

III SEMINÁRIO INTERNACIONAL VIOLÊNCIA E CONFLITOS SOCIAIS: ILEGALISMOS E LUGARES MORAIS

Grupo de trabalho: Desigualdades, territórios e riscos sociais

PROGRAMA DE ENFRENTAMENTO AO CRACK NO BRASIL: PLANO (PARA)NÓIA?

Andréa Lucia Vasconcellos de Aguiar (UFRN)
Isabela Bentes Abreu Teixeira (UFRN)

RESUMO

O ensaio em questão busca refletir as medidas de enfrentamento ao crack proposta pelo governo brasileiro. Apresenta como material empírico de análise algumas manchetes e notícias vinculadas na mídia eletrônica. Tendo como base o pensamento foucaultiano e o movimento higienista brasileiro, a ideia é responder as seguintes questões: desde a implantação da medicina social, entre os séculos XVII e XIX, na sociedade ocidental, até o século XXI, as políticas de enfrentamento a endemias ou epidemias alteraram muito suas formas de ação? As políticas públicas de saúde brasileira em relação aos dependentes químicos, destacando as ações relativas aos usuários de crack, no século XXI, apresentam avanços ou retrocessos? Será que não presenciamos, no Brasil, novamente uma estratégia exacerbada de exclusão de pessoas sujeitos pobres, tendo como argumento o combate ao uso de crack? Concluimos, provisoriamente, que as ações propostas para o enfrentamento ao crack, no Brasil, não difere muito da atenção dada aos pobres doentes em séculos passados, havendo na realidade retrocesso, se pensarmos nas lutas antimanicomiais e a proposta de internamento compulsório adotada por alguns estados brasileiros. As análises realizadas demonstram claramente haver conflitos no âmbito acadêmico e governamental sobre a melhor estratégia de atenção aos usuários abusivos de crack, sendo a perspectiva de redução de danos mais frágil do que as medidas tradicionais da psiquiatria e direito clássico.

PALAVRAS- CHAVE: usuário de crack, medicina social, pobre.

INTRODUÇÃO

O crack é uma droga sintética, subproduto da cocaína, invenção da sociedade urbana contemporânea e de grande efeito maléfico para a saúde. De acordo com os estudos realizados até o momento, o crack teria aparecido no EUA, década de 80, globalizou-se e hoje é motivo de atenção mundial. Tentando combater a produção e uso do crack, grande tensão vem se estabelecendo em diversos setores das sociedades. Na busca de reprimir a produção, a venda, conter o uso e propor políticas de tratamento aos dependentes de tal droga, inúmeras medidas nacionais e internacionais estão sendo tomadas. É assunto recorrente no meio acadêmico, na mídia e rodas de conversas cotidianas, um tema polêmico presente em várias instituições sociais. Diante desse panorama, nos indagamos: desde a implantação da medicina social, na sociedade ocidental entre os séculos XVII e XIX, na sociedade ocidental, até o século XXI, as políticas de enfrentamento a endemias ou epidemias alteraram muito suas formas de ação? As políticas públicas de saúde brasileira em relação aos dependentes químicos, aqui destacando as ações relativas aos usuários de crack no século XXI apresentam avanços ou retrocessos? Será que não presenciamos, no Brasil, novamente uma estratégia exacerbada de exclusão de sujeitos pobres, tendo no momento como argumento o combate ao uso de droga?

Considerando as ações de políticas públicas que estamos acompanhando, pela mídia, em relação ao combate ao uso do crack, no Brasil, parece que estamos vivendo um retrocesso histórico. Ações de políticas públicas que teriam por finalidade contemplar uma maior atenção sobre o usuário abusivo de crack é facilmente comparável, a nosso ver, com a história da loucura do século XVIII, ou ao movimento higienista brasileiro do século XIX. A sensação de “eterno retorno” é imensa.

Com efeito, somos tentados a pensar que se Michel Foucault (1926-1984), estivesse vivo e fosse tratar das políticas públicas direcionadas aos usuários abusivos de crack, ele praticamente só iria mudar datas de sua obra “História da Loucura” (2005) e substituiria essa categoria por dependentes

químicos, os ditos “noiádos¹”, uma vez que as propostas de tratamento para os usuários de crack que ganham maior apoio por parte dos gestores da saúde e sociedade em geral, pautam-se na internação (compulsória para os pobres, ou melhor, pessoas em situação de rua), dieta medicamentosa, religiosa e normativa, em detrimento de opções geridas pela noção de “redução de danos”², noção que enfrenta grande preconceito para ser implantada.

