

**GABOR MATÉ, M.D.**

autor de *O mito do normal*

# VÍCIO

## O REINO DOS FANTASMAS FAMINTOS

Uma abordagem científica e compassiva  
sobre a dependência, suas origens e  
os caminhos para a recuperação



SEXTANTE

*Para Rae, minha amada esposa e melhor amiga,  
que tem vivido estas páginas comigo há mais  
de 50 anos, nos bons e maus momentos,  
sempre tornando tudo melhor.*

*O que é o vício, na verdade? É uma pista, um sinal, um sintoma de aflição. É um idioma que nos fala sobre um problema que deve ser compreendido.*

ALICE MILLER, *Abbruch der Schweigemauer*

[A demolição da barreira do silêncio]

*Na busca pela verdade, os seres humanos dão dois passos para a frente e um para trás. O sofrimento, os erros e o cansaço da vida os fazem retroceder, porém a sede pela verdade e a teimosia os impulsionam. E quem sabe? Talvez acabem por encontrar a verdade real.*

ANTON TCHEKHOV, *O duelo*

## NOTA DO AUTOR

As pessoas, citações e histórias de vida apresentadas neste livro são todas reais; nenhum detalhe foi acrescentado para colorir os fatos e nenhum personagem foi criado para servir de alegoria. Por questão de privacidade, todos os meus pacientes ganharam pseudônimo, exceto duas pessoas que me pediram para ser identificadas. Em outros dois casos, alterei descrições físicas para manter o anonimato dos envolvidos.

Recebi permissão das pessoas cuja vida é narrada aqui: todas leram o trecho relacionado à sua história. Também recebi autorização para usar as fotos que ilustram o livro.

Nas Notas de Fim, indico as referências completas das pesquisas científicas que citei em cada capítulo, mas não havia espaço para listar todos os artigos de periódicos que consultei. Profissionais e qualquer outro leitor podem entrar em contato comigo para receber mais informações. Para isso, basta acessar [www.drgabormate.com](http://www.drgabormate.com) (em inglês). Todos os comentários serão bem-vindos, mas não posso atender a pedidos específicos de orientação médica.

Por fim, uma observação sobre as fotos que acompanham o texto. Por mais que seja difícil para um escritor admitir que uma imagem vale mais que mil palavras, talvez não exista exemplo melhor dessa máxima do que as fotografias incríveis de Rod Preston. Por ter trabalhado na periferia de Vancouver, no Canadá, Rod conhece bem as pessoas sobre quem escrevi e sua câmera capturou a experiência delas com exatidão e sensibilidade.

## INTRODUÇÃO

Dez anos depois da primeira edição deste livro, saio do elevador num hotel em São Francisco e, do outro lado do saguão, um desconhecido se aproxima correndo, de braços abertos. “Meu filho morreu de overdose. Isso era incompreensível para mim. Mas, depois de ler seu livro, entendi por que aconteceu.”

Receber o abraço emocionado de um único pai enlutado já seria recompensa suficiente por todo o trabalho envolvido neste livro. Na última década, pessoas do mundo inteiro me escreveram para contar como o livro afetou sua vida e a de seus entes queridos e como transformou sua visão sobre o vício e sobre a enormidade do problema. A obra inspirou canções e poemas no Canadá e nos Estados Unidos, pinturas na Espanha, produções teatrais na Romênia e na Hungria e hoje é usada em instituições de ensino, programas de terapia e clínicas de reabilitação. Dado o aumento da crise da dependência química, são especialmente recompensadores os relatos de jovens estudantes que falam sobre como se sentiram motivados a se tornar terapeutas, médicos e psiquiatras para ajudar pessoas como as que cito nestas páginas. Um assistente social de Los Angeles me escreveu: “Os policiais com quem trabalho têm renovado minha esperança. Um deles até adotou o modelo de redução de danos apresentado no seu livro: agora ele se aproxima dos dependentes com mais respeito e compaixão.” O livro também ganhou espaço em prisões: terapeutas me contaram sobre presidiários que choraram ao encontrar suas histórias refletidas nestas páginas ou em alguma das palestras que dei sobre o assunto. “Seu livro me

ajudou a identificar as causas do meu vício”, escreveu um detento de Idaho. “Agora consigo responder à pergunta que parentes e amigos me fazem há décadas: ‘Por quê?’”

A questão do “porquê” nunca foi tão importante quanto é atualmente.

Enquanto escrevo esta introdução, a crise de overdose de opioides só piora. A cada três semanas nos Estados Unidos, o número de pessoas que morrem de overdose se equipara ao de vítimas dos ataques terroristas do 11 de Setembro. A Grã-Bretanha, que tem a maior proporção de viciados em heroína da Europa, alcançou um novo recorde de fatalidades associadas ao uso de drogas: na Inglaterra e no País de Gales, mais de 3.700 pessoas morreram só em 2017, a maioria devido ao uso de heroína e opioides similares. No Canadá, os números também preocupam. De acordo com o relatório nacional da Agência de Saúde Pública do país, houve mais de 4 mil fatalidades associadas ao uso de opioides em 2017, um aumento de quase 50% em comparação com o ano anterior, “o que afeta toda a nação [...] e gera efeitos devastadores em famílias e comunidades”. De acordo com a secretária de Saúde Dra. Bonnie Henry, a região da Colúmbia Britânica, onde moro, apresentou 125 mortes por overdose apenas em janeiro de 2018. “Antes, era comum pensar que overdoses só aconteciam com aquela gente de *lá*”, me disse ela, falando sobre regiões pobres como o bairro Downtown Eastside, de Vancouver, notório pelo consumo escancarado de drogas, onde este livro começa e termina e onde aconteceu boa parte dos eventos aqui citados. Em 2016, a Colúmbia Britânica declarou emergência pública, em parte, segundo a Dra. Henry, para fazer com que o foco da conversa deixasse de ser uma emergência localizada e se transformasse no problema social mais amplo que de fato é. “Não é ‘aquela gente’. É a *nossa* gente. São nossos irmãos, nossas famílias. Mortes por overdose acontecem em todos os bairros, dos mais ricos aos mais pobres.”

Mesmo com toda a preocupação e a tristeza causadas por tantas mortes, ainda é fácil demais acreditar que isso aconteça apenas por causa de predileções ou hábitos individuais. Nos níveis social e político, elas representam sacrifícios humanos. As pessoas estão sendo vitimizadas pela longa relutância da sociedade em aceitar a realidade e as raízes do vício, especialmente da dependência química. Há décadas, diante de todas as evidências, nos recusamos a exigir ou adotar políticas que possam prevenir ou solucionar a desolação do vício de maneira apropriada. Como David

Walker, dirigente de saúde pública de Ontário, bem observou em 17 de março de 2018 numa carta ao jornal *The Globe and Mail*: “Em 2003, uma nova e assustadora epidemia consternou o Canadá, principalmente em Toronto: 44 pessoas morreram de síndrome respiratória aguda grave. [...] Os governos regionais e federal prontamente reagiram. [...] Quinze anos depois, o vício em opioides, outra epidemia nova e assustadora, assola nosso país. Por que nossa reação coletiva é tão tímida desta vez? Será que é porque valorizamos menos quem está morrendo? É essa a sociedade ‘compassiva’ que estamos nos tornando?”

Como acontece com muitos outros problemas humanos, a epidemia em ascensão possui as chamadas causas *immediatas* – aquelas que contribuem diretamente com os resultados trágicos. Qualquer um que assista ao noticiário ou leia os jornais todo dia está ciente de que a principal causa imediata neste caso é a recente e ampla oferta de fentanil e carfentanil, opioides baratos e extremamente potentes produzidos em laboratório. (Essas drogas, em comparação com suas primas derivadas de plantas, heroína e morfina, apresentam uma margem de segurança bem limitada, isto é, a diferença entre uma dose que deixa alguém “chapado” ou acalma uma crise de abstinência e uma dose que mata é bem menor. Daí sua letalidade.)

Por mais desesperadora que seja essa ameaça, vícios potencialmente suicidas são apenas a ponta de um imenso iceberg. Nossa sociedade, com pessoas cada vez mais desesperadas para fugir do isolamento e do desalento de sua rotina, está carregada de todos os tipos de vício, e novos surgem o tempo todo. “O vício em internet parece ser um transtorno comum que merece ser incluído na próxima edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*”, sugeriu um editorial do periódico *American Journal of Psychiatry* no mesmo ano da publicação original deste livro – e o transtorno se tornou muito mais comum desde então.

O site *Psychology Today* debateu o “vício em jogos virtuais”. Smartphones são outro novo foco viciante. A psicoterapeuta Nancy Colier relatou que “a maioria das pessoas hoje olha o celular 150 vezes por dia, ou a cada 6 minutos. E os jovens mandam em média 110 mensagens diariamente. [...] Dentre os usuários de smartphone, 46% afirmam que ‘não conseguiriam viver sem o aparelho’”: um sinal clássico de vício.

Precisamos ter cuidado para não enxergarmos apenas as árvores e não a floresta – a manifestação em vez do processo por trás dela, o sintoma em vez da causa. Não há novos transtornos, apenas novos alvos para o velho e universal processo da dependência, novas formas de escapismo. Os processos mentais e cerebrais são os mesmos em todas as compulsões, assim como o vazio psicológico e espiritual que elas deixam.

“Os dados mostram uma sociedade tomada pelo desespero, e isso se reflete no aumento de comportamentos nocivos e na epidemia de drogas”, escreveu Paul Krugman, economista vencedor do Prêmio Nobel, no *The New York Times*. Como podemos lidar com as manifestações do desespero sem antes compreendermos o desespero em si?

As circunstâncias que promovem o desespero – e, portanto, potencialmente o vício – tornam-se, a cada década, mais e mais presentes no mundo industrializado, do Oriente ao Ocidente: mais isolamento e solidão, menos contato comunitário, mais estresse, mais insegurança econômica, mais desigualdade, mais medo e, por fim, mais pressão e menos apoio para jovens com filhos. Há cada vez mais afastamento, a despeito da pseudoconectividade da nossa era tecnológica. Como a revista *Adbusters* ironicamente observou: “Você tem 2.672 amigos e uma média de 30 curtidas por postagem, mas nenhuma companhia para jantar sábado à noite.”

É impressionante que aqui em Downtown Eastside, onde existem locais em que substâncias podem ser testadas antes de injetadas, muitos ainda escolham injetá-las sem saber se há componentes potencialmente letais nas seringas. Para entender por que isso acontece, precisamos analisar as causas *remotas*, aquelas que levam as pessoas a recorrer às drogas – e a todo tipo de vício.

“Precisamos debater o que motiva o uso de drogas”, disse o Dr. Bessel van der Kolk, autor de *O corpo guarda as marcas* e famoso pesquisador de traumas. “Pessoas que se sentem bem consigo mesmas não fazem coisas que colocam o próprio corpo em risco. [...] Pessoas traumatizadas se sentem agitadas, inquietas, com um aperto no peito. Elas odeiam como se sentem e usam drogas para estabilizar o corpo.” É esse o desespero – a necessidade de controlar o corpo e a mente, de fugir de um sofrimento ou de uma inquietação insuportável. Como veremos ao longo deste livro, isso é algo que ativa todos os vícios, sejam eles relacionados ao uso de substâncias ou não.

