda que faltem dados completos sobre o tráfico, o consumo e a dependência do crack no Brasil, a equipe buscou os números mais atuais, alguns já de 2011, sobre a droga e os tratamentos disponíveis, como o relatório *Guerra às Drogas*, da Comissão Global de Políticas sobre as Drogas da ONU, de junho, e o *Relatório Mundial sobre Drogas 2011*, do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, divulgado em julho.

- *Guerra às Drogas*: <http://migre.me/5tft5>
- *Relatório Mundial sobre Drogas 2011*: www.unodc.org/wdr

Em 2010, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad) publicou o *Relatório Brasileiro sobre Drogas*, com os levantamentos realizados até então sobre o consumo de substâncias ilícitas e também estudos sobre o impacto delas na Previdência Social, no mundo do trabalho e na segurança pública. O órgão centraliza as iniciativas do governo e no seu site (www.senad.gov.br) podem ser encontradas cartilhas sobre as drogas e os tratamentos disponíveis.

- *Relatório Brasileiro sobre Drogas*: <http://migre.me/5tg5n>
- *I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras*, Senad, 2010. <http://migre.me/5tgl0>
- *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas*, Presidência da República, 2010: <http://migre.me/5thbJ>

O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (Obid), mantido pela Senad, reúne a maior quantidade de informações, entre pesquisas, livros e legislação sobre drogas.

- Obid: <http://migre.me/5qHwL>

O governo federal também tem um site que reúne informações sobre o que é o crack e o que o país está fazendo para combatê-lo. Há uma seção sobre mitos e verdades sobre a droga.

- Portal Enfrentando o Crack, do governo federal. www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack

Já o Ministério da Saúde mantém atualizados dados acerca de atendimentos na área de saúde mental. O último deles é de julho de 2011. O ministério tem outras informações sobre como lidar com o crack:

- *Saúde Mental em Dados 9*: <http://migre.me/5tgWr>
- *Como lidar com o crack*: <http://migre.me/5tgYu>

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome também é responsável por parte significativa da interação com os usuários de drogas, orientada pela Política Nacional de Assistência Social.

- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome: <http://migre.me/5thhu>

A Confederação Nacional dos Municípios (CNM) lançou em 2011 o *Observatório do Crack*. Além do levantamento que realiza entre as prefeituras, também podem ser encontrados links para informações úteis.

- *Observatório do Crack*: www.cnm.org.br/crack

As instituições médicas foram especialmente importantes para o levantamento de dados. O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropas (Cebrid), do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), reúne grande parte dos especialistas em dependência química no Brasil.

- Cebrid: www.cebrid.epm.br

Também ligada à Unifesp, a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad) mantém uma revista mensal, reúne informações e realiza pesquisas que pretendem auxiliar na definição das políticas de controle da dependência química.

- Uniad: <http://migre.me/5qHHy>

A Associação Médica do Rio Grande do Sul publicou na edição de julho de 2010 de sua revista um artigo de cinco especialistas (psiquiatras, psicólogo e advogado) que traz, em sete páginas, uma excelente síntese sobre a epidemiologia, a dinâmica das drogas no organismo e sobre os tratamentos disponíveis.

- *Crack – da Pedra ao Tratamento*: <http://migre.me/5qHzO>

Entre os estudos referenciados pelo artigo, há um que analisa a causa *mortis* em usuários de crack, de Marcelo Ribeiro, John Dunn, Ricardo Sesso, Andréa Costa Dias e Ronaldo Laranjeira, pesquisadores também ligados à Unifesp, que acompanhou usuários e observou que grande parte morreu depois de cinco anos.

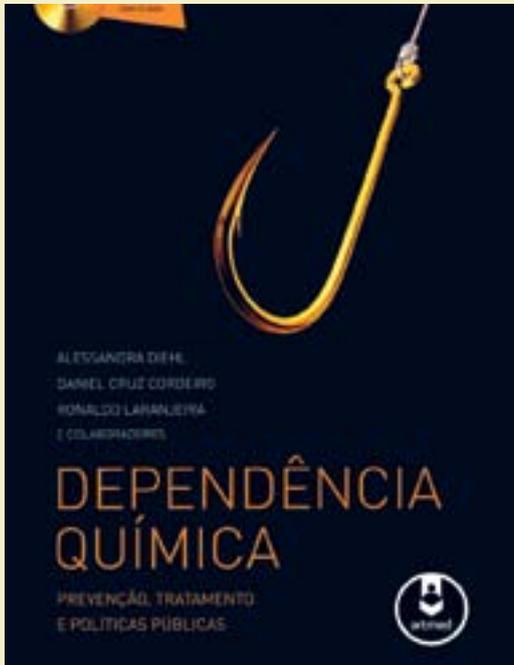
- *Causes of death among crack cocaine users*: <http://migre.me/5uWhS>

O Conselho Federal de Medicina (CFM) lançou em julho do ano passado cartilha com diretrizes para tratamento do usuário de crack. A instituição, que tem ainda como apoio os conselhos regionais em cada estado, oferece um site específico sobre o tema.