PLANO NACIONAL DE COMBATE AO CRACK, NOVIDADE OU MAIS DO MESMO?

No Brasil, o uso do crack foi definido como problema de saúde pública. Em 20 de maio de 2010, o Presidente Luís Inácio Lula da Silva, assina o decreto nº 7.179, (BRASIL,2010). Nesse documento “fica instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas”. O enfrentamento ao crack nesse decreto está diretamente ligado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, via Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD. Mas em 07 de janeiro de 2011, logo após sua posse, a presidenta Dilma Roussef, assina o decreto nº 7.426, (BRASIL, 2011) no qual transfere a CONAD e FUNAD para o Ministério da Justiça. Dessa forma, o plano de enfrentamento ao crack, que seria formado por um comitê gestor composto por representante de diversos Ministérios, fica a cargo da justiça.³

Na realidade, é possível pensar que problemas relacionados à saúde (não só os problemas decorrentes do uso de drogas lícitas ou ilícitas) de uma forma ou de outra, historicamente, e não só no Brasil, estão relacionados

¹ O termo é bastante utilizado no senso comum para fazer referência a usuários de crack, de modo bastante depreciativo. Tal termo surge da associação de estados de paranóia que tal substância gera quando utilizada em alta quantidade.

² Cf. Domanico, Andrea, (2006). Tese de doutorado que versa sobre a implantação do plano piloto de tratamento de usuários de crack, sob ótica da redução de danos.

³ Cf. Fantauzzi e Aarão (2010) para maiores detalhes sobre a legislação brasileira sobre a questão das drogas. O estudo apresenta detalhes desde de 1931)

à justiça e à política repressiva (FANTAUZZI E AARÃO, 2010; FOUCAULT, 2005, 2007) . Incentivados ou não pelas políticas públicas relativas às drogas, projetos e campanhas para conter o seu uso, seja prevenindo o uso ou propondo tratamento, vêm sendo apresentados por várias instâncias institucionais, civis e estatais, algumas vezes entrando em conflito com as medidas tomadas , como nos informa Fantauzzi e Aarão, na obra acima citada.

Sobre as respostas institucionais, nacionais, relativas à problemática das drogas, Medeiros (2010, p.188) esclarece que:

Os modelos mais recorrentes na sociedade brasileira são: o modelo médico, que trabalha com a lógica da centralidade no estudo de caso e na medicalização absoluta, no nível de internação para desintoxicação, na permanência diurna e ambulatorial; no modelo religioso, que defende o afastamento do usuário de seu cotidiano, geralmente pelo prazo de nove meses e prioriza a religiosidade e o trabalho; e o modelo jurídico, que atua com a lógica do delito e da penalização.

Por outro lado, Foucault (2007, p. 87-88) discorrendo acerca do surgimento da medicina social no ocidente, aponta que ela foi originada a partir de dois grandes modelos de organização médica: “o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste”. O modelo produzido pela lepra era o da exclusão: “o mecanismo do exílio, da purificação do espaço urbano”. Medica alguém era excluí-lo. Esse modelo também era vigente em meados do século XVII, aplicado no internamento dos chamados loucos e malfeitores. No modelo de exclusão os principais atores de cura eram de ordem religiosa.

O esquema político-médico suscitado pela peste não exclui, não expulsa para regiões longínquas os indivíduos. Visava distribuir os indivíduos lado a lado, individualizá-los, vigiá-los, verificar o estado de saúde de cada um, e “fixar assim a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos” (FOUCAULT, 2007, p.89).

A CONSTRUÇÃO DO POBRE COMO PARTE DO PROBLEMA DA SAÚDE SOCIAL

Segundo Foucault (2007), no século XVII, os pobres não eram considerados um problema de saúde porque não eram numerosos, assim a pobreza não representava perigo. Além disso, era essa parte da população, que fazia a manutenção das cidades, (coleta de lixo, transporte de água, serviço de entrega, etc.), ou seja, os pobres faziam parte da paisagem das cidades e eram úteis. No século XIX, essa camada da sociedade passa a apresentar perigo porque se tornou uma força política com capacidade de revolta, dado a diminuição de postos, com instituição de serviços públicos, como o sistema postal e abastecimento de água, ocasionando revoltas populares. A epidemia de cólera, em 1832, que teve início na França e se espalha pela Europa, ocasionando insegurança política e sanitária, também é apontada como parte da constituição do pobre como problema social. É nesse momento que passa a haver segregação social do espaço urbano. A cidade foi dividida em espaços para ricos e pobres, habitar espaços comuns passou a ser considerado “um perigo sanitário e político para a cidade”, que motivou a organização de bairros e casas por segmento social e o surgimento da medicina urbana, baseada em preceitos higienistas. Mediar alguém era excluí-lo. Tal modelo também era vigente em meados do século XVII, aplicado no internamento dos loucos e mal-feitores.