“Não vou perguntar em que você é viciado”, costumo dizer às pessoas. “Nem quando usa, nem há quanto tempo. Só quero saber, seja lá qual for seu vício, o que você ganha com ele. O que o atrai nele? A curto prazo, o que ele oferece que você tanto deseja, tanto adora?” E toda vez as respostas são: “Ele me ajuda a fugir do sofrimento emocional/ me ajuda a lidar com o estresse/ me dá paz de espírito/ a sensação de pertencimento/ a sensação de controle.”

Essas respostas mostram que o vício não é uma escolha nem fundamentalmente uma doença. Ele se origina de uma tentativa desesperada do ser humano de resolver um problema: o problema do sofrimento emocional, do estresse avassalador, da perda de conexões, da perda de controle, de um desconforto profundo consigo mesmo. Em resumo, é uma tentativa mal-fadada de solucionar o problema da dor humana. Todas as drogas – e todos os comportamentos viciantes, relacionados ou não a dependência química, como jogos de azar, sexo ou internet – acalmam diretamente a dor ou pelo menos nos distraem dela. Daí vem o meu mantra: *A primeira pergunta não deve ser “Por que o vício?”, mas “Por que o sofrimento?”*.

“Até os vícios mais prejudiciais têm uma função adaptativa vital para indivíduos deslocados”, escreve Bruce Alexander, meu amigo e colega de profissão, no seu influente trabalho *The Globalization of Addiction* [A globalização do vício]. “Só pessoas crônica e severamente deslocadas estão vulneráveis ao vício.” Nesse contexto, deslocação significa “uma falta persistente de integração psicossocial”. O que o Dr. Alexander chama de deslocação eu chamo de trauma.

“Problemas com drogas precisam ser encarados a partir de um contexto socioeconômico mais amplo; questões profundas de dependência podem estar significativamente associadas a desigualdade e exclusão social”, declarou a Comissão de Políticas sobre Drogas do Reino Unido em 2012. Na Grã-Bretanha, não é de surpreender que a epidemia do vício seja mais prevalente em lugares como Hull, cidade portuária onde a decadência da indústria pesqueira ajudou a gerar um dos níveis mais elevados de desemprego no Reino Unido. O *The New York Times* relatou o seguinte: “A nova onda veio do fentanil, um opioide analgésico que é 50 a 100 vezes mais poderoso que a morfina e geralmente misturado com heroína. A droga já matou milhares de americanos, inclusive os astros Prince e Tom Petty, porém seu risco letal pouco intimida os usuários em Kingston upon Hull, carinhosamente

chamada de Hull. Na verdade, muitos não querem saber de outra coisa. ‘Ela faz qualquer dor desaparecer’, diz Chris, de 32 anos, que vive em situação de rua em Hull e é viciado em heroína há mais de oito anos.”

“Pode ser difícil demais aceitar que todos os dias perdemos pessoas para mortes que poderiam ter sido evitadas”, reconhece a Dra. Henry. “Em contrapartida, fizemos muito progresso na conscientização da sociedade. O discurso público mudou bastante.” Também constatei isso durante minhas viagens pelo mundo. Acredito que este livro continuará contribuindo para essa mudança. Porém, apesar dos sinais animadores e das iniciativas de políticas públicas de saúde em âmbitos regional e federal no Canadá e em outras nações, ainda precisamos caminhar muito para chegar a um plano racional, baseado em evidências, compassivo e científico para tratar e prevenir o vício. A crise de overdoses nos coloca diante de um precipício. Na situação insustentável em que nos encontramos atualmente, podemos buscar alternativas ou cair no abismo de uma disfunção ainda maior, de um fracasso ainda mais trágico.

Num bem-vindo sinal de bom senso, os dois principais partidos políticos do Canadá – o Partido Liberal e o Novo Partido Democrático – anunciaram que cogitam descriminalizar a posse de drogas que hoje são ilícitas para uso pessoal. Isso já foi feito com grande sucesso em Portugal, o único país no mundo onde não é mais ilegal estar em posse de uma pequena quantidade de heroína ou cocaína para uso próprio, por exemplo. Em vez de serem trancafiadas em presídios, as pessoas são incentivadas a participar de programas de reabilitação. Em vez de serem socialmente marginalizadas, recebem ajuda.

Como resultado, o consumo de entorpecentes diminuiu em Portugal, assim como os níveis de criminalidade; já o número de pessoas em tratamento aumentou. O uso de substâncias injetáveis caiu pela metade. A política não causou efeitos negativos. A Noruega, inclusive, considera instaurar a mesma medida. “Encaro isso como a descriminalização dos usuários de drogas, não como a descriminalização das drogas”, explica a Dra. Henry. Dá para imaginar o progresso que faríamos se uma grande proporção dos recursos que hoje são despejados no sistema de encarceramento fosse voltada para prevenção, redução de danos e tratamentos? É esse o debate.

O problema é que podemos acabar nos virando na direção contrária, para mais aversão, desdém e hostilidade. O país mais rico e influente do mundo,

onde os níveis de vício já batem recordes mesmo com a aplicação de leis muito rigorosas – e em grande parte por causa delas –, ameaça seguir rumo a mais exclusão e a uma repressão mais violenta. Em março de 2018, o então presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, publicamente aprovou a pena de morte para traficantes de drogas. “Alguns países têm punições muito, muito firmes – a punição mais radical”, declarou ele. “E, por causa disso, eles têm bem menos problemas com drogas do que nós.” O jornal *USA Today* relatou: “No último mês de maio, Trump parabenizou o presidente filipino Rodrigo Duterte por fazer um ‘ótimo trabalho’ na luta contra as drogas. Duterte já se vangloriou de ter matado a tiro pelo menos três suspeitos de crimes. Grupos de direitos humanos e as Nações Unidas condenaram a campanha justiceira de Duterte, que já matou milhares de supostos traficantes e usuários de drogas.” Na época em que escrevo esta introdução, o homem que ocupa o maior cargo do Departamento de Justiça dos Estados Unidos, o procurador-geral Jeff Sessions, pede por policiamento mais rígido e punições mais severas, acreditando, apesar de todas as evidências que apontam o contrário, que crimes são consequência do uso de entorpecentes. Na verdade, crimes são uma consequência inevitável da *criminalização*, como demonstra de forma brilhante o escritor Johann Hari em *Na fissura: Uma história do fracasso no combate às drogas*. Nas palavras do jornalista colombiano Alonso Salazar, a guerra dos americanos “criou uma criminalidade e uma destruição da vida e da natureza sem precedentes”.

Neste livro, argumento que não existe uma “guerra contra as drogas”. Só podemos travar guerras contra seres humanos, não contra objetos inanimados. E os alvos dessa batalha são aqueles que foram mais negligenciados e oprimidos na infância, pois, de acordo com todos os dados científicos, com todos os dados epidemiológicos, com toda a experiência, são eles os mais propensos a sucumbir à dependência química no futuro. Em nossa era civilizada, punimos e marginalizamos pessoas por terem sofrido traumas.

É inevitável que os vícios sejam mais prevalentes e letais entre populações que historicamente sofreram diversos traumas e deslocamentos. Apenas semanas antes de eu escrever estes parágrafos, no começo de março de 2018, fui convidado a retornar à reserva da Nação Kainai, uma comunidade indígena perto de Lethbridge, Alberta, para dar uma palestra numa conferência sobre jovens. Segundo a médica local, a Dra. Esther Tailfeathers, a

comunidade havia passado por um momento de caos alguns dias antes, em 23 de fevereiro. Era dia do pagamento de pensões, o que significava que havia dinheiro circulando, e os traficantes aproveitaram a oportunidade para lucrar. (Neste caso, os traficantes eram em sua maioria jovens, incapazes de fugir da pobreza num lugar onde as taxas de desemprego chegam a quase 80% e onde a disponibilidade de moradia é tão precária que às vezes até três famílias, totalizando cerca de 20 pessoas, compartilham uma casa com um único banheiro.) Houve uma nevasca no fim daquela tarde, então os serviços de emergência tiveram dificuldade de circular e oferecer ajuda. O resultado: 19 overdoses e uma morte por esfaqueamento. Entre as pessoas que tiveram overdose, apenas duas morreram; uma tragédia que a comunidade certamente poderia considerar uma vitória, mesmo sendo uma vitória infeliz. Medidas para a redução de danos tinham sido tomadas com antecedência, como manter disponível para a população um estoque de naloxona, injeção que reverte overdoses de opioide.

A conferência havia sido organizada porque muitos membros jovens da reserva se tornam vítimas do vício ou exibem outras manifestações de trauma. Suicídios, automutilação, violência, ansiedade e depressão ocorrem em taxas elevadas nas comunidades de povos originários do Canadá, assim como em reservas indígenas nos Estados Unidos e em comunidades aborígenes na Austrália. O cidadão comum simplesmente nem desconfia e é incapaz de imaginar as desgraças, tragédias e outras adversidades que muitos jovens indígenas sofrem antes mesmo de chegarem à adolescência – quantas mortes de entes queridos testemunham, quantas violências sofrem, o desespero que sentem, a autodepreciação que os assola, as barreiras que encaram para ter uma vida livre e significativa.

Em todos os países com um legado colonial, as perguntas que devemos fazer são bem objetivas. Como sociedades podem curar os traumas multigeracionais que agravam a infelicidade de muitos povos originários? Que medidas podem ser tomadas para desfazer as dinâmicas ditadas pelo passado? Há quem se sinta frustrado por esses questionamentos, temendo o desconforto que acompanha a culpa. Na verdade, não é uma questão de culpa coletiva, mas de *responsabilidade* coletiva. Não se trata do passado, mas do presente. E é uma questão que abrange toda a população: enquanto pessoas entre nós permanecerem sofrendo, todos sofreremos.

“Seu livro humaniza quem sofre de dependência”, me disseram muitos

leitores. Esse reconhecimento reflete um equívoco básico e comum. Dependentes *são* humanos. E o que impede tantos de nós de entender isso é apenas nossa mente egocêntrica que divide o mundo entre “nós” e “eles”. Para ser mais exato, é nossa incapacidade – ou recusa – de enxergar o *nós* no “eles” e o *eles* naquilo que consideramos “nós”.

Essa falta de imaginação ocorre em todas as áreas, dos relacionamentos pessoais à política internacional. Em termos simples, ela mostra que nos apegamos à identidade como forma de pertencermos a um grupo. E, quando nos identificamos com um grupo cuja dimensão é menor do que o total da humanidade, precisa haver *outros* que, por definição, *não* pertencem ao mesmo grupo e a quem somos superiores, pelo menos segundo crenças inconscientes. Essa superioridade nos leva a acreditar que temos o direito de julgar com indiferença.

Prevenir e curar traumas é uma necessidade universal, irrestrita a classes sociais ou grupos étnicos específicos. Na verdade, quanto mais descubro sobre as tradições indígenas, mais acredito que fazemos um desserviço a nós mesmos quando desmerecemos culturas cujos ensinamentos e valores centrais ajudariam a curar nosso mundo se fossem devidamente considerados.

