

ANÁLISE DA ESTRATÉGIA DE INTERNAMENTO COMPULSÓRIO PARA USUÁRIOS DE CRACK EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL.¹

Analysis of compulsory internment policy for street crack-cocaine users in Brazil

Ivan Farias Barreto

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia/Universidade Federal da Bahia. Estrada de São Lázaro, 197. 40210-730 – Salvador – BA – Brasil.

ifbarreto@hotmail.com

Resumo:

Esse estudo analisou a política de internamento compulsório para usuários de *crack* em situação de rua no Brasil. A metodologia empregada foi uma revisão narrativa de literatura construída principalmente em torno de uma perspectiva antropológica que problematizou essa política como recurso terapêutico, ou porta de entrada desses usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho questionou se este pode ser considerado um modelo de cuidado eticamente responsável, eficaz e humanizado e, para isso, discutiu-se as perspectivas históricas da internação forçada para usuários de substâncias psicoativas, caracterizou os padrões de uso dos usuários de *crack* no Brasil, apresentou os indicadores socioeconômicos desses consumidores e sugeriu a adoção de salas seguras para consumo de drogas, além da regulação/descriminalização das substâncias psicoativas no país. Os resultados apontaram que a estratégia de internação compulsória para usuários de crack é completamente inadequada, viola os direitos humanos e contribui para a manutenção do estigma dessas pessoas. Orientador: Prof. Dr. Edward MacRae. Palavras-chave: Internamento Compulsório, Crack, Políticas de Drogas, Saúde Coletiva, Direitos Humanos.

Abstract:

This study examined the policy of compulsory internment for street crack-cocaine users in Brazil. The methodology employed was a narrative literature review mainly built around a social anthropological perspective which problematized this policy as a therapeutic resource, or gateway for these users in the Brazilian Unified Health System (SUS). The work questioned whether this can be considered as an ethically responsible health care model, and investigated its effectiveness and degree of humanitarianism. With such a purpose the author presented a historical perspective of forced internment for drug users, characterized the patterns of crack-cocaine use, investigated their socioeconomic indicators, suggested the adoption of safer use rooms for these users and also the regulation / decriminalization of the illicit drugs market. The results pointed out that the compulsory internment of crack-cocaine consumers is completely inappropriate, violates human rights and contributes to the maintenance of stigma on these people. Supervisor: Prof. Dr. Edward MacRae. Keywords: Compulsory Internment, Crack-Cocaine, Drug Policy, Collective Health, Human Rights.

¹ Esse texto foi originalmente escrito para compor Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Integral ao consumo e aos consumidores de Álcool e outras Drogas pelo CETAD / FMB (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas / Faculdade de Medicina da UFBA - Universidade Federal da Bahia) e SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas). Orientador: Prof. Dr. Edward MacRae. Salvador-Brasil, 2013. pp. 6-26.

INTRODUÇÃO

Trata-se aqui de uma revisão narrativa de literatura que objetiva analisar e problematizar as recentes medidas de internamento compulsório enquanto estratégia emergencial de combate ao consumo de *crack* no Brasil. Esse trabalho questiona o que está implicado na estratégia de internação compulsória para usuários de *crack* em situação de rua no Brasil e se o internamento compulsório pode ser considerado um modelo de cuidado eticamente responsável, eficaz e preocupado com a garantia dos direitos humanos fundamentais dos usuários de *crack*.

A princípio, foi realizado um levantamento bibliográfico a fim de situar sociohistoricamente a prática da internação forçada para usuários de substâncias psicoativas. Espera-se demonstrar que a internação forçada para usuários de drogas é uma prática instituída desde o século XIX, denunciando que apesar dos avanços científicos e de saberes acumulados, ações higienistas e de violação de direitos humanos continuam sendo praticados em todo o território nacional.

Em segundo momento, uma caracterização dos consumidores de *crack* fez-se necessário para discutir quem são esses usuários em termos de idade, escolaridade, padrões de consumo, meios de aquisição da substância, entre outros indicadores importantes. Nesta seção, as referências utilizadas para dar conta do objetivo proposto foram os dados epidemiológicos provenientes de pesquisas publicadas pela Fiocruz em 2013, além de um estudo etnográfico realizado pela antropóloga Luana Malheiro no Centro Histórico de Salvador-Ba.