A medicina social, resultante da mistura destes dois modelos, torna-se social, “positiviza-se”, ou materializa-se discursivamente, de acordo com Foucault, com a Lei dos Pobres, promulgada na Inglaterra. Tal se configurava como uma legislação de controle médico dos pobres, trazendo consigo a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazerem suas necessidades de saúde, uma vez que sua pobreza não permite que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguravam a saúde das classes pobres, por conseguinte, a proteção, o resguardo dos ricos de doenças que acometiam os pobres.

Essa lei implica na assistência/proteção/controlado, isso por volta de 1840. Em 1870, a França complementou a lei dos Pobres com o serviço de Saúde Pública e com a institucionalização dos agentes de saúde. Nesse período os agentes já eram mais de mil e tinham por objetivo o “controle e poder sobre a vacinação; a organização de registros epidêmicos das doenças,

tornando a declaração das doenças perigosas, localizando locais insalubres e dependendo da situação destruir tais focos de insalubridade". (Foucault, 2007, p. 96).

POBREZA, DOENÇA E MOVIMENTO HIGIENISTA BRASILEIRO

No Brasil, o movimento sanitaria/higienista, no início do século XX, teve um papel central e prolongado na construção da identidade nacional a partir da identificação da doença como elemento distintivo da condição de ser brasileiro.

A perspectiva higienista, de acordo com os autores, pensaria o Brasil por suas faltas

e o homem brasileiro como atrasado, indolente, doente e resistente aos processo de mudanças". Os autores apontam que a categoria higiene por ter sido forte nos raciocínios em torno dos dilemas e alternativas para a constituição de um Brasil moderno, engendrou a noção de *males* que não é "apenas uma analogia com o discurso médico, mas trata-se de uma alusão às doenças como obstáculos ao progresso ou a civilização (p. 315).

Os autores assinalam que o movimento sanitaria brasileiro, no qual era preponderante a ideia de *salvação nacional*, tributário em grande medida das observações de Euclides da Cunha (1866-1909) sobre o sertão, foi fundado com base em alguns eventos significativos: divulgação, em 1916, do relatório de uma diligência médica-científica, coordenada por Belisário Pena (1808-1939) e Arthur Neiva (1880-1943), promovida e incentivada pelo então Instituto Oswaldo Cruz⁴. Tal relatório apontava que o Brasil tinha "uma população desconhecida, atrasada, doente, improdutiva e abandonada, e sem nenhuma identificação com a pátria (LIMA e HOCHMAN, 2000, p.315); discurso do médico Miguel Pereira (1871-1928), onde o Brasil foi caracterizado como um "grande hospital"⁵, repercutindo bastante na mídia da época. O propalado discurso, em clara oposição aos pensadores ufanistas, afirmava que, exceto as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, que eram capitais mais ou

⁴ Atualmente Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.

⁵ Miguel Pereira é considerado o precursor do movimento higienista no Brasil.

menos saneadas, o Brasil se constituía como um grande hospital. Miguel Pereira baseava-se, em grande medida, no relatório resultante da expedição científica encomendada pelo Instituto Oswaldo Cruz. De acordo com os autores

esse relatório foi peça fundamental para um diagnóstico, ou melhor, para uma redescoberta do Brasil, que mobilizou intelectuais e políticos, e impulsionou a campanha pelo saneamento. Além disso, o retrato do país apresentado nesse documento foi comentado e reproduzido em jornais e em debates acadêmicos e parlamentares, tendo convencido parte da opinião pública ao seu cruel diagnóstico. (LIMA e HOCHMAN, 2000, p.316)

Segundo as análises dos autores que estamos trabalhando, a categoria *sertões* na campanha de saneamento "era mais uma categoria social e política do que geográfica". Tal categoria estava relacionada a espaços onde fosse localizado o binômio "abandono – doença". É a partir deste raciocínio que Afrânio Peixoto (1866-1939), de acordo com os autores, apontava que "'os sertões do Brasil' começavam no fim da avenida Central.