- Portal Enfrente o Crack, do CFM: www.enfrenteocrack.org.br

Entre as análises acadêmicas consultadas por **Em discussão!** está o livro *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*, de Alessandra Diehl, Daniel Cruz Cordeiro, Ronaldo Laranjeira, entre outros autores (*capa ao lado*).

- Veja resenha do livro e breves currículos dos autores em <http://migre.me/5thum>



Ajudaram ainda os trabalhos *Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias*, da cientista social Andrea Domanico; e *Notas sobre a política criminal de drogas no Brasil: elementos para uma reflexão crítica*, da jurista e professora Roberta Duboc Pedrinha.

Outra fonte completa sobre tratamento de dependentes de drogas é o livro *O tratamento do usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, farmacoterapia e reabilitação. Ambientes de tratamento*, publicado em 2010.

- Íntegra do livro: <http://migre.me/5qHHR>

Os dados de organizações não governamentais que atuam nessa área também são muito importantes. É delas, por exemplo, a iniciativa de publicar informações sobre redução de danos. Entre as ONGs, está o Instituto Crack, Nem Pensar, que atua no sul do país, onde, percentualmente, o número de usuários da droga é maior.

- Informações e notícias sobre drogas: www.antidroga.com.br
- Crack, nem pensar: www.cracknempensar.com.br

Dois estudos realizados na Câmara dos Deputados trouxeram informações preciosas sobre os projetos de lei em tramitação. Sobre o crack, o consultor Claudionor Rocha apresentou estudo em 2010, enquanto que Mário Coelho Lima Filho defendeu monografia junto ao Centro de Formação da Câmara (Cefor), também em 2010.

- Crack, a pedra da morte – Desafios da Adicção e Violência Instantâneas: <http://migre.me/5qHvm>
- O Legislativo e Política Pública de Enfrentamento do Uso do Crack: <http://migre.me/5tfYx>

Também da Consultoria da Câmara dos Deputados vieram dois estudos sobre álcool e tabaco que apresentam dados sobre a dependência a essas substâncias e so-

bre os projetos de lei em tramitação sobre o assunto:

- *Consumo de álcool por adolescentes*, de Cláudio Viveiros de Carvalho, 2008.
- *Consequência do tabagismo para a saúde*, de Fabio de Barros Correia Gomes, 2003.

Para os dados orçamentários, a equipe da revista tem o apoio da Subsecretaria de Apoio Técnico da Consultoria de Orçamento do Senado Federal. As informações estão disponíveis por meio de consultas ao sistema Siga Brasil:

- Siga Brasil: <http://migre.me/4emVI>

Para toda a edição, mas, sobretudo, para a redação da seção sobre as propostas legislativas, grande parte das informações veio das agências de notícias do Senado e da Câmara dos Deputados.

- Agência Senado: <http://migre.me/4emq3>
- Agência Câmara: <http://migre.me/4emtt>

Por fim, as imagens cedidas pelo repórter fotográfico Marcello Casal Jr. foram fundamentais para ilustrar a edição. Elas falam com eloquência sobre o problema do crack. Para obter o material, o fotógrafo visitou uma "cracolândia" em área central de Brasília, por uma semana, em fevereiro de 2009.

- Galeria de fotos de Marcello Casal Jr.: <http://migre.me/5tk2f>

Coincidentemente, o filme *Quebrando o Tabu*, de Fernando Grostein Andrade, que traz uma nova perspectiva sobre o combate às drogas, estreou em junho deste ano, e serviu de inspiração para que os editores elaborassem a revista (*pôster promocional reproduzido abaixo*).

- Trailer oficial do filme: <http://migre.me/5tiL2>



**Informação clara
e imparcial, onde
você estiver**



Há mais de 16 anos, o Jornal do Senado leva ao cidadão a informação mais completa sobre o que acontece no Senado Federal. E faz isso sempre acompanhando a evolução dos meios de comunicação. Além da versão impressa, você pode acessar o Jornal do Senado pelo portal de notícias na internet, pelo Twitter ou pela newsletter, via e-mail. Neste caso, basta se cadastrar no portal.



Twitter: @jornaldosenado | www.senado.gov.br/jornal

O Legislativo moderno e integrado

O Interlegis promove o desenvolvimento institucional do Poder Legislativo, modernizando Casas de Leis por meio de consultorias, capacitação e transferências de tecnologias especiais. Apóia também a integração dessas Casas, construindo uma grande comunidade virtual que incentiva a transparência, a melhoria da qualidade dos serviços e a participação cidadã no processo legislativo.