Em seguida, foi analisado o plano de internamento compulsório legitimado pelo governo federal e adotado por alguns estados brasileiros na tentativa de conter a chamada “epidemia” do *crack* no país. Foram considerados os abusos dessa proposta higienista imposta, a autonomia e a liberdade dos consumidores de *crack*, os programas de redução de danos, as comunidades terapêuticas e o modelo biomédico dominante nas políticas sobre o consumo de substâncias psicoativas.

Finalmente, conclui-se que é necessário observar com maior interesse as políticas de drogas bem sucedidas pelo mundo e levar em conta as tentativas que fracassaram a fim de reestruturar/reforçar os cuidados referentes ao consumo de *crack* no Brasil. Foram, portanto, explicitadas duas medidas políticas que conseguiram notória eficácia sobre essa

questão, analisando a possibilidade de adotar ou inovar a política brasileira de drogas a partir desses modelos.

Breves considerações históricas da internação forçada para usuários de substâncias psicoativas no Brasil

A história das primeiras políticas públicas voltadas a usuários de drogas no Brasil coincide com o surgimento de instituições psiquiátricas para os ditos alienados². Em 1852, no Rio de Janeiro, o Hospício Pedro II (renomeado posteriormente de Hospício Nacional de Alienados) inaugurou uma assistência em saúde mental de caráter excludente e baseada em princípios da igreja católica. Segundo Guimarães, Borba, Larocca e Maftum (2013), o Brasil se tornou o primeiro país da América Latina a fundar um manicômio com base no alienismo francês, o qual manteve a tradição asilar de abrigar desviantes de todos os tipos, regidos sob a égide das mais diversas intervenções e arbitrariedades.

A crescente pressão da população para o recolhimento dos alienados “inoportunos/as” a um lugar de isolamento fez com que o Estado Imperial determinasse a construção de um lugar específico com o objetivo de tratá-los [...] com a intenção de remover e excluir o “elemento perturbador” (Fortes, 2010, p.324).

Há claras indicações de existência de uma pressão social no sentido da internação dos alienados, de sua retirada das ruas, ação operacionalizada através das autoridades policiais, nas capitais e no interior das províncias. O processo de institucionalização dos alienados foi marcado pela construção de uma opinião pública consensual quanto à necessidade e, sobretudo, quanto à legitimidade de sua reclusão em hospícios públicos (Oda e Delgalarrondo, 2005).

No ano de 1903, por meio do decreto nº 1.132, introduzia-se no Brasil o primeiro modelo de tratamento para pessoas acometidas com algum tipo de “insanidade mental”.

² “Esses alienados são por certo os incuráveis e quiçá os enfermos mais imundos, quais os idiotas, os imbecis, etc., que, pelo seu estado valetudinário, aumentam o número de óbitos. Aqui, pelo contrário, o Hospício recebe os enfermos de toda sorte de moléstias mentais, pela mor parte incuráveis. Assim, os caducos, os paralíticos, os idiotas, os epiléticos, os afetados de *delirium tremens*, e delírio alcoólico em último grau, enfim, todos os alienados que lhe são remetidos do Asilo de Mendicidade, dos Hospitais de Misericórdia, Penitenciária, quartéis e cadeias de toda a Província” (São Paulo, 1889 apud Olga e Delgalarrondo, 2005, p.992).

Apesar de ter sido uma inovação para aquele momento da história, pois proibia a manutenção de alienados nas cadeias públicas, o decreto não se preocupava com a condição do doente e sim cuidava da internação compulsória somente para tornar segura a vida da sociedade e manter a ordem pública (França, 2012).

Já em 1920, surge a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) enquanto entidade de fundamental importância para a produção, circulação e consolidação do discurso da psiquiatria higienista brasileira. Sua formação discursiva baseava-se na luta antialcoólica, no controle de reprodução e da sexualidade, controle de imigração, na noção de nacionalidade, de questões raciais, assistência a alienados, trabalho terapêutico, educação escolar etc. (Carvalho, 1999).