A caracterização do brasileiro pobre, sertanejo, como caipira "'piolho da terra", indolente, imprevidente e parasita, ganha grande ápice nas mãos de Monteiro Lobato. No conto "Velha praga", publicado no Jornal "O estado de São Paulo, em 1914, o nobre literato, higienista, refere-se assim ao sertanejo:

Este funesto parasita da terra é o caboclo, espécie de homem baldio, seminômade, inadaptável à civilização, mas que vive a beira dela na penumbra das zonas fronteiriças à medida que o progresso vem chegando com a via férrea, o italiano, o arado, a valorização da propriedade, vai ele fugindo em silêncio, com o seu cachorro, o seu pilão, o pica-pau e o isqueiro, de modo a sempre conservar-se fronteiriço, mudo e sorna (LOBATO apud LIMA E HOCHMAN, 2000, p. 321).

Assim, influenciados pela campanha de saneamento, "nomes expressivos das elites intelectuais e políticas do país" ficaram sensibilizados, de modo que foi criado a "Liga-Pró -Saneamento do Brasil", em 1918, que reunia personagens destacados do meio militar, da medicina, da engenharia e meio jurídico. Tal liga previa a descentralização de ações, formando "delegações regionais em vários estados". Em 1920, sob influência dessa Liga, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS), que tinha por

meta reorganizar e ampliar o serviço de saúde. (LIMA e HOCHMAN,2000, p.317-318).

Encerraremos essa parte histórica e nos deteremos, agora, sobre o problema do crack.

Ora, é curioso como o plano de enfrentamento ao crack muito se assemelha à política impetrada pelo que a Liga de Saneamento se propunha no início do século passado, e ainda não foi atingindo: ampliação e reorganização dos serviços de saúde para a população pobre. Por outro, pensar a imagem estereotipada da população contemporânea que vive nas ruas e considerada usuária compulsiva de crack, divulgadas pela mídia como os “noiádos”, nos evoca o “funesto parasita da terra”, descrito por Monteiro Lobato. Tal percepção nos parece compartilhada por, quando apontam que boa parte da sociedade brasileira no século XXI, movida por concepções moralistas, percebe os usuários de crack como um problema judicial, imputando-lhes o estigma de

[...] uma pessoa suja, pobre, marginal e noiada (referência à paranóia, quadro psíquico classificado pela psiquiatria). Alguns consideram que para a sociedade se ver livre dos problemas trazidos pelo uso do crack – cracolândias, violências nas ruas, mortes de jovens – o melhor seria trancafiar nas prisões o usuários dessa substância (FANTAUZZI E AARÃO, 2010, p.81-82).

Coadunando com a perspectiva acima apontada, o município do Rio de Janeiro, embora não esteja praticando (oficialmente) detenções em prisões para solucionar a problemática dos usuários de crack, é totalmente a favor da internação e da atuação jurídica para resolver tal questão, direcionando essa ação especificamente para pessoas tidas como moradores de rua, como fica explícito na matéria vinculada no site da prefeitura desse município:

SMAS JÁ RETIROU MAIS DE 900 PESSOAS DAS RUAS EM MENOS DE TRÊS MESES. [...] Após o acolhimento, os moradores de rua passaram por um processo de identificação na polícia [...] e as crianças e os adolescentes foram conduzidos à DPCA. Com o processo de identificação concluído, todos foram conduzidos para as unidades de abrigagem da rede socioassistencial de adolescente, [...], onde foram avaliadas por médicos e psicólogos para identificar a necessidade de internação compulsória.

- Junto com o Ministério Público e a Justiça entendemos que, se não cortarmos esse vínculo com a droga, não será possível resolver o problema. A polícia faz o seu trabalho de polícia e a SMAS atua na acolhida dessa população. As duas juntas estão conseguindo excelentes resultados, com uma nova perspectiva de vida para essas pessoas [...](SECRETARIA..., 2011).

Tal ação conta com total apoio da justiça deste município:

INTERNAÇÃO OBRIGATÓRIA NÃO TIRA DIREITOS DE VICIADOS EM CRACK, DIZ JUSTIÇA DO RIO- O Ministério Público entende que a internação obrigatória de adolescentes e crianças viciados em crack não questiona o direito de ir e vir, pois eles não estão indo e vindo, mas vagando pelas ruas. [...] Para a juíza Ivone Caetano, da Vara da Infância e Juventude e Idoso, o único direito ilimitado é o direito à própria vida.”[...] A juíza ainda afirma que a internação obrigatória é uma saída para as famílias que não têm condições de pagar pelo tratamento do filho. (INTERNAÇÃO 2011).