Apesar de controversos na época em que este livro foi originalmente publicado, o conceito e a prática da redução de danos hoje são amplamente aceitos em diversos países, embora não de forma perfeita. O Insite, então o único centro de injeção supervisionada de narcóticos na América do Norte, hoje é modelo para muitos estabelecimentos semelhantes, onde os clientes podem entrar com substâncias ilícitas sem medo de serem presos ou coagidos; onde recebem seringas novas e água estéril para injeção; e onde são reanimados pela equipe caso sofram uma overdose. Vários estudos demonstram a eficácia da redução de danos na prevenção de doenças, diminuindo os custos com assistência médica e salvando vidas. Nos dois anos em que passei escrevendo esse livro, trabalhei como médico no centro de desintoxicação associado ao Insite. O então primeiro-ministro Stephen Harper e seu governo estavam determinados a fechar a instituição, mas foram impedidos por uma decisão unânime da Suprema Corte. Os juízes determinaram que o Insite era um serviço médico essencial.

A redução de danos também avançou significativamente nos Estados Unidos e algumas cidades têm planos de abrir um centro de injeção supervisionada; extraoficialmente, esses lugares já funcionam. A ideia, como explica

a Dra. Henry, “é manter as pessoas vivas até conseguirmos construir um sistema que de fato ajude aquelas que sofrem com uso de substâncias, vício e questões de saúde mental. Como seu livro mostra, não temos um sistema capaz de prevenir que as pessoas se viciem nem de interferir na jornada delas e oferecer apoio durante as diferentes fases da recuperação, enquanto elas lidam com um transtorno mental, com um vício ou com ambos”.

Mas nenhum centro de redução de danos será eficiente enquanto o sistema continuar negando que a fonte dos problemas está nos traumas e na deslocação social, ou enquanto o foco principal dos centros de tratamento for mudar o comportamento de seres humanos viciados, em vez de curar o sofrimento que impulsiona esse comportamento.

Quarenta anos atrás, após quatro anos de curso, eu me formei em Medicina na Universidade da Colúmbia Britânica sem jamais ter ouvido qualquer menção a traumas psicológicos e seus impactos na saúde e no desenvolvimento humano. Algumas décadas depois, a Dra. Henry estudou Medicina na Universidade Dalhousie, no lado oposto do Canadá, e depois em San Diego e Toronto. Ela também não ouviu nem um pio sobre trauma em todos os seus anos de estudo. Por mais que isso surpreenda, o mesmo acontece com a maioria dos estudantes de Medicina até hoje, em qualquer lugar, apesar de todas as evidências que associam traumas a doenças mentais e físicas e ao vício. Como os médicos ajudarão as pessoas se não conhecerem a fonte dos problemas que seus pacientes enfrentam? Como o sistema poderá lidar com uma epidemia que não compreende?

Quando se trata de entender o vício, o grande problema é *não enxergar*. Nossos mecanismos de defesa não nos permitem perceber nosso sofrimento e as estratégias disfuncionais que usamos para escapar dele. Essa ausência de autorreconhecimento ergue uma barreira invisível entre a sociedade e os adictos, e, com muita frequência, entre profissionais de saúde e seus pacientes.

Por esse motivo, acredito que o capítulo mais complicado para alguns leitores seja aquele em que descrevo minha própria compulsão por compras e por trabalho – apenas duas das muitas formas que o vício pode assumir. Apesar de muitos acharem o trecho revelador, houve quem reagisse mal. Uma pessoa publicou no meu site: “O livro estava bom até o autor falar que gasta milhares de dólares com CDs. [...] Ali perdeu completamente a credibilidade.” Outra escreveu numa resenha: “Uma menção breve a essas

peculiaridades teria sido suficiente. [...] Maté é um médico sensato demais para equiparar suas compulsões com as dos dependentes químicos que trata. Mas ele não enfatiza a diferença entre essas compulsões, e isso, creio eu, é um desserviço às pessoas que estão de fato ameaçadas pelo vício.”

Apesar de, à primeira vista, parecer estranho equiparar vícios “leves” a compulsões por drogas letais, na última década tornou-se mais amplamente reconhecido que a adicção pode ter muitas facetas, indo desde dependência química até hábitos que parecem “respeitáveis”, todos afetando a saúde e a felicidade humana. Não existem vícios bons; nenhum deles é uma mera “peculiaridade”. Todos fazem mal; qualquer hábito que não cause mal, por definição, não é um vício. A minha compulsão específica por música clássica – ou melhor, por comprar CDs de música clássica – me fez desperdiçar tempo e dinheiro, mentir para minha esposa, ignorar meus filhos e descumprir minhas responsabilidades com meus pacientes. E o que ganhei com isso? A mesma dose de empolgação, emoção e motivação impulsionada por dopamina que os viciados em cocaína, sexo ou jogos de azar buscam como forma de alívio. Essa alteração temporária da química cerebral e do estado mental caracteriza todos os tipos de adicção, seja em drogas, comida ou automutilação: é a isso que o Dr. Van der Kolk se refere quando fala sobre tentativas de controlar o corpo e a mente. (A parte mais impressionante é que, quando ficam sabendo do meu descontrole consumista, meus pacientes dependentes de crack, cristal ou heroína balançam a cabeça e riem: “Ih, doutor, eu entendo. O senhor é igualzinho à gente.” A verdade é que todos somos “iguazinhos”).

O processo do vício é único e universal. Suas manifestações são variadas, das mais suaves às letais, porém todos os vícios usam os mesmos circuitos cerebrais de recompensa, motivação e alívio do sofrimento; eles impõem as mesmas dinâmicas psicológicas de vergonha e negação e os mesmos comportamentos de mentira e desonestidade. Em todos os casos, abalam a paz interior, prejudicam relacionamentos e comprometem a autoestima. No caso dos dependentes químicos, estejam eles sob domínio da nicotina, do álcool ou de drogas ilícitas, eles também colocam em risco a saúde física. Apenas com uma compreensão mais abrangente da adicção e o reconhecimento de suas origens – que não está na genética nem nas escolhas pessoais, mas no sofrimento humano – é que poderão surgir abordagens de tratamento que de fato ofereçam a cura.

“Temos um sistema de saúde mental muito fragmentado”, afirma a Dra. Henry, opinião com a qual, infelizmente, concordo. “Se a saúde mental é a irmã pobre do sistema de saúde, o vício provavelmente é o primo distante que mora na periferia.”

Para o tratamento, é necessária uma abordagem multifacetada que aceite as pessoas como são. Para aquelas que não estão prontas para a abstinência: redução de danos. Para as outras: programas de 12 passos, mas sem coerção legal ou moral. Como Michael Pond argumenta em seu livro *Wasted: An Alcoholic Therapist's Fight for Recovery in a Flawed Treatment System* [Alucinado: A luta de um terapeuta alcoólatra pela recuperação num sistema de tratamento falho]: “O desdém por dependentes químicos permeia nossa cultura.” Pond vivenciou esse desdém dentro dos Alcoólicos Anônimos e acredita que seja por isso que a abordagem dos 12 passos nunca tenha dado certo para ele, apesar do companheirismo, do apoio altruísta e da generosidade amorosa oferecidos por participantes da organização. O AA nunca teve a intenção de ser um tratamento, mas um estilo de vida para pessoas que buscam se libertar da dependência. Ninguém deveria ser obrigado a participar dele ou de qualquer outra modalidade de reabilitação.

Se programas de 12 passos não funcionam para todo mundo – apesar de toda a sua importância, eles ajudam apenas uma minoria –, o que funciona? Não existe uma resposta universal para o desafio do vício. Para muitos dependentes de opioides, tratamentos de substituição com fármacos como Suboxone salvam vidas (na Colúmbia Britânica, médicos receberam ampla liberdade para prescrever o medicamento, que oferece pouquíssimos riscos). Remédios podem ser benéficos para algumas pessoas adictas, e tipos diferentes de terapia podem funcionar para outras, mas nenhuma abordagem é garantia de sucesso. Cada adicto precisa ser tratado de acordo com sua situação específica em determinado momento.

A maioria dos médicos recebe pouco treinamento sobre essa questão, se é que recebe algum, apesar do preço devastador que o vício cobra da saúde física e mental, da longevidade, da produtividade e da vida familiar. Os poucos que são treinados são educados com uma perspectiva biológica muito limitada. Se me pedissem para elaborar um tratamento abrangente para a dependência química hoje – e para “vícios comportamentais”, como compulsão por sexo ou jogos de azar –, esse tratamento incluiria as seguintes diretrizes:

- Médicos, psicólogos, educadores, advogados, juízes e todos os agentes de segurança pública receberiam treinamento sobre abordagens para lidar com traumas.
- A naloxona (substância que reverte os efeitos causados por opioides) e outras medidas de redução de danos seriam amplamente disponibilizadas. Centros de redução de danos seriam abertos em todas as grandes comunidades. O tratamento de substituição de opioides seria prontamente oferecido a qualquer pessoa que precisasse.
- Centros de desintoxicação com redução de danos e acesso rápido seriam abertos em diversas comunidades.
- As instituições lidariam com fases diferentes do vício, de modo que as pessoas pudessem partir da desintoxicação e seguir rumo ao tratamento de traumas, à terapia extensiva e ao treinamento de habilidades pessoais e sociais.
- Os pacientes aprenderiam medidas de autocuidado, incluindo nutrição saudável e modalidades de exercícios físicos como yoga ou artes marciais, junto com práticas de atenção plena, como meditação.
- Não haveria mais uma falsa separação entre vício e questões de saúde mental – como vemos em muitas instituições e centros de tratamento. Esses dois fatores são inseparáveis: muitas vezes, o vício é uma forma de automedicar um transtorno mental. Ambos se originam do trauma e devem ser encarados juntos, ao mesmo tempo.
- Como o cérebro viciado é debilitado desde a infância, e como as drogas prejudicam ainda mais o cérebro, a reabilitação deve ser encarada como um esforço a longo prazo, mantido com paciência e conduzido com compaixão.
- Em vez de considerar o adicto um problema, famílias seriam incentivadas a reconhecer o vício como uma questão de trauma transgeracional e, portanto, como uma oportunidade de curar muitas pessoas, e não apenas uma.
- No quesito prevenção, famílias em situação de risco seriam identificadas desde sua formação e receberiam apoio emocional e financeiro, se necessário. A prevenção precisa começar na primeira consulta pré-natal.
- Professores e profissionais da educação receberiam treinamento para reconhecer os sinais de trauma em crianças, e escolas ofereceriam intervenções e programas terapêuticos para crianças e adolescentes em

situação de risco. Todos os profissionais que interagissem com crianças pequenas receberiam treinamento para compreender as necessidades envolvidas no seu desenvolvimento e na sua formação psicológica.

- Programas sociais seriam voltados para os jovens de modo a suprir suas necessidades de conexão, orientação e propósito.

Ganharíamos muito se respeitássemos a resiliência e os velhos ensinamentos daqueles que mais sofreram com traumas, deslocções e vícios: os povos originários. Seus valores sempre enfatizaram o coletivo em vez da individualidade egoísta, a reinserção do malfeitor na comunidade em vez da punição, a inclusão em vez da segregação e, acima de tudo, uma visão do ser humano que equilibra as necessidades físicas, mentais e espirituais. Quanto mais estudo as últimas pesquisas sobre o desenvolvimento humano, o cérebro, a saúde e as interconexões entre o indivíduo e o meio social, mais respeito as práticas tradicionais daqueles que colonizamos e cuja cultura tanto nos esforçamos para destruir. Eles não tinham vícios antes da colonização.