Um outro vetor de sua ação foi o combate ao alcoolismo, entendido à época como flagelo nacional, debilitante do sistema nervoso e predisponente à disseminação de doenças, como as nervosas e mentais, além de doenças venéreas e crimes. A luta antialcoólica, aliás, contava com o apoio do Estado, que reconhecia sua utilidade pública, subvencionando-a pecuniariamente, ainda que de maneira intermitente (Oliveira, 2011, p.629).

Em 1932, o Decreto nº 20.930 normatizou a toxicomania ou a intoxicação habitual por entorpecentes enquanto doença de notificação compulsória e estabeleceu a internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não, quando provada a necessidade de tratamento ou a bem dos interesses de ordem pública. O Decreto nº 24.559/1934 além de regulamentar os estabelecimentos psiquiátricos, definiu os regimes de internação aberto, fechado e misto nessas instituições. Já em 1938, o Decreto nº 891 proibia o tratamento de toxicômanos em domicílio.

Perdoados os cortes históricos, foi somente a partir da década de 1980 – como afirmam Sadigursky e Tavares (1998) – que surgiram tentativas na transformação da instituição psiquiátrica brasileira, buscando a reversão do modelo asilar caótico, segregador e dissocializante, através da luta dos profissionais de saúde mental. No entanto, apesar do Projeto de Lei nº 3657/1989 (transformado posteriormente na Lei nº 10.216/2001) ter contribuído significativamente para o avanço da reforma psiquiátrica no Brasil - através da extinção progressiva dos manicômios -, a compulsoriedade continua sendo uma modalidade de internação que legitima o Poder Judiciário a realizar indicações terapêuticas para usuários de *crack* em situação de rua.

Na mudança ainda imprecisa da perspectiva policial para a perspectiva centrada na saúde, a internação compulsória acaba sendo uma medida de saúde policialesca. Lembro que a luta antimanicomial, pregada pela Reforma Psiquiátrica, já tornou pública seus achados sobre as condições desumanas aplicadas aos que sofriam com transtornos mentais e que padeciam internados em um sistema hospitalar que mais parecia um sistema carcerário medieval e onde a autonomia dos indivíduos era geralmente reduzida ao mínimo. Agora, com o fechamento de grande parte desses antigos manicômios, a nova proposta de internação compulsória parece destinado a redirecionar o modelo manicomial, enfocando especificamente os droga dependentes e/ou usuários abusivos de *crack*. É como se, o abuso no uso de *crack*, fossem aplicadas antigas estratégias já abandonadas na atenção ao “transtorno mental”. Entre os especialistas na área há um grande dissenso sobre a questão (Valença, 2013, p.109-110).

As indicações de internamento compulsório têm sido feitas quase que arbitrariamente, pois não consideram as singularidades desses usuários, suas histórias de vida, propósitos de uso e padrões de consumo. Não são fundamentadas adequadamente em avaliações clínicas por uma equipe multiprofissional de saúde. São determinações centradas na droga que transformam a dimensão da exceção em regra, isto é, não consideram o caso a caso.

Como demonstra a experiência, quase todos os moradores de rua que consomem *crack* já foram internados em clínicas que, mancomunadas com a ação higienista, não possuem qualquer projeto terapêutico consistente que dê continuidade após altas e que pense no estudo, no trabalho, na sexualidade e na moradia dessas pessoas.

Os que não completam o tratamento, os que escapam e os que lá permanecem durante meses são reencontrados nas zonas de uso na sua absoluta maioria (Lancetti, 2012, p.30-31).