Frente a tais declarações, não há como negar que as ações de políticas públicas relativas ao enfrentamento ao uso de crack e outras drogas é dirigida aos pobres. O estado de São Paulo dá sinais de concordância com tais medidas e solicita um parecer da Procuradoria municipal. A frente parlamentar desse estado declara na imprensa que: “Precisamos pensar em propostas de gestão compartilhada para enfrentar o problema das drogas. A Cracolândia não tem que ser uma imagem de referência em São Paulo.” (SP cria...,2011). E o parecer da Procuradoria Geral do Município, para resolver a problemática das cracolândias, recomenda o recente modelo adotado pelo Rio de Janeiro: recolhimento de moradores de rua, triagem e decisão judicial de internação.

Segundo matéria divulgada na mídia

O parecer desata o nó jurídico em torno da internação e coloca nas mãos do prefeito Gilberto Kassab (em partido) a decisão política de adotar a medida na capital.”Não estou mais no processo,já superei minha fase.Fizemos um pequeno estudo.Passamos os conceitos jurídicos, as posições favoráveis e contrárias. O Januário (Montone, secretário da saúde) e a Alda (Marco Antonio, secretária da Assistência Social) têm de trabalhar o tema”, disse Claudio Lembo, secretário de Negócios Jurídicos, pasta por onde passou o projeto, antes de ser encaminhado a Kassab.

Dois pontos são a base da argumentação jurídica a favor da internação compulsória.O primeiro é o da incapacidade civil dos menores, que não teriam plenamente o direito de escolher se querem ou não ser internados.Para a Procuradoria, eles ainda se submetem às escolhas de seus pais.O segundo argumento é de que, de acordo com a lei, os “toxicômos também são considerados incapazes”.O

modelo proposto permite que o usuário seja levado à avaliação de um psiquiatra mesmo contra a sua vontade(SP dá primeiro..., 2011)

Se essa medida for bem vista pelo poder público de todos os estados, o Brasil no século XXI se tornará realmente um “grande hospital”, cheio de pobres lotando instituições de detenção, sejam elas de cunho religioso, médico (variações de manicômios), modelos eufemísticos de prisões.

De um modo geral, consoante o que foi constatado em nossa pesquisa, a implantação do plano de enfrentamento ao crack nos Municípios ou estados brasileiros seguem os mesmo objetivos citados pelo plano Nacional: aumento de leitos em hospitais, implantação de clínicas para dependentes químicos, fortalecimento das comunidades terapêuticas. Apesar dessa proposta, nem sempre os municípios e estados não levam em consideração outras alternativas, apontadas no próprio Plano Nacional, idealizado pelo governo federal, como as propostas de implantação de programas de redução de danos.

Notícias referentes à redução de danos são pouco citadas, coadunando portanto com os estudo realizados sobre essa forma alternativa, frente às já institucionalizadas, de tratamento aos dependentes químicos e em especial aos usuários de crack. Este tipo de atenção à saúde sofre inúmeros preconceitos e dificuldades para ser implantado no Serviço de Saúde Pública, havendo inclusive divergências entre órgão do Governo brasileiro (Domanico, 2006).

BREVES E PROVISÓRIAS CONCLUSÕES

Em suma, mais uma vez é perceptível a relação justiça, polícia e detenção, em nome da saúde dos pobres, que visa na realidade proteger, no fundo, camadas mais favorecidas da sociedade. Não pensamos de modo algum que pessoas em situação de rua não façam uso de crack, mas também não consideramos que todas sejam dependentes dela e nem que o tratamento a base de detenção compulsória, regime medicamentoso e de regras seja a solução para tal problema. Apostamos numa perspectiva que respeita mais a autonomia do indivíduo, que é articulada sob a perspectiva de redução de danos.

Intuímos que as ações do plano de enfrentamento ao crack, que deveriam ser direcionadas aos dependentes de tal substância, são na realidade, voltadas para pessoas sem poder aquisitivo, um plano cheio de paranóia. Em nossa interpretação um plano de enfrentamento a endemias ou epidemias (a questão não é necessariamente essa, embora usar de inverdades ou desconhecimento da real situação dos usuários de crack seja um fato), que parte do mesmo princípio de diagnóstico de séculos passados.