Desde a publicação original deste livro, também aprendi sobre métodos que curam vícios por meio de ervas e práticas xamanistas tradicionais da América do Sul e da África, como o chá ayahuasca e a planta iboga. Meu trabalho com esta última foi, inclusive, tema de um documentário exibido por todo o Canadá no programa *Nature of Things*, da CBC. Posteriormente, muito foi escrito sobre essas modalidades, e entro em mais detalhes sobre o assunto no meu livro *O mito do normal: Trauma, saúde e cura em um mundo doente*. Elas não são panaceias, mas seria tolice ignorá-las. Como escrevi num breve texto para o *The Globe and Mail*: “Uma compreensão holística fornece muitos ensinamentos sobre a sabedoria dos povos originários. Como todas as práticas indígenas baseadas em plantas em todo o mundo, o uso do ayahuasca vem de uma tradição em que mente e corpo são considerados inseparáveis. [...] Testemunhei pessoas que superaram a dependência química, a compulsão sexual e outros comportamentos nocivos. [...] No ambiente cerimonial apropriado, [...] a ayahuasca pode alcançar em poucas sessões algo que muitos anos de psicoterapia apenas sonham em fazer.”

Como já mencionei, meus encontros com pais enlutados – e foram muitos – sempre me emocionam. Uma vez que os vícios (seja em drogas, sexo,

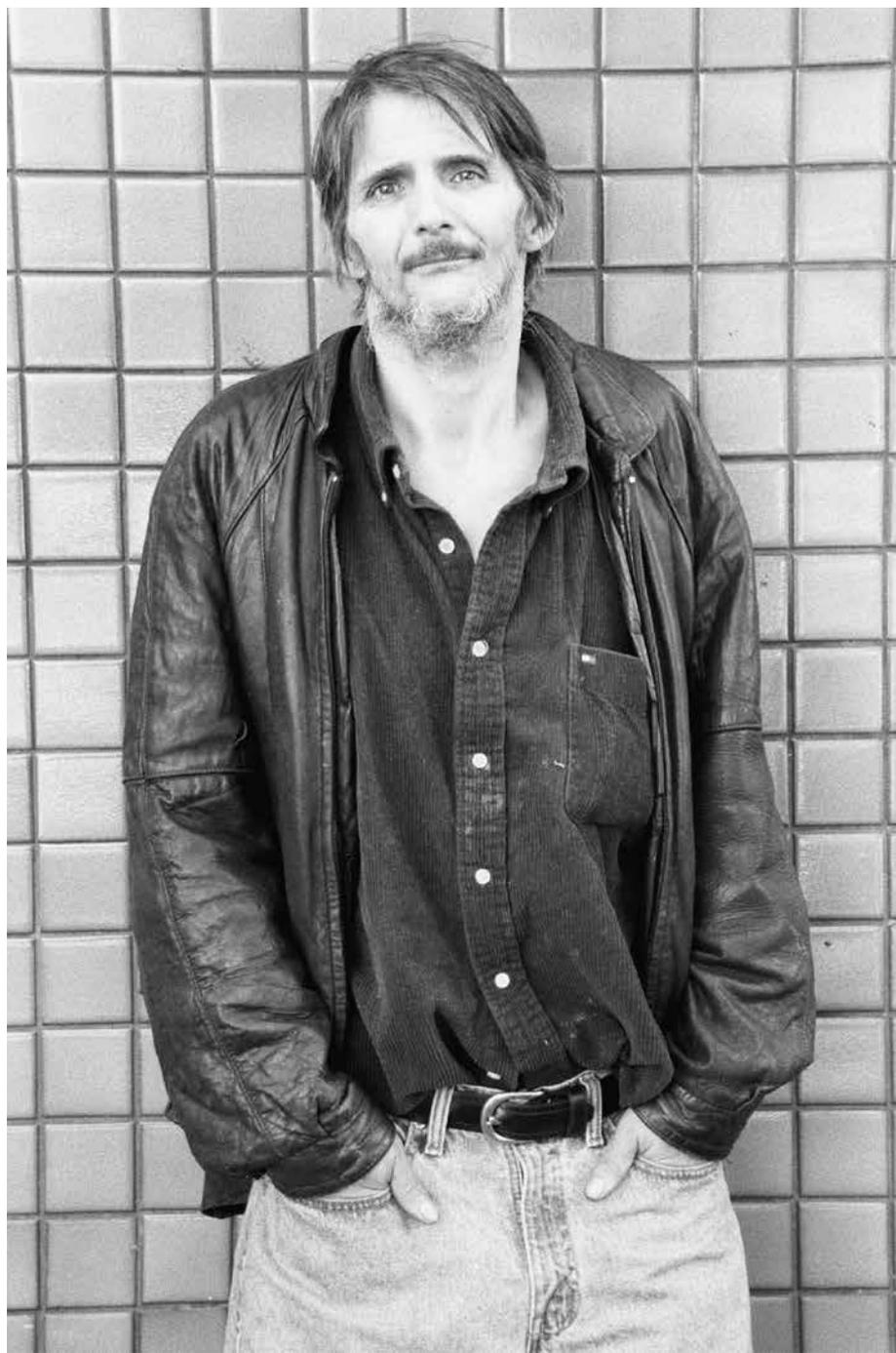
jogos de azar, comida ou qualquer outra coisa) muitas vezes têm origem na dor sofrida na infância, talvez seja inesperado observar que muitos pais que perderam filhos adultos para o vício tenham expressado reconhecimento e compreensão, em vez de se sentirem magoados, furiosos ou culpados. Este livro não pretende culpar ninguém, mas abraçar a humanidade atormentada e mostrar que o vício é uma das manifestações de tormento mais comuns e humanas. Aqui não há acusações, apenas a realidade básica de que o sofrimento é multigeracional e de que conviveremos inconscientemente com ele até que possamos compreendê-lo e quebrar o ciclo em cada família, comunidade e sociedade. Culpar os pais é cruel e não tem respaldo científico. Todos os pais fazem o melhor que podem; porém nosso melhor é limitado por nossos próprios traumas não resolvidos ou inconscientes. É isso que acabamos transmitindo para nossos filhos sem saber, como eu mesmo fiz. A boa notícia é que o trauma e a desconexão familiar podem ser amenizados. Nas condições certas, agora sabemos que o cérebro é capaz de se curar.

Acredito que esta obra continuará alcançando muitas pessoas e transmitindo sua mensagem de cura baseada em verdades emocionais, psicológicas, sociais e científicas. A verdade, como sabemos, traz liberdade mesmo quando incita a dor.

Vícios surgem do amor imperfeito, da nossa habilidade imperfeita de amar crianças como precisam ser amadas, da nossa habilidade imperfeita de amar a nós mesmos e uns aos outros como todos precisamos. O caminho para curar vícios é abrir o coração – com compaixão pelo sofrimento que carregamos dentro de nós e pela dor que nos cerca.

GABOR MATÉ  
Vancouver  
Abril de 2018

P.S.: Em Downtown Eastside, as tragédias e as histórias fascinantes continuam. “Serena”, cuja história é contada no Capítulo 4, morreu de um abscesso cerebral causado pelo HIV pouco após a publicação original deste livro. “Celia”, a grávida mencionada no Capítulo 6, milagrosamente reencontrou a filha que entregou para adoção três décadas atrás. Não é de surpreender que a filha – que originalmente leu o livro sem saber que a mãe biológica participava dele – também lute contra o vício. Ela mora em Ottawa e mantém contato regular comigo enquanto dá seus passos rumo à recuperação. Espero que ela consiga fugir do destino de sua mãe.



# Fantasma faminto: o reino do vício

*Aquele Cássio tem um olhar seco e faminto.*

WILLIAM SHAKESPEARE, *Júlio César*

O Samsara, a roda da vida budista, gira em torno de seis reinos. Cada um é habitado por personagens que representam aspectos da existência humana – nossas várias formas de existir. No reino animal, somos motivados por instintos e apetites básicos de sobrevivência, como a fome física e a sexualidade, aquilo que Freud chamava de id. Os habitantes do reino do inferno estão presos em estados insuportáveis de raiva e ansiedade. No reino divino, transcendemos nossos problemas e nosso ego por meio de experiências sensuais, estéticas ou religiosas, porém apenas temporariamente e ignorando a verdade espiritual. Até esse estado invejável é maculado por perda e sofrimento.

Os habitantes do reino dos fantasmas famintos são descritos como criaturas com pescoço fino, boca pequena, corpo esquelético e barriga grande, inchada e vazia. Esse é o domínio do vício, onde estamos o tempo todo buscando algo externo para suprir uma ânsia insaciável por alívio ou satisfação. O doloroso vazio é eterno, uma vez que tentamos preenchê-lo com substâncias, objetos ou comportamentos que não são aquilo de que realmente precisamos. Não sabemos quais são nossas verdadeiras necessidades e, enquanto

agirmos como fantasmas famintos, permaneceremos sem saber. Assombra-  
mos nossa vida por não estarmos completamente presentes nela.

Algumas pessoas passam boa parte da existência em um ou outro reino,  
mas grande parte se alterna entre eles, talvez passando por todos os seis ao  
longo de um único dia.

Meu trabalho clínico com os dependentes químicos de Downtown  
Eastside, em Vancouver, Canadá, foi uma oportunidade única de conhecer  
seres humanos que passam praticamente todo o tempo como fantasmas  
famintos. Creio que essa tenha sido a forma que encontraram de fugir do  
reino do inferno, marcado por medo, raiva e desespero. A ânsia dolorosa  
no coração dessas pessoas reflete um vazio que também pode ser sentido  
por quem tem uma vida aparentemente mais feliz. Aqueles que desmerece-  
mos como “drogados” não são criaturas de um mundo diferente; são apenas  
homens e mulheres presos num buraco em que todos nós podemos cair de  
vez em quando. Eu sou prova disso. “Você se esgueira pela vida com um  
olhar faminto”, me disseram certa vez. Depois de encarar as compulsões  
nocivas dos meus pacientes, tive que enfrentar as minhas.

Nenhuma sociedade é capaz de compreender a si mesma sem encarar  
seu lado sombrio. Acredito que o processo do vício seja único para todos e  
se manifeste de diferentes formas: na dependência de drogas letais que aco-  
mete meus pacientes em Downtown Eastside; na busca frenética por alívio  
que leva pessoas à compulsão alimentar ou ao vício em compras; nas obses-  
sões dos viciados em sexo, internet ou jogos de azar; ou no comportamento  
socialmente aceitável e até encorajado dos workaholics. Os dependentes  
químicos costumam ser rebaixados a seres que não merecem empatia ou  
respeito. Ao contar suas histórias, tenho dois objetivos: dar voz a eles e mos-  
trar as origens e a natureza de sua luta para acabar com o próprio sofrimento  
por meio do abuso de substâncias. Eles têm muito em comum com a socie-  
dade que os exclui. Mesmo que pareçam ter escolhido um caminho que não  
levará a nada, eles ainda têm muito a ensinar ao restante de nós. No espelho  
sombrio de suas vidas podemos vislumbrar reflexos das nossas.