É preciso ter em conta que o tratamento não voluntário não é eficaz, porque não conta com o pleno engajamento pessoal do sujeito na interrupção do hábito e reestruturação de seu modo de vida. Além disso, qualquer que seja a abordagem terapêutica adotada, é comum a situação de recaída, o que na lógica da internação, só pode gerar novos e sucessivos recolhimentos forçados. A exclusão social do dependente e até do mero usuário ocasional vem sendo escamoteada pelas autoridades através da adoção de um discurso supostamente humanitário de proteção e cuidado aos enfermos e vulneráveis. Esse discurso busca seu “fundamento de realidade” na força das imagens, veiculadas pela mídia nacional, onde as chamadas cracolândias são apresentadas como palcos para cenas de degradação humana, exibidas como “prova irrefutável” da

necessidade de intervenções proibicionistas e segregadoras (Castilho, 2012). Assistimos, assim, ao retorno de antigas estratégias que, igualmente ao que ocorria no início do século XX, respondem ao suposto clamor da opinião pública leiga, estigmatizante, manicomialista e altamente manipulada pela mídia.

Quem são os consumidores de *crack* no Brasil?

Pesquisa realizada em 2012 estimou que 0,81% da população das capitais do Brasil e Distrito Federal consumiram *crack* ou similares (pasta base, merla e/ou oxi) regularmente, ou seja, por ao menos 25 dias dentro de um espaço de 6 meses. Deste valor, 0,11% são crianças e adolescentes e 0,70% maiores de idade. Cerca de 80% dos usuários utilizaram a substância em espaços públicos, de interação e circulação de pessoas, ou em locais possíveis de serem visualizados/visitados facilmente (Fiocruz, 2013a). Em relação à escolaridade, verificou-se a baixa frequência de usuários que cursaram/concluíram o Ensino Médio e a baixíssima proporção de usuários com Ensino Superior (Fiocruz, 2013b).

As estimativas da pesquisa apresentam números significativamente mais elevados em relação aos levantamentos domiciliares realizados em 2001 e 2005. Entretanto, trata-se de uma metodologia distinta devido principalmente à natureza indireta das entrevistas, isto é, os usuários foram questionados sobre o comportamento de outras pessoas de sua rede de contatos e não sobre eles próprios. Segundo a Agência Brasil (2013), a Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD) considera ter pela primeira vez um dado muito confiável em relação ao número de usuários de *crack* nas capitais. Por outro lado, as informações preliminares não estimam a quantidade de usuários regulares nas cidades interioranas do país e os resultados disponíveis não podem ser comparados com levantamentos realizados em anos anteriores devido às diferenças metodológicas entre elas.

Ademais, embora não se possa afirmar de maneira simplista que os usuários de *crack* são uma população de/na rua, não se pode escamotear o dado de que algo como 40% deles passavam parte expressiva de seus tempos na rua, representando uma significativa proporção de usuários nessa situação. Atividades ilícitas, como tráfico de drogas e furtos/roubos e afins, apesar de não serem as principais fontes de renda dos usuários de *crack*/similares, foram relatados por uma minoria dos entrevistados, 6,4% e 9,0%, respectivamente (Fiocruz, 2013b). Vemos, assim, que o uso da droga não leva o usuário

necessariamente a praticar atos de violência, como o roubo, contrariando as informações comumente veiculadas na mídia e presentes no imaginário do senso comum. Tudo indica que a maior parte da violência relacionada ao *crack* é resultada da agressiva política proibicionista oficial e de “acertos de contas” entre traficantes e usuários inadimplentes. Nesse sentido, Werb, Rowell, Guyatt et. al. (2010) sugeriram em uma pesquisa sistemática realizada em várias cidades dos Estados Unidos e em Sidney, que a repressão às drogas tende a contribuir para o acréscimo da violência associada ao mercado ilícito e aumento das taxas de homicídio.

Nas capitais, o tempo médio de uso do *crack* e/ou similares foi de aproximadamente 8 anos, sendo 16 o número médio de pedras usadas por usuário. Já nos demais municípios, o tempo médio de uso do *crack* e/ou similares foi de cerca de 5 anos com uma média de 11 pedras usadas ao dia. Segundo a pesquisa, esses resultados sugerem que o uso da droga vem se interiorizando recentemente e o tempo médio de uso contradiz as notícias comumente veiculadas de que os usuários de *crack*/similares teriam sobrevida inferior a 3 anos de consumo (Friocruz, 2013b).

