



Os caminhos da Cracolândia

Internação forçada, moradia assistida, descriminalização: como lidar com o crack?

FAUSTO SALVADORI FILHO

Em quatro anos, os usuários de crack passaram de 0,4% para 0,7% da população do País

Pedro (vamos chamá-lo assim) tem família. Pai, mãe, sete irmãos. Moram na zona leste. Há anos, porém, ele saiu de casa para morar nas ruas do centro de São Paulo. Hoje, com 17 anos, segue o caminho das pedras do crack. Tem uma irmã. Também está na

rua, também está no crack. “É difícil morar na rua sem usar droga”, explica Pedro. Droga ajuda com a fome. Droga ajuda a não dormir. “E ajuda a matar nós”, reconhece.

Pedro é um dos habitantes de uma das regiões mais famosas de São Paulo, a Cracolândia.

Mesmo que seu nome não apareça nos mapas, e que suas fronteiras sejam móveis, oscilando entre as ruas do bairro da Luz e, às vezes, da República, a Cracolândia é uma região fácil de ser localizada em qualquer hora do dia. Basta reparar nos amontoados de gente agachada no meio-fio ou encostada pelos muros, segurando cachimbos improvisados nas mãos. É bem ali que a Prefeitura de São Paulo planeja implantar a Nova Luz, um ambicioso projeto de requalificação urbana formado por complexos de dança, teatro e tecnologia. No meio do caminho da Nova Luz permanecem as pedras da Cracolândia, como uma lembrança dos velhos problemas que a cidade precisa aprender a resolver se quiser chegar a um futuro.

Não que as cracolândias sejam monopólio paulistano. No ano passado, pesquisa feita pela Confederação Nacional dos Municípios Brasileiros com as secretarias de saúde de todos os municípios apontou que 98% deles tinham problemas com a droga.

Surgido nos anos 80, em bairros pobres de Nova Iorque, Los Angeles e Miami, o crack é uma versão barateada da cocaína, feita da mistura da pasta-base de coca com bicarbonato de sódio e água. Ambos têm o mesmo princípio ativo, mas, por ser fumado, em vez de cheirado, o crack tem efeito mais rápido e intenso do que a cocaína em pó. O crack chegou ao Brasil no final dos anos 80 e vem, desde então, conquistando cada

vez mais usuários. Levantamento feito pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em duas clínicas para dependentes químicos, apontou que, em 1990, 17% dos atendidos eram usuários de crack; três anos depois, já eram 64%. Entre 2001 e 2005, segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), também da Unifesp, os usuários de crack passaram de 0,4% para 0,7% da população — na Região Sudeste, o salto foi de 0,4% para 0,8%.

A Cracolândia paulistana não existe para a Nova Luz: o projeto de requalificação urbana não leva em conta questões como moradores de rua ou usuários de drogas. Na administração municipal, tratar a dependência química é um trabalho para a Secretaria Municipal da Saúde, que afirma adotar “um modelo diferenciado e abrangente de abordagem e tratamento de dependentes”, com o qual já teria conseguido mudar a mentalidade dos usuários de drogas da região. “Hoje, diferente de anos atrás, eles já procuram tratamento, tanto para questões clínicas quanto para a dependência”, afirma a assessoria de imprensa da Saúde.

Uma das estratégias desenvolvidas pela Saúde segue a recomendação da Política Nacional sobre Drogas, que prevê o atendimento multiprofissional aos dependentes e seus familiares em ambulatórios, conhecidos como Centros de Atenção



Habitantes da Cracolândia, uma pedra no caminho do projeto Nova Luz



Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD). A Prefeitura dispõe de 22 dessas unidades, mas apenas uma funciona 24 horas. Em 2010, inaugurou um Serviço de Atenção Integral ao Dependente, com 80 leitos e capacidade para 500 pacientes por ano. O Município também mantém convênio com sete entidades que administram comunidades terapêuticas, nas quais são oferecidas 260 vagas.

Na região central, foram introduzidas 27 equipes especiais de Saúde da Família, com a missão de conquistar a confiança dos moradores de rua e fazê-los aceitar o tratamento para a dependência química. Uma política que, segundo o secretário municipal de Saúde, Januário Montone, esbarra na dificuldade de convencer os usuários de drogas a receberem o tratamento. “O convencimento é muito baixo e, portanto, o resultado dessa política fica muito lento, o que aumenta a pressão da sociedade, principalmente com a visibilidade que têm as crackolândias”, afirmou Montone, em entrevista à rádio CBN no dia 5 de agosto.