Há muitas questões que merecem reflexão, entre elas:

- Quais são as causas do vício?
- Qual é o tipo de personalidade mais suscetível à dependência?
- O que acontece fisiologicamente no cérebro das pessoas viciadas?

- Até que ponto o vício é uma escolha?
- Por que a “guerra contra as drogas” é um fracasso e como poderíamos tratar os dependentes químicos de maneira humanizada e com base na ciência?
- Para além da dependência química mais pesada, como poderíamos curar os muitos vícios comportamentais alimentados por nossa cultura?

As passagens narrativas neste livro são baseadas na minha experiência como médico na periferia de Vancouver, onde o uso de drogas é mais prevalente, e em extensas entrevistas com meus pacientes – mais do que eu seria capaz de citar. Muitos deles se voluntariaram na generosa esperança de que suas histórias de vida eduquem a sociedade e ajudem outras pessoas na luta contra o vício. Também apresento informações, reflexões e observações extraídas de várias outras fontes, incluindo meus próprios padrões compulsivos. Por fim, incluo um resumo sobre o que podemos aprender com pesquisas sobre vício e desenvolvimento da personalidade e do cérebro humano.

Apesar de os capítulos finais apresentarem ideias e sugestões sobre como curar a mente viciada, este livro não é um receituário médico. Só posso afirmar aquilo que aprendi como pessoa e descrever o que vi e compreendi como médico. Nem todas as histórias têm um final feliz, porém as descobertas da ciência, os ensinamentos do coração e as revelações da alma nos asseguram que todo ser humano é capaz de redenção. Enquanto houver vida haverá a possibilidade de renovação. A pergunta que fica é como facilitar essa renovação para outras pessoas e para nós mesmos.

Dedico este trabalho a todos os fantasmas famintos que cruzaram meu caminho, estejam eles nas ruas, nos presídios... ou no conforto de casa, abençoados com uma família, um emprego e uma carreira de sucesso. Espero que todos nós encontremos paz.



PARTE UM

O TREM RUMO  
AO INFERNO

*O que de fato me tornou um comedor de ópio?  
A tristeza, a pura desolação, a escuridão incansável.*

THOMAS DE QUINCEY, *Confissões de um comedor de ópio*

# 1

## O único lar que ele já teve

Quando atravesso o portão de ferro rumo ao dia ensolarado, me sinto num filme de Fellini. Vejo uma cena familiar e ao mesmo tempo absurda, saída de um sonho porém autêntica.

Na calçada da Hastings Street, Eva, que já tem mais de 30 anos apesar de ainda parecer uma criança desamparada, sapateia com seu cabelo escuro e sua pele morena num flamenco bizarro impulsionado pelas drogas. Reme-xendo o quadril, curvando o corpo e sacudindo os braços no ar, ela gira os pés numa pirueta desajeitada mas coordenada. O tempo todo, seus grandes olhos escuros me acompanham.

Em Downtown Eastside, esse tipo de balé improvisado motivado pelo crack é conhecido como “a dança da Hastings” e é uma visão corriqueira. Certo dia, durante minha ronda profissional pelo bairro, vi uma mulher dançando acima dos carros que passavam na rua. Ela se equilibrava numa estreita placa de neon pendurada no segundo andar de um prédio. Uma multidão havia se reunido para assistir, inclusive dependentes químicos, que pareciam mais entretidos que preocupados. A bailarina rodopiava, os braços esticados como os de uma equilibrista, às vezes se agachando e dando chutes no ar. Antes que a escada dos bombeiros pudesse alcançar o palco improvisado, a acrobata alucinada pulou a janela de volta para dentro do apartamento.

Agora, Eva abre caminho por seus companheiros, que se aglomeram ao meu redor. Às vezes desaparece atrás de Randall – um homem sério, robusto, cadeirante, cujos padrões de pensamento pouco ortodoxos não escondem uma inteligência profunda. Ele recita uma ode peculiar à sua indispensável carruagem motorizada:

– Não é incrível, doutor? O canhão de Napoleão foi puxado por cavalos e bois na lama e na neve russa. E agora tenho isto! – Com um sorriso inocente e uma expressão sincera, Randall recita uma série repetitiva de fatos, dados históricos, memórias, interpretações, associações aleatórias, imaginações e paranoia que quase parecem lúcidos. Quase. – Foi o Código Napoleônico, doutor, que alterou os meios de transporte para o pessoal do baixo escalão. Foi naquela época, sabe, em que ainda pensavam sobre essas coisas tediosas e agradáveis.

Esticando a cabeça por trás do ombro esquerdo de Randall, Eva brinca de esconde-esconde.

Ao lado de Randall está Arlene, com as mãos na cintura e um olhar crítico estampado no rosto, usando short jeans e blusa minúsculos – um sinal, por estas bandas, de uma forma de ganhar dinheiro para as drogas e, com frequência, de ter sido explorada no começo da vida por homens predadores. Falando ao mesmo tempo que Randall, ela reclama:

– O senhor não devia ter diminuído meus remédios.

Os braços de Arlene exibem dezenas de cicatrizes horizontais paralelas, como trilhos de trem. As mais antigas são brancas, e as mais recentes, vermelhas; cada uma é um lembrete de um corte de navalha infligido por ela mesma. A dor da automutilação alivia, mesmo que por um instante, a dor de um sofrimento mental mais profundo. Um dos medicamentos de Arlene controla essa compulsão, e ela sempre fica com medo de eu estar reduzindo sua dose. Mas nunca faço isso.

Perto de nós, na sombra do Portland Hotel, dois policiais seguram Jenkins algemado. Jenkins, um indígena magricela, com longos cabelos pretos e despenteados, permanece calado e obediente enquanto um dos policiais esvazia seus bolsos. Ele arqueia as costas contra a parede, sem exhibir qualquer sinal de revolta no rosto.

– Deviam deixá-lo em paz – opina Arlene, erguendo a voz. – O cara não vende. Vivem atrás dele e nunca encontram nada.

Pelo menos em plena luz do dia na Hastings Street, os policiais fazem a

revista com uma educação exemplar – de acordo com meus pacientes, essa não é a prática mais comum. Após alguns minutos, Jenkins é liberado e entra no hotel a passos largos, ainda em silêncio.

Enquanto isso, no intervalo de poucos minutos, nosso poeta do absurdo declama a história da Europa desde a Guerra dos Cem Anos até a da Bósnia e dá seu parecer sobre as religiões, de Moisés a Maomé.

– Doutor – continua Randall –, a Primeira Guerra Mundial deveria ter acabado com todas as guerras. Então por que ainda temos a guerra contra o câncer e a guerra contra as drogas? Os alemães tinham uma arma chamada Grande Bertha, que falava com os Aliados, mas não numa linguagem que agradasse os franceses e os ingleses. As armas têm má fama... má *fama*, doutor, mas elas levam a história adiante, se é que podemos dizer que a história se move para algum lugar. O senhor acha que a história se move, doutor?

Apoiado em suas muletas, o barrigudo, pernetado e sorridente Matthew, careca e sempre jovial, interrompe o discurso de Randall.

– O coitado do Dr. Maté quer ir para casa – diz ele no seu tom característico, sarcástico e docemente sincero.

Matthew sorri para nós como se estivesse zombando de todo mundo. A sequência de piercings de argola em sua orelha esquerda brilha sob a luz dourada do sol de fim de tarde.

Eva se empina atrás das costas de Randall. Eu me viro para o outro lado. Já assisti a teatro de rua suficiente por um dia e agora quero fugir. O médico paciente cansou de ser paciente.

Estamos reunidos – eu e esses personagens fellinianos (talvez eu mesmo um deles) – diante do Portland Hotel, onde eles moram e eu trabalho. Minha clínica fica no primeiro andar do prédio de cimento e vidro projetado pelo arquiteto canadense Arthur Erickson, uma estrutura espaçosa, moderna e utilitária. É um lugar impressionante, que supre bem as necessidades de seus moradores, substituindo o estabelecimento antes luxuoso da esquina, construído na virada do século passado, que foi o primeiro Portland Hotel. O prédio antigo, com suas balaustradas de madeira, escadas largas e sinuosas, sacadas antiquadas e janelas salientes, tinha uma personalidade e um passado que faltam à nova fortaleza. Apesar de eu sentir falta de sua aura de Velho Mundo, do clima de riqueza perdida e decadência, dos peitoris de janela escuros e cheios de bolhas, cobertos pela lembrança da elegância, duvido que os residentes sintam saudade dos quartos apertados, do enca-

namento corroído e dos exércitos de baratas. Em 1994, houve um incêndio no telhado do velho hotel. Um jornal local publicou a história, estampando nela a foto de uma residente e seu gato. A manchete proclamava: “Policial herói salva gatinho”. Alguém ligou para o Portland para reclamar que animais não deveriam viver naquelas condições.

A Portland Hotel Society (PHS), organização sem fins lucrativos para a qual trabalho como médico, transformou o prédio em abrigo para pessoas em situação de rua. Em geral, meus pacientes são dependentes químicos, apesar de alguns, como Randall, terem um desequilíbrio tão profundo na química cerebral que permanecem desconectados da realidade mesmo sem usar drogas. Muitos, como Arlene, sofrem tanto de transtornos mentais quanto de vício. A PHS administra vários centros parecidos num raio de poucos quarteirões: os hotéis Stanley, Washington, Regal e Sunrise. Trabalho em todos eles.

O novo Portland fica em frente à loja de departamento Army & Navy, onde meus pais, como novos imigrantes no fim da década de 1950, compravam a maioria de nossas roupas. Na época, a Army & Navy era uma das lojas preferidas da classe trabalhadora – e de jovens de classe média em busca de casacos militares ou jaquetas de marinheiro que estivessem na moda. As calçadas eram ocupadas por universitários em busca de diversão, que se misturavam a alcoólatras, ladrões, consumidores e religiosos que iam pregar pelas ruas nas noites de sexta-feira.

Isso tudo mudou. As pessoas pararam de frequentar a região há muitos anos. Hoje, essas ruas e vielas são o centro da capital das drogas do Canadá. A um quarteirão de distância ficava a abandonada loja de departamento Woodward, com seu “W” gigantesco e iluminado, um velho ponto de referência de Vancouver. Por um tempo o prédio foi ocupado por ativistas sem-teto e antipobreza, mas acabou sendo demolido; o local foi transformado numa mistura de apartamentos chiques e habitações populares. Com as Olimpíadas de Inverno acontecendo em Vancouver em 2010, a tendência era que a região se tornasse gentrificada. Naquela época, o processo já tinha começado. Havia um medo de que os políticos, ansiosos por impressionar o mundo, tentassem remover dali a população viciada.

Eva cruza os braços atrás das costas e se inclina para a frente, analisando

a própria sombra na calçada. Matthew ri de sua postura de yoga cracuda. Randall continua tagarelando. Observo o trânsito da hora do rush, ansioso. Finalmente, o resgate chega. Meu filho Daniel estaciona o carro e abre a porta.

– Tem dias que não acredito na minha vida – digo a ele, me acomodando no banco do passageiro.

– Eu também – concorda ele. – Às vezes as coisas ficam intensas demais por aqui.

E, assim, vamos embora. No espelho retrovisor, a figura cada vez menor de Eva gesticula, as pernas abertas, a cabeça inclinada.