A antropóloga Luana Malheiro, ao realizar uma pesquisa etnográfica sobre trajetórias de “carreira de uso de *crack*” no Centro Histórico de Salvador-Bahia, revelou usuários com histórico de 8 a 15 anos de uso da substância, também corroborando para desmistificar informações equivocadas sobre uma curta sobrevida desses usuários. A pesquisadora aponta para distintas modalidades de consumo da droga. Assim, o “**sacizeiro**” seria o consumidor iniciante, que não consegue regular o uso devido ao pouco tempo de contato com a substância. Normalmente tem um maior comprometimento físico e social, apresentando um uso compulsivo e disfuncional de *crack*. Não tem emprego fixo e sua atividade de trabalho varia de pequenos furtos à mendicância. Já o **usuário** apresenta mais tempo de uso do *crack* e um saber acumulado a partir de suas experiências, chegando a fazer um uso controlado da substância e desenvolvendo um tempo e um lugar adequado para o consumo. Possuem trabalhos estáveis, ainda que não formalizados, que lhes permitem uma renda fixa, como prostituição, guardador de carros e pequeno tráfico de drogas. Finalmente, o **patrão** refere-se aos comerciantes mais especializados de *crack*. Dificilmente se observa um patrão fazendo uso compulsivo da substância, pois isto impossibilitaria a manutenção de um mercado lucrativo de drogas. Geralmente desprezam o “sacizeiro”, que está sendo devendo na boca (Malheiro, 2012).

A pesquisa acima aponta para certa semelhança do *crack* em relação a outras substâncias psicoativas quando consideradas distintas modalidades de uso. Isso quer dizer que nem todos usam *crack* de modo compulsivo, nem todos apresentam um alto grau de dependência da substância, havendo inclusive aqueles que a utilizam ocasionalmente ou de modo recreativo, preservando uma razoável estrutura de vida. De fato, percebe-se novamente o erro de políticas públicas que impõem tratamentos compulsórios indiscriminadamente, ignorando as histórias, contextos, propósitos e padrões de consumo de *crack* de cada usuário em sua singularidade.

Análise da estratégia de internamento compulsório

O uso de *crack* no Brasil teve início na cidade de São Paulo no início da década de 1990. Por utilizar menores quantidades de substâncias químicas em sua fabricação, o custo do *crack* é mais baixo se comparado à cocaína, tornando-a acessível às mais variadas camadas sociais do país. O sítio eletrônico do programa do governo federal “*Crack é possível vencer*” explica ainda que a popularização do *crack* estava diretamente ligada à necessidade dos traficantes em aquecerem as vendas de drogas. Estes então retiraram dos pontos de distribuição outras substâncias ilícitas, de modo a estimular que usuários de drogas ilícitas, sem alternativa, passassem a consumir *crack*.

A prevalência exata de consumo de *crack* no Brasil permanece desconhecida. Reportagens da mídia têm divulgado estimativas da OMS-Organização Mundial de Saúde de seis milhões de usuários de *crack* no país, enquanto que o Ministério da Saúde diz que há dois milhões. Contudo, dados epidemiológicos não confirmam esse crescimento, ao menos entre população de estudantes dos ensinos fundamental e médio. Uma comparação de duas pesquisas nacionais realizadas entre 2004 e 2010, não mostraram diferença no uso de *crack* na vida ou no último ano. Ademais, o *crack* ocupa o penúltimo lugar na classificação das 12 drogas mais comumente usadas. Estudos com estudantes universitários mostram um fenômeno similar, onde o *crack* aparece em 14º lugar entre as 16 drogas mais usadas e a prevalência de uso recente de *crack* não se alterou nas pesquisas realizadas entre 1996 e 2009 (Nappo, Sanchez, Ribeiro, 2012, p. 1646)³.

³ Nesta e nas demais citações de textos em outros idiomas, a tradução é livre.

Embora o uso de *crack* esteja presente em todas as classes sociais no país, o que tem chamado atenção da população e da mídia é o seu consumo em espaços públicos, a exemplo das crackolândias. O pânico moral propagado pela mídia tem sido utilizado como instrumento para uma política emergencial de repressão às drogas e de seus usuários, justificando a veiculação de ideias como “epidemia de *crack*” ao tempo que associa seu uso à violência e morte.