“A aderência ao tratamento é o grande problema”, concorda o psiquiatra Ronaldo Laranjeira, diretor da Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (Uniad) da Unifesp. “Nós fazíamos o gerenciamento de um Caps em São Paulo que recebia um caminhão de usuários de drogas encaminhados pela Prefeitura para serem avaliados. Nunca houve um que aceitasse ficar em tratamento ambulatorial.”

À força

Na tentativa de dar uma solução mais ágil para a Crackolândia, o Executivo estuda a possibilidade de ampliar a internação forçada de usuários de drogas, utilizando a Guarda Civil Metropolitana para tirar os dependentes

“Nossa Senhora do Crack”, instalada por um artista plástico na Cracolândia

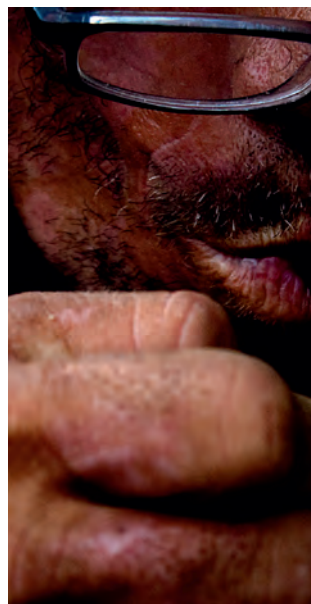


das ruas. Internações psiquiátricas contra a vontade estão previstas na Lei Federal 10.216/2001, que define o modelo assistencial em saúde mental, e são de dois tipos: internações compulsórias, ordenadas por um juiz, e involuntárias, determinadas por um médico. Nos últimos dois anos, os serviços de saúde do Município encaminharam 10,6 mil dependentes para atendimento médico, dos quais 1.934 resultaram em internações para tratamento da dependência – destas, 152 foram internações involuntárias, sendo 85 com menores de 18 anos.

“Nenhum outro país do mundo toleraria uma Cracolândia como fazemos no Brasil”

A ampliação das internações involuntárias foi adotada no Rio de Janeiro, onde o governo estadual passou a recolher à força crianças e adolescentes das cracolândias para encaminhá-los a abrigos. O modelo ganhou o apoio de políticos e de parte da classe médica, mas recebeu ataques dos grupos de defesa dos direitos humanos, do Conselho Regional de Psicologia e da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Na Câmara Municipal de São Paulo, a bandeira da internação compulsória é carregada pelo vereador Floriano Pesaro (PSDB), que foi secretário municipal de Assistência Social entre 2005 e 2008. “Quando fui secretário, vi crianças sendo atropeladas na minha frente, porque estavam num grau de drogadição em que não tinham a menor condição de entender o que





Crack chegou ao Brasil nos anos 80 e hoje está em 98% dos municípios

acontecia no entorno, e eu estava impedido de tirá-las da rua”, conta Pesaro.

A internação compulsória, segundo o vereador, deve ser adotada sempre que um dependente químico “estiver em risco de vida e se recusar a sair daquela situação”. Se alguém põe em risco a própria vida fazendo uso abusivo de drogas, “é dever do Estado interferir na vida daquele cidadão e determinar sua internação para tratamento”. Representante da Câmara no Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool de São Paulo, o vereador Gilberto Natalini (PV) concorda: “Sou a favor da internação compulsória, porque uma pessoa sob o efeito das drogas não tem discernimento e o direito à vida está acima de qualquer outro”.

Remover das ruas os usuários de drogas é a política defendida por Laranjeira. “Nenhum país democrático toleraria o uso público de drogas ilegais

da forma como fazemos com a Cracolândia no Brasil”, afirma o psiquiatra. Os dependentes retirados das ruas deveriam passar por uma avaliação médica e social, que poderia optar por impor uma internação involuntária. Mas, para esta política funcionar, avisa, é necessária a montagem de uma rede assistencial mais ampla do que a existente hoje. “A internação involuntária é uma violência, mas uma violência maior é deixar as pessoas morrerem sem tratamento”, diz.