O Portland e os outros prédios da Portland Hotel Society representam um modelo pioneiro de assistência social. O objetivo da PHS é oferecer um ambiente seguro e atencioso para a população marginalizada e estigmatizada – aqueles que chamamos de “os humilhados e ofendidos”, parafraseando Dostoiévski. A PHS tenta resgatar essas pessoas daquilo que um poeta local chamou de “as ruas do desvio e os prédios da exclusão”.

“As pessoas só precisam de um espaço para existir”, afirma Liz Evans, que já trabalhou como enfermeira de saúde coletiva e cujas origens na alta sociedade poderiam parecer incompatíveis com seu papel de fundadora e então diretora da PHS. “Elas precisam de um lugar onde possam viver sem ser julgadas e importunadas. Essas são as pessoas que costumam ser encaradas como problemas, que levam a culpa por crimes e questões sociais... e que são vistas como perda de tempo e energia. Elas são julgadas de maneira implacável até por pessoas que fazem da compaixão sua carreira.”

Tendo começado bem pequena, em 1991, a Portland Hotel Society cresceu tanto que ajudou a criar um banco comunitário, uma galeria de arte para artistas em Downtown Eastside, o primeiro centro de injeção supervisionada da América do Norte, uma ala hospitalar comunitária – onde infecções em tecidos profundos são tratadas com antibióticos intravenosos –, uma clínica odontológica gratuita e a Portland Clinic, onde eu trabalhava. O principal lema da PHS é oferecer abrigo para pessoas que, caso contrário, estariam em situação de rua.

As estatísticas são desoladoras. Uma análise feita pouco após a abertura do Portland revelou que 75% dos residentes já haviam tido cinco endereços no ano anterior e 90% foram acusados ou condenados por crimes, muitos

com reincidência, geralmente pequenos furtos. Naquela época, 36% eram soropositivos ou tinham aids e a maioria era viciada em álcool e outras substâncias – desde enxaguante bucal até heroína. Mais de metade havia sido diagnosticada com algum transtorno mental. A proporção de indígenas entre os residentes do Portland era cinco vezes maior que na população geral.

Para Liz e os outros que conceberam a PHS, era sempre frustrante observar as pessoas passando de uma crise a outra sem receber qualquer tipo de apoio regular. “O sistema abandonou essas pessoas”, diz ela, “então tentamos usar os hotéis como uma base para outros serviços e programas. Foram necessários oito anos de angariação de fundos, quatro secretarias regionais e quatro instituições particulares para tornar o novo Portland uma realidade. Hoje, as pessoas finalmente têm o próprio banheiro e um lugar decente para lavar suas roupas e comer.”

O modelo da PHS é único e controverso entre os serviços para dependentes químicos, porque sua principal intenção é aceitar as pessoas do jeito que elas são – por mais disfuncionais, atormentadas e problemáticas que sejam. Nossos clientes não são os “pobres do bem”; eles simplesmente são pobres – indignos na visão deles mesmos e da sociedade. No Portland Hotel não existe a fantasia de redenção nem qualquer expectativa de resultados socialmente respeitáveis; existe apenas um reconhecimento prático das verdadeiras necessidades de seres humanos reais, que vivem um presente sombrio, atormentados por um passado trágico. Só podemos torcer (e torcemos) para que se libertem dos demônios que os assombram, e nos esforçamos para incentivá-los a seguir por esse caminho, mas não temos a pretensão de forçar esse exorcismo psicológico em ninguém. A verdade desconfortável é que a maioria de nossos clientes permanecerá viciada, em confronto com as leis atuais. Kerstin Stuerzbecher, que já foi enfermeira e tem dois diplomas em Artes Liberais, era outra diretora da Portland Society na época. “Não temos todas as respostas”, explica ela, “e não necessariamente oferecemos os cuidados de que as pessoas precisam para fazer mudanças drásticas na própria vida. No fim das contas, nunca cabe a nós – apenas a elas.”

Os residentes recebiam a assistência que os recursos restritos do Portland permitiam. A equipe de apoio domiciliar limpava os quartos e ajudava os moradores mais debilitados a fazer a higiene pessoal. A comida era preparada e distribuída. Sempre que possível, os pacientes eram levados

para consultas e exames médicos. Metadona, medicamentos psiquiátricos e remédios para HIV eram distribuídos pela equipe. Em intervalos de alguns meses, um laboratório ia ao Portland para fazer exames de HIV e hepatite, além de hemogramas de rotina. Havia um grupo de escrita e poesia e um grupo de artes – uma manta estampada com os desenhos dos residentes decorava a parede do meu consultório. Havia sessões de acupuntura, um salão de beleza, noites de cinema e, quando o dinheiro permitia, uma viagem de acampamento anual. Meu filho Daniel, que trabalhava no Portland esporadicamente, organizava um grupo de música com encontros mensais.

“Alguns anos atrás, tínhamos uma noite de talentos no Portland”, diz Kerstin, “com os grupos de artes e de escrita. Tínhamos também um show de cabaré. Pendurávamos as artes nas paredes e as pessoas liam seus poemas. Uma vez um residente de longa data foi até o microfone e disse que não tinha um poema para recitar nem outra obra de arte... mas queria dizer que o Portland era seu primeiro e único lar e que ele era muito grato por fazer parte daquela comunidade. Disse que se sentia orgulhoso e queria que os pais pudessem vê-lo naquele momento.”

“Seu primeiro e único lar” – palavras que resumem a história de muitas pessoas em Downtown Eastside, bairro de “uma das melhores cidades do mundo em qualidade de vida”.\*

Meu trabalho pode ser intensamente satisfatório ou profundamente frustrante, dependendo do meu estado de espírito. Muitas vezes deparo com a teimosia de pessoas que valorizam menos a própria saúde e o próprio bem-estar do que necessidades imediatas impulsionadas pelas drogas. Também preciso confrontar minha aversão a elas. Por mais que eu queira aceitá-las, pelo menos em princípio, há dias em que me pego cheio de críticas e julgamentos, rejeitando-as e querendo que elas fossem diferentes. Essa contradição vem de mim, não dos meus pacientes. É um problema meu – embora a óbvia discrepância de privilégios torne muito mais fácil jogar a culpa em cima deles.

Os vícios dos meus pacientes fazem com que todo tratamento médico

---

\* É assim que Vancouver costuma ser descrita pela imprensa internacional, como no *The New York Times* de 8 de julho de 2007.

seja um desafio. Em que outro lugar encontraríamos pessoas tão debilitadas mas tão resistentes ao tratamento e ao autocuidado? Em certas ocasiões, é preciso literalmente arrastá-los até o hospital. É o caso de Kai, que tem uma infecção no quadril que pode deixá-lo paralisado para sempre, e de Hobo, cuja osteomielite no esterno pode alcançar seus pulmões. Os dois estão tão focados na próxima dose de cocaína, heroína ou “cristal” (metanfetamina) que a própria saúde fica em segundo plano. Muitos também têm medo de figuras de autoridade e não confiam nas instituições, por motivos compreensíveis.

“Uso drogas para não ter os sentimentos de merda que tenho quando não me drogo”, me explicou certa vez Nick, um viciado em heroína e cristal de 40 anos, chorando ao falar. “Sem as drogas, fico deprimido.” Seu pai inculcava nos filhos gêmeos a ideia de que eles “não valiam nada”. O irmão de Nick cometeu suicídio na adolescência; Nick passou a vida toda entregue ao vício.

O reino do inferno das emoções dolorosas causa medo na maioria de nós; os dependentes químicos acreditam que as drogas evitam que fiquem presos nesse inferno para sempre. Mas a ânsia de fuga cobra um preço altíssimo.

Os corredores de cimento e o elevador do Portland Hotel são lavados com frequência, até várias vezes ao dia. Marcados por cicatrizes de seringas, alguns residentes têm feridas crônicas com secreção. O sangue também escorre de machucados e cortes infligidos por colegas de vício ou de arranhões que os pacientes fazem em si mesmos durante surtos de paranoia induzida por cocaína. Um homem se cutuca sem parar para espantar insetos imaginários.

Não que falem infestações *reais* em Downtown Eastside. Roedores se multiplicam entre as paredes do hotel e nas vielas cheias de lixo atrás do prédio. Insetos habitam a cama, as roupas e o corpo de muitos dos meus pacientes – percevejos, piolho, sarna. De vez em quando, baratas caem de saias e calças balançadas na minha sala e correm para se esconder embaixo da minha mesa. “Gosto de ter uns ratos por perto”, me disse um rapaz certa vez. “Eles comem as baratas e os percevejos. Mas ter um ninho inteiro deles no meu colchão já é demais.”

Insetos, furúnculos, sangue e morte: as pragas do Egito.

Em Downtown Eastside, o anjo da morte ceifa vidas com um entusiasmo chocante. Marcia, uma viciada em heroína de 35 anos, havia se mudado de sua residência na PHS e estava morando num prédio a meio quarteirão de distância. Certa manhã, recebi um telefonema desesperado sobre uma possível overdose. Encontrei Marcia na cama, os olhos arregalados, deitada de costas e já em *rigor mortis*. Seus braços estavam estendidos, com as palmas para cima num gesto de protesto alarmado, como se dissesse: “Não, você veio me levar cedo demais, cedo demais!” Seringas plásticas racharam sob meus pés quando me aproximei. As pupilas dilatadas de Marcia e algumas outras pistas físicas contavam a história: ela não havia morrido de heroína, mas de abstinência. Permaneci ao lado da cama por alguns instantes, tentando enxergar no cadáver o ser humano charmoso, ainda que sempre distraído, que eu havia conhecido. Quando me virei para ir embora, sirenes lá fora anunciavam a chegada da ambulância.

Marcia havia ido ao meu consultório na semana anterior, toda animada, para pedir ajuda com alguns formulários médicos que precisava preencher para voltar a receber auxílio do governo. Era a primeira vez que eu a via em seis meses. Segundo ela me explicara num tom impassível, esse período havia sido dedicado a ajudar seu namorado, Kyle, a gastar uma herança de 130 mil dólares – com a ajuda abnegada de muitos outros amigos e aproveitadores. Mesmo com tamanha popularidade, ela estava sozinha ao encontrar a morte.

Outra fatalidade foi Frank, um viciado em heroína recluso que só nos deixava entrar em seus aposentos apertados no Regal Hotel com muita má vontade e apenas quando estava extremamente doente. “Me recuso a morrer num hospital”, declarou após ver o anjo da morte da aids bater à sua porta. Frank não aceitava argumentos sobre esse nem qualquer outro assunto. Faleceu em 2002 numa cama desmazelada, mas pelo menos era a *sua* cama.

Frank tinha uma alma gentil, perceptível mesmo sob toda a sua grosseria. Apesar de nunca ter conversado comigo sobre suas experiências de vida, ele ofereceu um resumo em “O trem rumo ao inferno no centro da cidade”, poema que escreveu alguns meses antes de morrer. É um réquiem para si mesmo e para as dezenas de mulheres – usuárias de drogas, profissionais do sexo – supostamente assassinadas na infame fazenda de criação de porcos da família Pickton, nas redondezas de Vancouver.