O conceito de “epidemia de *crack*” reforça o caráter sensacionalista de um termo utilizado sóciohistoricamente para outros fins. Nesse sentido, cabe uma crítica a esse conceito, sendo seu uso muito mais pertinente se forem levados em consideração os alarmantes determinantes sociais em saúde que caracterizam a maior parte dos usuários de *crack* em situação de rua. Denuncia, portanto, a miséria instalada na sociedade brasileira, a invisibilidade desses usuários, a falta de políticas públicas para pessoas em situação de rua, evidenciando a função do *crack* enquanto estratégia que busca amenizar a dor do sofrimento e a falta de perspectivas⁴. Tratar o uso do *crack* como epidemia parece ser uma saída que superficializa as discussões, estigmatiza os usuários e desvia a atenção dos graves problemas estruturais no país.

Outrossim, parece sintomático que a arquitetura das cidades seja criadora de neuroses. A rua apresenta-se como um espaço público de convivência entre pessoas e pessoas e coisas, uma espécie de vitrine da desigualdade social, lugar onde as desgraças humanas e sociais são escancaradas. Retirar forçadamente os usuários das ruas apenas serve para tornar invisível a questão, varrendo os problemas para debaixo do tapete.

Retratando os miseráveis, de maneira estreita e preconceituosa, deixa-se de apontar as inúmeras deficiências dos serviços que deveriam atender às suas necessidades, as deficiências crônicas das áreas de saúde, educação e segurança. Elegendo, como a grande responsável pela violência, uma determinada substância ilícita, consumida por uma pequena minoria sem nenhum poder político ou econômico, ignora-se a substância realmente implicada em uma grande parte da mortalidade, violência e doença ocorrendo no país: o álcool. Enquanto publicações se mostram indignadas com as crackolândias, estampam, sem nenhuma crítica ou restrição, anúncios de bebidas e grandes festas populares promovidas por cervejarias (MacRae, 2013, p.11-12).

⁴ O médico psiquiatra Antônio Nery Filho fala que “os usuários de crack, em geral, já estão socialmente mortos. Por isso refiro a eles como ‘os excluídos dos excluídos’. Talvez não seja correto dizer que estão socialmente mortos porque estão aí, vivos e invisíveis, constituindo uma nova categoria social, insuportável para muitos, em particular governantes em época de conferências internacionais [...] para a monstruosa ‘morte’ destes invisíveis-excluídos, não é qualquer ‘maconha da vida’ que vai dar alguma resposta; para elas é necessária uma droga monstruosamente equivalente, como o crack, capaz de produzir efeitos monstruosos...” (MacRae, Tavares e Nuñez, 2013, p.35).

Apesar dos avanços científicos e das novas compreensões sobre as substâncias psicoativas e seus modos de consumo, a temática continua sendo um tabu na sociedade brasileira e comumente tratada de forma superficial ou displicente. As ações repressivas e autoritárias falham na tentativa de sustentarem o discurso de guerras às drogas e, não obstante, todos os esforços para evitar o uso de drogas ilícitas, os resultados surpreendem ao constatar aumento do consumo geral dessas substâncias, controle de territórios por grupos criminosos, preconceitos e violência gerada pela atual política proibicionista.

A lógica atual de cuidado em relação ao uso/abuso do *crack* por consumidores em situação de rua, salvo algumas exceções, não tem se diferenciado muito daquelas praticadas no século XVIII. Lembra Moraes (2008) que, a literatura aponta para uma manutenção da lógica do controle que surge com o saber médico do século XVIII, em torno dos “portadores de desvios”, entre eles, os usuários de drogas. Comenta ainda que a história da doença mental, na qual está inserido o uso de drogas, é marcada por diversos “jogos de exclusão”.