“Limpeza social”

O uso das internações forçadas pelo poder público é visto com preocupação pelo vereador Jamil Murad (PCdoB), presidente da Comissão de Direitos Humanos, Cidadania, Segurança Pública e Relações Internacionais, que em 15 de agosto realizou um debate na Casa sobre o tema. “O risco é que parte da sociedade estimule a polícia a recolher as pessoas que considera incômodas, transformando locais de internação em depósitos humanos”, afirma Jamil. A vereadora Juliana Cardoso (PT) vai mais longe e diz que o objetivo real da proposta é “limpar as ruas” para facilitar a realização da Copa do Mundo e de grandes projetos imobiliários. “A internação compulsória é uma ação de limpeza social, que vai contra tudo o que prega o Estatuto da Criança e do Adolescente”, afirma.





Além de perigosa, é uma política ineficiente, segundo o psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira, coordenador do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad). “Na literatura médica, as evidências mostram que 98% dos que são internados contra a vontade recaem na droga”, apontou, no debate promovido pela Comissão. Se-

“Já executaram um programa de habitação compulsória para quem vive na rua?”

gundo ele, tratar a Cracolândia com internação forçada significa “medicalizar uma questão social”. Ele lembrou um traba-

lho feito com crianças de rua, quando ouviu um relato de uma menina que se prostituía para conseguir dinheiro. “Ela contou que, como era pequena, sentia muita dor e precisava da droga para conseguir suportar. Não era uma questão de dependência química, era um problema social”, disse.

“As pessoas também têm direito à moradia. Alguma vez o poder público executou um programa de habitação compulsória para quem vive na rua?”, perguntou o juiz Luís Fernando Vidal, presidente da Associação Juízes para Democracia, no mesmo debate da CMSP.

O coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Roberto Tikanori, ouvido pela Revista do Parlamento Paulistano, disse que o modelo carioca das

Crack está presente em 98% dos municípios brasileiros

Internado e maldito

Divulgação / Gullane

Em 1974, o pai do estudante Austregésilo Carrano (1957-2008) tomou um susto ao encontrar um pacote de maconha entre as coisas de seu filho. Preocupado com “as manchetes assustadoras sobre as drogas” que lia nos jornais e aconselhado por um amigo policial, resolveu submeter o jovem de 17 anos a uma internação involuntária para livrá-lo do “maldito vício”. Carrano foi levado à força para um hospital psiquiátrico em Curitiba (PR), onde passou por sessões de eletrochoques, foi espancado e recebeu doses maciças de sedativos. Quando saiu do manicômio, enfrentou graves crises de depressão.

Carrano contou sua história no livro *O Canto dos Malditos*, elogiado por Paulo Leminski, e se tornou um dos símbolos do Movimento da Luta Antimanicomial. Sua história inspirou o filme *Bicho de Sete Cabeças* (2001), de Laís Bodanzky.

E é por causa de experiências como a de Carrano que o Conselho Federal de Psicologia continua a se manifestar contra as internações forçadas. Em agosto, a entidade divulgou nota afirmando que a adoção de políticas de internação involuntária implicaria um retrocesso na luta antimanicomial, ao trazer de volta o modelo da “segregação em asilos e em equipamentos sociais de fechamento, que acaba-



vam funcionando como espaços de reclusão da miséria e da produção de estigmas e violência”.

Já a psiquiatra Ana Cecília Marques, especialista da Uniad e conselheira da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (Abead), afirma que o atual modelo de internação involuntária é eficiente na prevenção de abusos. Casos como o de Carrano, segundo ela, não poderiam acontecer hoje. “Essa é uma discussão dos anos 50. Hoje, para o médico fazer uma internação, ele precisa comunicar ao Ministério Público, que vai avaliar o caso. Por isso, a internação involuntária é feita com tranquilidade”, afirma. Para ela, é uma questão de respeito aos direitos humanos. “O paciente tem o direito de ficar são.”

**Rodrigo Santoro em “Bicho de Sete Cabeças”:
história de internação involuntária**

Negligência e violência são as principais razões que levam as crianças para a rua

internações involuntárias falha por se referir não a pessoas, como se espera de uma política de tratamento, mas a grupos – como os moradores das cracolândias. “Isso é uma ameaça ao Estado de Direito. Toda a vez que o Estado começa a atuar em cima de identificações grupais, a pergunta vem: qual é o próximo grupo? Os pobres, os negros?”, questiona.