*Nas ruas do centro da cidade fui buscar  
Um alívio para minha dor milenar  
Porém tudo que consegui achar  
Foi uma passagem só de ida no trem rumo ao inferno*

*Em uma fazenda nas proximidades  
Muitas amigas sofreram atrocidades  
Que suas almas encontrem acalento eterno  
Que chegue ao fim sua jornada no trem rumo ao inferno*

*Quero paz antes de morrer  
Os trilhos já estão prontos para me levar  
Todos vivemos em nosso martírio particular  
Apenas mais passageiros no trem rumo ao inferno*

*O trem rumo ao inferno  
O trem rumo ao inferno  
Uma passagem só de ida no trem rumo ao inferno*

Por já ter trabalhado com medicina paliativa, cuidando de doentes terminais, deparei muito com a morte. Na verdade, a medicina do vício também é um trabalho paliativo. Não pretendemos curar ninguém, apenas atenuar os efeitos da dependência química e seus males associados, além de amenizar o impacto dos tormentos legais e sociais que nossa cultura usa para punir o viciado. Com exceção dos raros sortudos que conseguem escapar da colônia de drogas em Downtown Eastside, pouquíssimos dos meus pacientes chegam à velhice. A maioria morre por alguma complicação do HIV ou por hepatite C, meningite ou septicemia contraída após uso prolongado de cocaína injetável. Alguns sucumbem ao câncer relativamente jovens, pois seu sistema imunitário estressado e debilitado é incapaz de evitar a malignidade. Foi assim que Stevie morreu, de câncer no fígado, o semblante sempre doce ocultado por uma forte icterícia. Outros morrem acidentalmente de overdose, como Angel, no Sunrise Hotel, ou Trevor, um andar acima, que sempre sorria como se nada o abalasse.

Num fim de tarde escuro de fevereiro, Leona, uma paciente que morava num hotel próximo, acordou e encontrou o filho de 18 anos, Joey, sem vida e

rígido na cama. Ela o tirara da rua e o vigiava para não deixar que ele se mutilasse. No meio da manhã, após passar a noite em vigília, ela caiu no sono; à tarde, ele teve uma overdose. “Quando acordei”, recordou ela, “Joey estava deitado imóvel. Ninguém precisou me contar. A ambulância e os bombeiros vieram, mas não havia nada que pudessem fazer. Meu bebê tinha morrido.” A tristeza dela era abissal; seu sentimento de culpa, insondável.

Uma constante na Portland Clinic é a dor. No Canadá, as faculdades de Medicina ensinam os três sinais de inflamação em latim: *calor, rubor, dolor*. A pele, os membros e os órgãos dos meus pacientes com frequência inflamam, e pelo menos meus tratamentos para isso conseguem ser temporariamente adequados. Mas como aliviar almas inflamadas pelo intenso tormento imposto por experiências infantis extremamente sórdidas e, mais tarde, numa reprodução mecânica, pelos próprios sofredores? É difícil oferecer conforto a eles quando suas dores são intensificadas todos os dias pelo ostracismo social – por aquilo que o acadêmico e escritor Elliott Leyton descreveu como “os preconceitos nítidos, racistas, machistas e ‘classistas’ entranhados na sociedade canadense: um desdém institucionalizado pelos pobres, por profissionais do sexo, por viciados em drogas e alcoólatras, por povos originários”.<sup>1</sup> O sofrimento em Downtown Eastside se estica com as mãos que imploram por dinheiro para comprar drogas. Ele encara por olhos frios e duros, ou que fitam o chão em submissão e vergonha. Ele fala em tons lisonjeiros ou grita com agressividade. Por trás de cada olhar, de cada palavra, de cada ato violento ou gesto desiludido há uma história de angústia e degradação, um conto escrito pelos próprios protagonistas, com capítulos novos todos os dias, raramente arrematados com um final feliz.

Enquanto Daniel me leva para casa, escutamos a rádio CBC no carro, que toca sua miscelânea vespertina e extravagante de conversas descontraídas, clássicos e jazz. Aturdido pela desarmonia entre o clima urbano da rádio e o mundo que acabei de deixar, penso na minha primeira paciente do dia.

Madeleine está sentada curvada, os cotovelos apoiados nas coxas, seu corpo magricela rijo, convulsionando com as lágrimas. Ela segura a cabeça com as duas mãos, às vezes fechando os punhos e batendo nas têmporas a intervalos ritmados. O cabelo castanho e liso cobre seus olhos e suas bochechas. O lábio inferior está inchado e machucado, e o sangue escorre

de um pequeno corte. Sua voz grave como a de um menino está rouca de raiva e tristeza.

– Me ferraram de novo – choraminga. – Sou uma idiota mesmo. Sempre caio na lãbia de todo mundo. Como é que percebem que sou um alvo fácil?

Ela tosse enquanto as lágrimas escorrem por sua face. Parece uma criança contando sua história, pedindo compaixão, implorando ajuda.

A história que ela conta é só mais uma sobre um tema bastante comum em Downtown Eastside: dependentes químicos tirando proveito uns dos outros. Três conhecidas de Madeleine haviam lhe dado uma nota de 100 dólares. Pediram a ela que comprasse 12 pedras de crack de um tal de “Spic”. Ela ganharia uma, enquanto as mulheres ficariam com outras e revenderiam o restante. “A polícia não pode ver a gente comprando essa quantidade toda”, lhe explicaram. Madeleine então comprou as pedras e, 10 minutos depois, foi perseguida.

– O grandalhão do Spic veio atrás de mim, me agarrou pelo cabelo, me jogou no chão e me deu um soco na cara – continuou ela. – A nota de 100 era falsa. Elas armaram para cima de mim. Somos amigas, nem desconfiei de nada.

Meus clientes mencionam Spic com frequência, porém ele é quase uma figura mítica, da qual só ouço falar. Nas esquinas perto do Portland Hotel, jovens imigrantes da América Central se reúnem, os olhos cobertos pela aba de bonés pretos. Conforme passo por eles, sou chamado por sussurros, mesmo carregando no pescoço o estetoscópio que me entrega como médico: “brilho, pico” ou “pedra boa” (brilho e pico são gírias para cocaína e heroína; pedra é cocaína solidificada como crack). “Ei, fica quieto! Esse aí é o médico”, sibila alguém de vez em quando. Talvez Spic esteja nesse grupo, ou talvez seja um apelido que se refere a todos eles.

Não sei quem é Spic nem o caminho que o levou ao bairro mais miserável de Vancouver, onde ele vende cocaína e agride mulheres vulneráveis que roubam, traficam, enganam ou se prostituem para pagá-lo. Onde ele nasceu? Que guerra, que privação forçou seus pais a saírem de sua região pobre ou de seu vilarejo nas montanhas para buscar uma vida tão ao norte do Equador? A miséria em Honduras, os paramilitares na Guatemala, as milícias em El Salvador? Como ele se tornou Spic, o vilão de uma história contada em meu consultório por uma mulher magérrima, nervosa, que,

engasgando com as lágrimas, explica seus hematomas e pede que eu compreenda por que ela faltou à sua última consulta para tomar metadona.

– Faz sete dias que não tomo o suco – diz Madeleine. (“Suco” é como meus pacientes chamam a metadona, medicamento usado para controle do vício em opioides: o pó é dissolvido em Tang sabor laranja.) – E não vou pedir ajuda para ninguém na rua, porque quem pede ajuda fica devendo até a alma. Mesmo que eu retribua o favor, ainda vão achar que devo alguma coisa. “Olha ali a Maddie. Ela vai fazer qualquer coisa que a gente pedir.” Todo mundo sabe que eu não arrumo briga. Porque, se algum dia eu brigar, vou acabar matando uma dessas escrotas. Não quero passar o resto da vida na cadeia por causa de uma vagabunda qualquer. É isso que vai acabar acontecendo. Não sou de ferro.

Entrego a ela a receita de metadona e a convido para conversar depois que voltar da farmácia. Ela aceita o convite, mas sei que não a verei de novo hoje. Como sempre, a necessidade da próxima dose vem em primeiro lugar.

Recebo outra visita nessa manhã: Stan, um indígena de 45 anos recém-saído da prisão, que também veio buscar sua receita de metadona. Nos 18 meses de encarceramento, ele ganhou peso, o que amenizou o ar ameaçador do seu corpo alto e musculoso, com olhos escuros brilhantes, cabelo preto e comprido e bigode ferradura. Ou talvez ele tenha amolecido, já que passou esse tempo todo sem usar cocaína. Pela janela, espia a calçada onde seus companheiros de vício estão reunidos, inquietos, gesticulando muito e dando passos erráticos diante da Army & Navy.

– Olha só esse pessoal – diz Stan. – Estão presos aqui. A vida deles é só daqui até a Victory Square, de um lado, e a Fraser Street, de outro. Eles nunca vão além disso. Sabe, doutor, quero ir embora. Não quero mais perder meu tempo aqui. Se bem que... Olha só para mim, não tenho nem meias. – Stan aponta para seus tênis de corrida gastos e para a calça vermelha de algodão com o elástico apertado alguns centímetros acima dos tornozelos. – Quando eu entro no ônibus com esta roupa, as pessoas sabem. Elas se afastam de mim. Algumas me encaram, mas a maioria nem me olha. Sabe como me sinto? Como se fosse um alienígena. Não me sinto bem fora daqui. Dá para entender por que ninguém vai embora.

Dez dias depois, quando retorna para buscar outra receita de metadona, Stan continua em situação de rua. É um dia de março em Vancouver: cinza, úmido e frio demais.

– É melhor eu nem contar para o senhor onde dormi ontem à noite – diz ele.

Para muitos dos viciados crônicos de Vancouver, com forte dependência, é como se houvesse uma cerca de arame farpado ao redor da área que se estende pelo raio de alguns quarteirões. Existe um mundo lá fora, mas que é amplamente inacessível para eles. É um lugar que os teme e os rejeita, e eles, por sua vez, não entendem suas regras nem sabem como sobreviver lá.

Isso me lembra a história de um homem que fugiu de um gulag soviético e, após passar fome do lado de fora, voltou para se entregar aos carcereiros. “A liberdade não é para nós”, afirmou ele para os colegas de prisão. “Estamos acorrentados a este lugar pelo resto da vida, apesar de não usarmos correntes. Podemos fugir, podemos vagar por aí, mas, no fim das contas, vamos voltar.”<sup>2</sup>

Pessoas como Stan fazem parte da população mais doente, necessitada e negligenciada do mundo. Por toda a vida elas foram ignoradas e abandonadas e, com isso, abandonaram a si mesmas. De onde surge a vontade de servir uma comunidade como essa? No meu caso, sei que remonta à época em que eu era uma criança judia na Budapeste ocupada pelo nazismo em 1944. Cresci sabendo como a vida podia ser terrível e difícil para algumas pessoas – sem que elas tivessem culpa nenhuma.

A empatia que sinto por meus pacientes nasceu na minha infância, mas o mesmo vale para o intenso desprezo e o forte julgamento que às vezes explodem dentro de mim contra essas pobres pessoas movidas pelo sofrimento. Mais adiante entrarei em detalhes sobre como minhas tendências compulsivas vêm de experiências da primeira infância. No fundo, não sou tão diferente assim dos meus pacientes – e há momentos em que não suporto admitir que o que me separa deles é uma linha muito tênue, um acaso do destino.