O que muda o quando pensamos a “Lei dos pobres”, ou as categorias “moradores de rua”, “noiádos”, “usuários de crack”,? Será que as argumentações ideológicas, portanto discursivas em relação aos atores sociais a quem são dirigidas tais categoria mudou muito? Mudar a nomenclatura é mais fácil do que a base que a mantém, seja tal alicerce mais ou menos exposto, é o que nossa intuição nos diz, talvez daí a sensação de “eterno retorno” em relação às pessoas a margem ou margeadas pela sociedade.

REFERÊNCIAS

BRASIL faz primeiro grande levantamento estatístico sobre consumo de crack. AGÊNCIA BRASIL **online**, **Governo Federal**. 02 mar. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/03/2/brasil-faz-primeiro-grande-levantamento-estatistico-sobre-consumo-de-crack/print>> . Acesso em: 23 abr. 2011.

CONSELHO regional de Psicologia SP. **Manifestação do CRP SP contra o investimento do sus nas comunidades terapêuticas**. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=376>. Acesso: 20 set. 2011.

DOMANICO, Andrea. **Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo do noias! Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-pilotos do Brasil**. UFBA. Tese de doutorado, Salvador 2006. Disponível em: <www.abordabrasil.org/biblioteca/producaoacademica/Craqueiros_e_cracados_paginado_pdf>. Acesso em : 18 ago. 2011.

FANTAUZZI, Gustavo dos Santos; AARÃO, Bruna de Fátima Chaves. O Advento do Crack no contexto Político Brasileiro. In: SAPORI, Luis Flavio; MEDEIROS, Regina. **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. p.81-101.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 2 reimp. 8. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. **Microfísica do poder**. 23. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FRÚGOLI JR, Heitor. O urbano em questão na antropologia: interfaces com a sociologia. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, 2005, v.48 nº 1.

INTERNAÇÃO obrigatória não tira direitos de viciados em crack, diz Justiça do Rio. **R7 Notícias on line**. Rio de Janeiro, 02 jun. 2011. Disponível em : <<http://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/noticias/internacao-obrigatoria-nao-tira-direitos-de-viciados-em-crack-diz-justica-do-rio-20110602.html>> Acesso em: 01 ago 2011.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são...Discurso médico-sanitário e interpretação do país... **Ciência e Saúde Coletiva**, (2), 2000, p. 313-332. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n2/7098.pdf>> Acesso em: ago 2011.

MEDEIROS, Regina. Clínica e croni(cidade): impactos do uso/abuso de crack na configuração da toxínomia. In: SAPORI, Luis Flavio; MEDEIROS, Regina. (Orgs.). **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. p.-165-218.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Decreto-lei nº 7.179, de 20 maio de 2010. **Presidência da República**. Casa Civil. Brasília, DF 2010. Disponível em: <[www.http://legislacao-planalto.gov/lelista/legislacao.nsf/viw-identificacao/DEC 7.179-2010?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legislacao/nf/viw-identificacao/DEC%207.179-2010?OpenDocument)>. Acesso em: 24 set. 2011.

BRASIL. Decreto-lei nº 7.426 , de 07 de janeiro de 2011. **Presidência da República**. Casa Civil. Brasília, DF 2010. Disponível em: <[www.http://legislacao-planalto.gov/lelista/legislacao.nsf/viw-identificacao/DEC 7.426-2011?OpenDocument](http://legislacao-planalto.gov/lelista/legislacao.nsf/viw-identificacao/DEC%207.426-2011?OpenDocument)>. Acesso em: 24 set. 2011.

SECRETARIA Municipal de Assistência Social (SMAS). SMAS já retirou mais de 900 pessoas das ruas em menos de três meses. **Prefeitura do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. 17 jun. 2011. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smas/exibeconteudo?article-id=1859473>>. Acesso em : 24 jul. 2011.

SP CRIA frente parlamentar para combater o crack e outras drogas.R7 online,São Paulo 31 mai. 2011. Disponível em < <http://noticias.r7.com/sao-paulo/noticias/sp-cria-frente-parlamentar-para-combater-o-crack-e-outras-drogas-20110531.html>> . Acesso em: 28 jun. 2011.

SP dá primeiro passo para internação forçada de meninos de rua usuários de droga. **O Estadão online**, São Paulo 29 jun. 2011. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,sp-da-1-passo-para-internacao-forcada-de-meninos-de-rua-usuarios-de-droga,751406,0.htm>>. Acesso em: 30 jul 2011