Uma novidade na discussão foi a entrada em cena do Tribunal de Justiça de São Paulo, que decidiu implantar um posto móvel na Cracolândia, com 15 juízes. Segundo o desembargador Antonio Carlos Malheiros, coordenador da Infância e Juventude do Tribunal, o objetivo é realizar audiências com crianças e adolescentes da região, acompanhadas por Ministério Público, Defensoria Pública e representantes da Prefeitura, para verificar o problema de cada criança e optar por um encaminhamento. No caso dos dependentes químicos, a preferência é por tratamentos ambulatoriais. “Nós somos contra a internação compulsória. Quando ocorrer, será a exceção da exceção, somente para as situações de risco em que não há mais o que fazer, e sempre com o parecer de um psiquiatra”, explica Malheiros.

A ação do TJ teve o mérito de agradar a israelenses e

palestinos das internações forçadas. Pesaro elogiou a iniciativa: “Trabalhando com o Judiciário ao lado, as decisões sobre cada caso serão mais seguras”. E Jamil também: “Os juízes vão representar a segurança de que nenhuma agressão aos direitos humanos e às leis será tolerada”.

Cuidando das causas

“Já tentaram me internar à força, mas não conseguiram”, conta Pedro, o jovem do começo desta reportagem. Blusa de moletom, chinelos, bermuda, sorriso fácil, Pedro ouve música em um computador de uma das unidades do Projeto Quixote, uma ONG ligada à Unifesp que há 17 anos atende crianças e adolescentes em situação de risco.

“Amanhece-e-e-u, é dia de visita e estou feliz...” Pedro cantarola *Dia de Visita*, um rap de MC Daleste que fala de tragédia familiar, crime, amor e morte. Quando indagado, evita comentar a razão que o levou a trocar a casa pela rua. Não, não foi a droga. Isso ele conheceu depois que saiu de casa. “Quando fui para a rua, comecei a cheirar cola. Depois veio o crack”, conta.

Histórias como a de Pedro são a maioria na Cracolândia. A droga para eles é consequência, não a causa da vida na rua. Levantamento do Quixote aponta a negligência familiar como o principal motivo da saída de casa, mencionada por 37,3% das crianças e adolescentes. Em seguida,

Ricardo Moreno / CMSP



Crianças da Cracolândia “rematriadas” no Projeto Quixote: tratar as causas

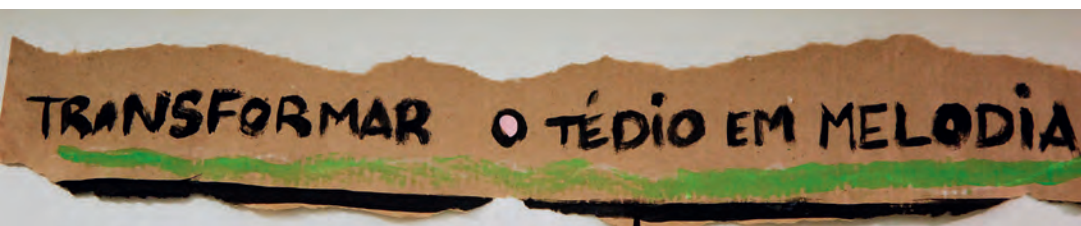


vêm violência familiar (18,3%), abuso sexual (15,7%) e só depois o uso de drogas (12,4%).

“O uso de drogas por essa população é circunstancial”, afirma Cecília Motta, coordenadora do Programa Refugiados Urbanos, do Quixote. “O jovem que mora na rua está em risco constante. Não sabe onde vai dormir, se vai conseguir comer. Ele usa a droga para relaxar, como um soldado no front faz uso de substâncias para lidar com o mal-estar da experiência constante da guerra”, explica.

Para lidar com as crianças e adolescentes do crack, o Quixote desenvolveu uma metodologia própria, dividida em três fases. A primeira é a da abordagem de rua por educadores. A seguir, o jovem passa a frequentar voluntariamente os espaços de convivência do projeto, onde recebe alimentação e atendimento médico e psicológico. A terceira etapa é o “rematriamento”, o que significa levar a criança de volta para sua família, ou, se não for possível, para um abrigo.

**Letra de
Cazuza
transformada
em lema
pelo Projeto
Quixote**



Plantas que curam?