Meu primeiro emprego integral como médico foi numa clínica em Downtown Eastside, por apenas seis meses, mas essa breve experiência deixou sua marca, e eu sabia que voltaria um dia. Quando, 20 anos depois, fui convidado a trabalhar no velho Portland, aceitei porque parecia a coisa certa a fazer: a combinação exata de desafio e propósito que eu buscava

naquele momento da vida. Quase sem titubear, troquei meu consultório particular por um hotel infestado por baratas.

O que me levou àquele lugar? Nós, que atendemos a esse tipo de chamado, respondemos a uma ânsia interior semelhante à dos seres atormentados e disfuncionais sob nossos cuidados. Porém, é claro, no fim do dia voltamos para casa, para nossa família e nossos hobbies, enquanto os pacientes viciados permanecem presos em seu gulag particular no centro da cidade.

Alguns profissionais escolhem trabalhar em lugares desoladores porque esperam encontrar a cura para o próprio sofrimento. Outros se voluntariam porque são generosos demais e sabem que é ali que o amor é mais necessário. Outros estão concentrados na própria carreira e são movidos a desafio. Aqueles que carecem de autoestima talvez gostem de trabalhar com indivíduos desafortunados porque isso alimenta seu ego. Alguns se encantam pela força magnética do vício porque ainda não controlaram, ou não reconheceram, as próprias tendências compulsivas. Meu palpite é que muitos de nós – médicos, enfermeiros e outros profissionais de Downtown Eastside – somos motivados por alguma combinação desses motivos.

Liz Evans começou a trabalhar na região aos 26 anos. “Fiquei atordada”, lembra ela. “Como enfermeira, achei que eu pudesse compartilhar meu conhecimento. E poderia mesmo, mas logo descobri que tinha pouco a oferecer – era impossível salvar as pessoas da própria tristeza. Tudo que eu podia fazer era ficar ao lado delas, como outro ser humano, como uma semelhante.”

“Uma mulher que chamarei de Julie”, continua Liz, “foi trancada no próprio quarto, forçada a seguir uma dieta líquida e surrada por sua família adotiva desde os 7 anos – ela tem uma cicatriz comprida no pescoço, do corte que fez em si mesma quando tinha apenas 16 anos. Desde então ela toma um coquetel de analgésicos, álcool, cocaína e heroína e trabalha nas ruas. Certa noite, ela chegou em casa depois de ter sido estuprada e se sentou no meu colo, chorando. Ela repetia sem parar que a culpa era dela, que ela era uma pessoa ruim e que não merecia nada. Ela mal conseguia respirar. Fiquei sentada ali, embalando-a, e só queria oferecer a ela algo que aliviasse sua dor. Foi tão intenso que quase não aguentei.” Como Liz descobriu, algo no sofrimento de Julie era um gatilho para sua própria dor. “A

experiência me mostrou que não podemos deixar nossas questões pessoais se transformarem em barreiras.”

“O que me mantém aqui?”, reflete Kerstin Stuerzbecher. “No começo, eu queria ajudar. Ainda quero ajudar, mas agora é diferente, porque entendo meus limites. Sei o que posso e não posso fazer. O que posso fazer é estar aqui e apoiar as pessoas em vários estágios da vida, permitindo que elas sejam quem são. Enquanto sociedade, temos a obrigação de respeitar as diferenças. É isso que me mantém aqui.”

Há outro fator na equação. Muitas pessoas que trabalham em Downtown Eastside o reconhecem: um senso de autenticidade, a perda da encenação social, a ausência de fingimento.

Sim, as pessoas mentem, roubam e manipulam – mas todos nós não fazemos isso, a nosso modo? Ao contrário do restante de nós, é impossível para elas fingir que não são mentirosas e manipuladoras. Elas são diretas sobre a própria irresponsabilidade, sobre o próprio desvio de conduta, sobre tudo que perderam por causa do vício. Segundo os padrões do mundo sóbrio, isso não é grande coisa, porém existe uma honestidade paradoxal no meio das tramoias compulsivas. “O que você esperava, doutor? Sou viciado”, me disse certa vez um homem miúdo, magro, de 47 anos, com um sorriso torto e apaziguador, quando percebi que ele estava mentindo para receber uma receita de morfina. Talvez exista certo fascínio por esse elemento de pseudoautenticidade descarada, desavergonhada. Quem nunca sonhou em ser tão cara de pau sobre os próprios defeitos?

“Aqui as interações são sinceras”, diz Kim Markel, enfermeira na Portland Clinic. “Posso vir para cá e ser quem sou de verdade. Para mim, isso é recompensador. Quando se trabalha em hospitais ou em outro tipo de comunidade, sempre existe certa pressão para que o funcionário se comporte de um jeito específico. Mas aqui nosso trabalho é tão diverso, e convivemos com pessoas tão espontâneas, com necessidades tão básicas, que me sinto mais à vontade para ser autêntica. Não existe uma diferença muito grande entre a pessoa que sou no trabalho e a que sou fora daqui.”

Entre dependentes químicos que mentem para conseguir a próxima dose, também ocorrem momentos de humanidade e apoio mútuo. “Sempre deparamos com cenas incríveis de carinho”, diz Kim. “Apesar de haver muita

violência, vejo muitas pessoas cuidando umas das outras”, acrescenta Bethany Jeal, enfermeira no Insite, o primeiro centro de injeção supervisionada da América do Norte, localizado na Hastings Street, a dois quarteirões do Portland. “Elas compartilham comida, roupas, maquiagem... tudo que têm.” As pessoas cuidam umas das outras, com preocupação e compaixão, e frequentemente demonstram mais bondade com os outros do que consigo mesmas.

“Onde eu moro”, diz Kerstin, “não conheço ninguém além dos meus vizinhos de porta. Não chamo quase ninguém pelo nome e reconheço pouca gente na rua. Aqui é diferente. Aqui as pessoas se conhecem, o que é bom e ruim. Elas discutem e brigam, mas também dão até o último centavo para ajudar umas às outras.”

“Todo mundo aqui vive muito à flor da pele”, continua Kerstin, “então o que a mídia noticia costuma ser a violência e a parte feia. Só que viver à flor da pele também desperta sentimentos puros de alegria e lágrimas de felicidade – olhar para uma flor que eu nunca tinha notado, mas que alguém que mora num quarto no Washington Hotel notou, porque vem aqui todos os dias. Este é o mundo deles, e eles prestam atenção em detalhes que eu não vejo.”

Também há humor. Enquanto caminho pela Hastings para fazer minha ronda, ouço gargalhadas e testemunho muitas conversas zombeteiras. “Fala, doutor, qual é a boa?”, alguém brinca comigo enquanto passo pelo Washington Hotel. “Uma dose de música”, respondo por cima do ombro.

Nem preciso olhar para saber que é Wayne, um homem bronzeado com cachos louro-escuros compridos e braços de Schwarzenegger, tatuados do pulso ao bíceps.

Espero para atravessar a rua ao lado de Laura, uma mulher indígena de 40 e poucos anos cuja triste história de vida – marcada por dependência química, alcoolismo e HIV – não destruiu seu espírito travesso. Quando a mão vermelha no sinal de pedestres se transforma no bonequinho branco caminhando, Laura anuncia, num tom levemente irônico: “O homem branco mandou andar.” Seguimos lado a lado até metade do quarteirão seguinte, e Laura passa esse tempo todo rindo da própria piada. Eu também rio.

As tiradas costumam ser implacavelmente autodepreciativas. “Eu costumava levantar noventa quilos na academia, doutor”, brincou Tony certa vez, esquelético e morrendo de aids, em uma de nossas últimas consultas. “Agora não consigo levantar nem meu pinto.”

Quando olham para mim, meus pacientes viciados buscam minha versão verdadeira. Assim como crianças, eles não se impressionam com títulos, conquistas e credenciais. Suas preocupações são imediatas, urgentes. Se gostam de mim ou apreciam meu trabalho, eles espontaneamente expressam orgulho por ter um médico que de vez em quando é entrevistado na televisão e escreve livros. Mas só por causa disso. Eles se importam apenas com minha presença ou ausência enquanto ser humano. Com um olhar aguçado, avaliam se estou bem o suficiente para interagir com eles naquele dia, para ouvi-los como pessoas com sentimentos, esperanças e sonhos tão válidos quanto os meus. Eles sabem identificar de imediato se estou verdadeiramente comprometido com seu bem-estar ou apenas tentando me livrar deles. Com uma incapacidade crônica de cuidarem de si mesmos, logo percebem essa mesma incapacidade nos profissionais de saúde.

É revigorante trabalhar num clima tão diferente e autêntico. De forma consciente ou não, a maioria de nós anseia pela autenticidade, pela realidade por trás dos personagens cotidianos, dos papéis encenados. Com todos os seus problemas, disfunções, doenças e crimes gritantes, Downtown Eastside oferece a verdade, mesmo que seja a verdade nua e crua do desespero. O lugar é um espelho no qual todos nós, como seres humanos e como sociedade, podemos nos reconhecer. O medo e o sofrimento que vemos é nosso próprio medo e sofrimento. Mas também são nossas a beleza e a compaixão que testemunhamos lá, a coragem e a pura determinação para superar a dor.

## CONHEÇA ALGUNS DESTAQUES DE NOSSO CATÁLOGO

- Augusto Cury: Você é insubstituível (2,8 milhões de livros vendidos), Nunca desista de seus sonhos (2,7 milhões de livros vendidos) e O médico da emoção
- Dale Carnegie: Como fazer amigos e influenciar pessoas (16 milhões de livros vendidos) e Como evitar preocupações e começar a viver
- Brené Brown: A coragem de ser imperfeito – Como aceitar a própria vulnerabilidade e vencer a vergonha (600 mil livros vendidos)
- T. Harv Eker: Os segredos da mente milionária (2 milhões de livros vendidos)
- Gustavo Cerbasi: Casais inteligentes enriquecem juntos (1,2 milhão de livros vendidos) e Como organizar sua vida financeira
- Greg McKeown: Essencialismo – A disciplinada busca por menos (400 mil livros vendidos) e Sem esforço – Torne mais fácil o que é mais importante
- Haemin Sunim: As coisas que você só vê quando desacelera (450 mil livros vendidos) e Amor pelas coisas imperfeitas
- Ana Claudia Quintana Arantes: A morte é um dia que vale a pena viver (400 mil livros vendidos) e Pra vida toda valer a pena viver
- Ichiro Kishimi e Fumitake Koga: A coragem de não agradar – Como se libertar da opinião dos outros (200 mil livros vendidos)
- Simon Sinek: Comece pelo porquê (200 mil livros vendidos) e O jogo infinito
- Robert B. Cialdini: As armas da persuasão (350 mil livros vendidos)
- Eckhart Tolle: O poder do agora (1,2 milhão de livros vendidos)
- Edith Eva Eger: A bailarina de Auschwitz (600 mil livros vendidos)
- Cristina Núñez Pereira e Rafael R. Valcárcel: Emocionário – Um guia lúdico para lidar com as emoções (800 mil livros vendidos)
- Nizan Guanaes e Arthur Guerra: Você aguenta ser feliz? – Como cuidar da saúde mental e física para ter qualidade de vida
- Suhas Kshirsagar: Mude seus horários, mude sua vida – Como usar o relógio biológico para perder peso, reduzir o estresse e ter mais saúde e energia

sextante.com.br