“Esses jogos de exclusão manifestaram-se dentro das instituições médico-jurídicas para onde os usuários de drogas iam ou eram mandados, cujos recursos terapêuticos utilizados tinham mais a função de punir do que de tratar e, muitas vezes tentavam reduzir o conflito entre o excludente e o excluído, como por exemplo, a partir do uso de medicamentos sedativos, que fixa o doente na sua posição de passividade (Basaglia, 1985 apud Moraes, 2008).

Até pouco tempo, quase ninguém acreditava que era possível a existência de outra lógica que não fosse hospitalocêntrica ou manicomial no tratamento a portadores de transtornos mentais. O mesmo acontece em relação ao usuário de drogas no país. Entretanto, com a reforma psiquiátrica e implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS-AD, foi constatada a possibilidade de articular outra perspectiva de cuidado, outro modo de fazer e refletir a prática da saúde mental no Brasil, sendo o tratamento ambulatorial o mais indicado para esses casos.

Dessa maneira, a lógica que visa maximizar a eficácia do tratamento para usuários de *crack* em situação de rua deverá considerar o CAPS-AD enquanto instituição especializada, além de articular outras intervenções e modos de cuidado junto à RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. Devem-se levar em consideração os serviços de atenção básica em saúde, os consultórios de/na rua, os programas de redução de danos e riscos, a

educação em saúde, as políticas assistenciais e de inclusão etc., de modo a ampliar as possibilidades de re-posicionamento desses usuários dentro da sociedade a qual estão inseridos.

Embora esses serviços sejam os mais indicados, eles não são plenamente implementados, considerando a deficiente taxa de cobertura dessas instituições, o despreparo de uma parcela dos profissionais de saúde, o deficiente diálogo entre profissionais da RAPS, a falta de investimentos públicos em saúde, a corrupção ou desrespeito com a verba pública, a burocracia, os estigmas frente ao usuário de drogas, a política proibicionista, entre outros. Esses problemas somados aos determinantes sociais em saúde que caracterizam os usuários de *crack* em situação de rua (e denunciam a exclusão e o abandono social no país), têm resultado em completa desassistência a essa população. Estes consumidores, por sua vez, encontram no uso de *crack* um meio para suportar as perdas de sentido e ausências de perspectivas, alimentando, portanto, o círculo vicioso “exclusão - uso de *crack* - exclusão”.

Constata-se que a marginalização social do usuário de crack é grande, maior do que a vista para qualquer outra droga lícita ou ilícita. Muitos vivem em condições de extrema pobreza, de acentuada privação material e em situações de instabilidade doméstica. Embora o dano causado pelo uso da substância seja grande, ao contrário do que o senso comum nos leva a crer, uma parcela dessa população se mantém engajada no consumo da droga por períodos de anos e muitos têm contato com a substância sem progredir para sua dependência de forma imediata (Moreira, 2013, p. 91).

Recentemente, alguns estados no Brasil têm recorrido à promoção de internações forçadas para usuários de *crack* em situação de rua, apelando às previsões contidas no Art. 6º da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que legitima três modalidades de internação: voluntária, involuntária (sem consentimento do usuário e a pedido de terceiro) e compulsória. Esta última, determinada pelo juiz competente, tem sido perigosamente privilegiada, provavelmente como resposta ao pânico moral alimentado pela mídia e reforçado pela cobrança da sociedade que se sente incomodada/ameaçada com o uso de *crack* nos espaços públicos. Essas pessoas são geralmente encaminhadas para as chamadas “comunidades terapêuticas”, conhecidas por serem instituições privadas, que priorizam a internação e o isolamento, além de orientarem suas práticas, na maioria das vezes, com base em argumentos religiosos e na lógica da abstinência.

Carecem de estruturas e funcionários capazes de oferecer atendimentos adequados ao grande número de internos e contam com poucos profissionais de saúde. Seus posicionamentos políticos tendem a se restringir a pedidos de maior repressão ao comércio e uso de drogas ilícitas e à promoção de valores cristãos, entendidos dentro de uma óptica conservadora e fundamentalista. Pouco fazem para confrontar a situação de marginalização em que se encontra a população de onde provém a sua clientela. Embora contem com trabalho voluntário, essas instituições servem, muitas vezes, como fontes de poder econômico e político para seus dirigentes. Sua crescente influência chega a preocupar seriamente o Ministério da Saúde e os profissionais do ramo, já que reivindicam, com sucesso, verbas que seriam destinadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, por extensão aos CAPS-AD (MacRae, 2013, p.20).