Num episódio da série policial *Law & Order: SVU*, os detetives precisam lidar com uma testemunha chave viciada em heroína, que precisa chegar “limpa” ao dia do julgamento. Resolvem apelar para uma substância chamada ibogaína, fabricada a partir da raiz de um arbusto africano. O efeito parece mágico: uma única aplicação da substância liberta o personagem do vício em heroína e o manda direto para um final feliz.

A substância mostrada na série é real e seus efeitos, embora controversos, são tão impressionantes que parecem ficção. Relatos de pessoas que utilizaram a ibogaína afirmam que basta uma aplicação da substância para eliminar a “fissura”, a vontade incontrolável de usar droga. Utilizada há milênios por curandeiros da África Central para tratar do-

enças do corpo e do espírito, a ibogaína vem sendo pesquisada desde 1962 em tratamentos experimentais para a dependência química, especialmente em heroína. No Brasil, é usada em terapias alternativas para recuperar viciados em crack.

A psicóloga Cleuza Canan, que trabalha há 31 anos com tratamento de dependência química, em Curitiba (PR), conta que começou a utilizar a ibogaína há dez anos, com um usuário de crack, que, para sua surpresa, pareceu se recuperar totalmente após uma sessão com a substância. “Eu o observei durante três anos, e ele só evoluiu. Então, resolvi dar alta a ele. Foi a primeira vez que dei alta a um dependente químico”, conta. Desde então, aplicou o tratamento em 180 pacientes, que, segundo ela, tiveram um índice de recuperação de 85%.

Para evitar recaídas no uso do crack, a psicóloga aprendeu a combinar a sessão de ibogaína com outras duas etapas, que incluem uma preparação e um pós-tratamento. O acompanhamento é necessário porque, se o paciente não mudar seus hábitos e continuar frequentando os mesmos ambientes, ele corre o risco de, mesmo sem a fissura, voltar para as drogas – e recomeçar o ciclo da dependência. Esta metodologia, segundo ela, foi apresentada numa conferência sobre tratamentos à base de ibogaína, realizada no ano passado, em Barcelo-

**Fruto da
iboga, planta
africana usada
na produção
de droga
psicoativa**



Giorgio Samorini/Wikimedia

na, onde foi considerada uma das mais eficazes.

Segundo o gastroenterologista Bruno Daniel Rasmussen Chaves, um dos principais especialistas brasileiros no tema, a ibogaína age tanto na química do cérebro como na psicologia do dependente. Por um lado, a droga estimula a produção do hormônio GDNF, que promove a regeneração de áreas do cérebro associadas à dependência. Por outro, a ibogaína lança o paciente num transe de 48 horas, uma espécie de “sonhar acordado” em que o paciente revê sua vida e os motivos que o levaram à dependência, como numa sessão de psicoterapia intensiva.

O uso da ibogaína é proibido em países como EUA, Dinamarca e Bélgica e liberado em outros, como México e Espanha. No Brasil, não há regulamentação. A literatura médica registra 12 mortes associadas ao uso da substância, todas fora de ambiente hospitalar. A psicóloga Canan afirma não ter observado efeitos colaterais associados ao uso de ibogaína em seu tratamento, mas faltam estudos conclusivos a respeito.

A iboga é uma das chamadas “plantas de poder”, vegetais com efeitos psicoativos, usados por povos tradicionais para tratar enfermidades físicas e emocionais. Alguns cientistas consideram estas plantas drogas alucinógenas, mas outros as veem como instrumentos para lidar com problemas como dependência química e depressão.

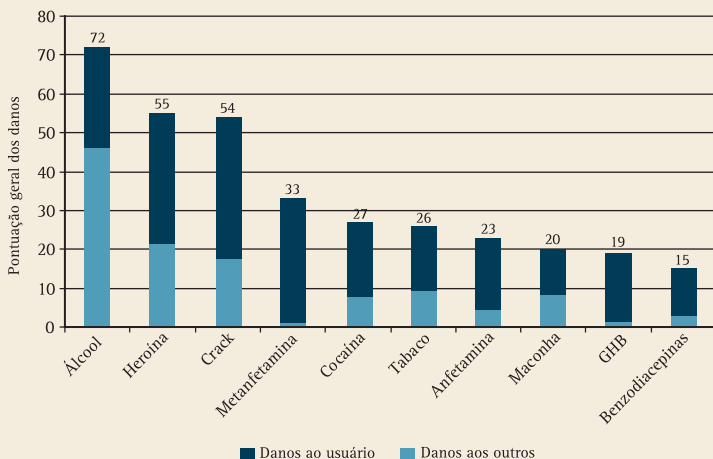
Índice de recuperação de dependentes chegou a 85%

Outra destas plantas é a ayahuasca (também chamada de daime), bebida feita a partir de duas plantas amazônicas, cujo uso em rituais religiosos é reconhecido pelo Conselho Nacional Antidrogas (Conad). Um destes grupos religiosos, a Associação Beneficente Luz de Salomão (Ablusa), chegou a usar a ayahuasca para tratar dependentes químicos das ruas da Cracolândia paulistana, conforme o livro *A reinvenção do uso da ayahuasca nos centros urbanos* (Ed. Mercado de Letras / FAPESP, 2004), mas encerrou recentemente suas atividades na região. Em 2005, um estudo coordenado pelo psiquiatra Dartiu Xavier da Silveira, da Unifesp, que comparou 40 adolescentes da religião ayahuasqueira União do Vegetal (UDV) com um grupo da mesma idade que nunca havia tomado o chá, concluiu que o primeiro grupo era menos inclinado a fazer uso de álcool ou drogas ilícitas.

Tudo isso, contudo, ainda precisa ser visto com cautela, já que faltam estudos científicos sobre o tema. “O uso tanto de ayahuasca como de ibogaína para tratamentos de dependência é algo que está sendo investigado, mas ainda é muito cedo para se falar em usá-las em políticas de saúde pública”, afirma Dartiu.

As drogas mais nocivas

As drogas que causam mais danos no Reino Unido, segundo estudo publicado em novembro de 2010 na *Lancet*




É na fase de retorno à família que os educadores percebem como as causas que levam à Cracolândia são complexas. “Começamos com um atendido, que é a criança. Quando vamos para a família, passam a ser dez”, conta Cecília. Não dá para falar em rematriamento, por exemplo, quando a família vive em situação de total miséria. “Na hora em que você chega na casa do menino, você pensa: eu não quero morar aqui, prefiro a rua. O esgoto passa dentro, o cheiro é horrível, não tem onde tomar banho...”, lembra Cecília. Para isso, a ONG começou a desenvolver o programa Tapa no Barraco, que reforma as casas dos rematriados. Todo o esforço vale a pena, segundo ela, porque, uma vez que os problemas sociais são atendidos, a criança costuma

abandonar o crack sem maiores problemas. “Elas têm uma facilidade para interromper o uso das drogas que os adultos não têm.”

Providenciar uma porta de saída para a dependência química, evitando que os dependentes recaiam na droga pela falta de perspectivas econômicas ou de relacionamento social, é outra estratégia que as políticas públicas começam a adotar. Em São Paulo, a Secretaria Municipal de Saúde começa a implantar as moradias assistidas, ocupadas por até dez pessoas, que recebem acompanhamento social e educativo, com o objetivo de garantir seu retorno ao mercado de trabalho.

No governo federal, segundo Roberto Tikanori, a Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde e o Minis-



tério das Cidades estudam vincular as moradias assistidas a um sistema de locação social – em que os dependentes das moradias assistidas pagariam um valor de aluguel correspondente à sua renda – e integrá-las a projetos de economia solidária e cooperativas sociais.

Descriminalização

Outra possibilidade de política pública referente às drogas é a descriminalização, pensada com o objetivo de tratar o uso abusivo de substâncias exclusivamente como uma questão de saúde pública, e não de segurança. “A guerra global contra as drogas fracassou, deixando em seu rastro consequências devastadoras para pessoas e sociedades em todo o mundo”, afirma relatório, lançado em junho, da Comissão Global de Políticas sobre Drogas, integrada por personalidades como Kofi Annan, ex-secretário-geral das Nações Unidas, e os ex-presidentes Fernando Henrique Cardoso, Ernesto Zedillo (México) e César Gaviria (Colômbia), entre outros.

A atual política de proibição de determinadas drogas começou em 1919, nos EUA, com a promulgação da Lei Seca – que proibia o comércio do álcool e viria a ser revogada em 1930 – e torna-se uma estratégia mundial com a Convenção da ONU sobre Drogas, de 1961. Nas décadas seguintes, contudo, apesar da aplicação de políticas

cada vez mais repressivas sobre a produção, distribuição e consumo de drogas, o mercado global de drogas ilegais só cresceu. Em 2008, por exemplo, a venda de opiáceos, como a heroína, movimentou US\$ 17,35 milhões, um crescimento de 34,5% em relação a 1998, segundo uma estimativa da ONU.

“O combate às drogas sempre serviu de fachada para outros interesses”

Por isso, o relatório da Comissão Global propõe “estimular os governos a experimentarem modelos de regulamentação legal de drogas com o objetivo de enfraquecer o poder do crime organizado e preservar a saúde e a segurança de seus cidadãos”. E menciona exemplos considerados positivos, como o de Portugal, que, em 2001, tornou-se o primeiro país europeu a descriminalizar o uso e a posse de todas as drogas, e com isso desafogou o sistema penitenciário sem enfrentar um aumento significativo no uso das substâncias – no caso da heroína, que era a grande preocupação do governo português, chegou a haver queda.

“O combate às drogas sempre serviu de fachada para outros interesses, que não tinham nada a ver com a preocupação a respeito da saúde da população”, afirma o jor-



nalista Julio Delmanto, militante do Coletivo DAR (Desentorpecendo a Razão), que discute alternativas para a política proibicionista.

Na origem dessa política, estavam as pressões de grupos militantes que relacionavam o consumo das “substâncias venenosas” com a degeneração moral provocada por grupos tidos como perigosos, como os pobres, os negros e os imigrantes. “Era recorrente, nas primeiras décadas do século 20, entre grupos proibicionistas, na mídia e nos discursos governamentais nos Estados Unidos, a associação direta de negros à cocaína,

hispanicos à maconha, irlandeses ao álcool, chineses ao ópio”, lembra o pesquisador Thiago Rodrigues, doutor em Relações Internacionais pela PUC-SP, no artigo “Tráfico, Guerra, Proibição”, incluso no livro *Drogas e cultura: novas perspectivas* (Edufba, 2008).

O preconceito contaminou o debate sobre drogas com vários mitos. Um filme norte-americano que advertia sobre os riscos da maconha, *Reefer Madness* (1936), continha tantos exageros que, décadas depois, passou a ser visto como uma comédia involuntária, muito apreciada justamente pelos consumidores de cannabis.

**Crack é
uma versão
barateada da
cocaína**

Daí a necessidade, apontada pelo relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas, de fundamentar as políticas em “evidências empíricas e científicas sólidas e confiáveis” – e sobre isso há muito a ser discutido. Mesmo a noção de que o crack seria a mais perigosa das drogas não é aceita por todos os estudiosos.

No ano passado, especialistas britânicos do Comitê Científico Independente para as Drogas propuseram uma classificação do nível de periculosidade das drogas, com base em 16 critérios referentes aos danos causados para o indivíduo e para os outros, incluindo dados como mortalidade, problemas mentais, criminalidade e custo econômico. Veiculado na publicação médica *Lancet*, o estudo elegu o álcool como a mais perigosa das drogas, à frente de heroína, crack, metanfetamina e cocaína (veja quadro na página 22). No Brasil, estudo divulgado neste ano pelo Uniad constatou que álcool e crack

No Brasil, álcool mata tanto quanto crack, segundo estudo realizado pela Uniad, da Unifesp

têm índices de mortalidade semelhantes. Ao acompanhar um grupo de dependentes em álcool de uma unidade de tratamento em São Paulo, a pesquisa constatou que 17% deles morreram em cinco anos; entre os usuários do crack, 30% haviam morrido num período de 12 anos.

Discutir drogas é sempre mais do que discutir drogas. É um debate complexo, pois envolve questões como os limites para a atuação do Estado, o alcance das liberdades individuais, as causas da exclusão social ou as fronteiras entre ciência e ideologia. Só não pode envolver preconceito e ignorância. Que são as piores drogas. ■

SAIBA MAIS

Livros

Drogas e cultura: novas perspectivas. Beatriz Caiuby Labate e outros. EDUFBA, Minc, Fapesp, Neip. 2005.

O tratamento do usuário de crack. Marcelo Ribeiro e Ronaldo Laranjeira. Editora Casa Leitura Médica. 2010

Sites

Coletivo DAR. www.coletivodar.org

Enfrentando o Crack. www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack

Uniad – Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas. www.uniad.org.br