Diante desse quadro, Méndez (2013) recomenda acabar com a detenção forçada de usuários de drogas e fechar centros de “reabilitação” imediatamente, implementando serviços sociais e de saúde voluntários, baseados em evidências científicas e que respeitem os direitos humanos. Indica ainda a realização de investigações de forma a garantir que abusos, incluindo torturas ou crueldades, tratamentos desumanos e degradantes, não aconteçam nas instituições de gestão privada para tratamento de dependência de drogas.

O Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, disponibilizado em 29 de novembro de 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia [...] teve como objeto de análise os locais de internação para usuários de substâncias psicoativas – SPAs. Foram inspecionadas 68 Comunidades Terapêuticas em várias unidades federais brasileiras e em todas foram registrados abusos contra os direitos constitucionais dos cidadãos. Em 25 estados avaliados houve casos de trabalho não remunerado (18), imposição religiosa (17), punições proibitivas e físicas (16), adolescentes e crianças abrigadas junto com adultos (13), prática de isolamento (11), situações constrangedoras (9) e apropriação de documentos (9). Assim, não poderão deixar de se questionar sobre as condições oferecidas de fato por esses locais de internamento para propiciar a futura reinserção social dos que neles são internados (Valença, 2013, p.105).

Ainda de acordo com o psicólogo Valença (2013), estima-se que cerca de três mil comunidades terapêuticas abriguem mais ou menos 60 mil usuários. Mas, além dos abusos observados em várias comunidades terapêuticas, essas instituições têm abafado outros modelos de cuidado, a exemplo daqueles baseados na lógica da redução de danos. Carneiro e Rego (2012) consideram que a redução de danos aponta para a necessidade do autocuidado, permitindo outro modo de se usar a droga que minimize os prejuízos a si e ao outro. Está embutido nessa proposta, o respeito ao usuário, tratado como cidadão comum,

com direitos e deveres, inclusive o direito de escolher continuar fazendo uso da droga, de modo responsável e com minimização dos danos.

O internamento compulsório ainda tem sido utilizado como primeiro instrumento de aproximação do usuário de *crack* ao SUS e à assistência social, podendo ser compreendida como uma medida higienista e uma prática punitiva aos consumidores da substância. Ausentes desse programa estão a garantia dos Direitos Humanos desses usuários, a liberdade de crença e mesmo a observação de um projeto terapêutico singular.

“(…) eu insisto que hospitais psiquiátricos são como prisões, não hospitais; que a hospitalização psiquiátrica involuntária é um tipo de aprisionamento, não de cuidado médico; e que psiquiatras coercitivos são como juízes e carcereiros”. (Szasz, 1974, p. xii)

“(…) percebemos que, com frequência, as internações psiquiátricas de adolescentes usuários de drogas ilícitas são tomadas como uma medida prévia à internação na Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE). Dessa forma, a internação psiquiátrica acaba funcionando como um tipo de “castigo”, um “tratamento moral”, que, se falhar, pode ser substituído por uma intervenção mais rigorosa”. (Scisleski e Maraschin, 2008, p. 460)

Outro dado importante que Scisleski e Maraschin (2008) abordam, refere-se à escassa produção em termos de pesquisa e publicação sobre o tema da internação psiquiátrica de adolescentes por ordem judicial. Destaca ainda que essa prática acaba convocando sempre a mesma categoria: a dos adolescentes em situação de marginalidade social, em conflito com a lei, usuários de drogas, geralmente o *crack* e que frequentemente são reinternados, revelando a ineficácia desse tipo de internação. Em consonância com essa pesquisa, Silveira (2011) aponta que as taxas de recaída após a utilização desse método, podem chegar a 95% e os melhores resultados são aqueles obtidos por meio de tratamentos ambulatoriais questionando ainda se o uso de drogas não seria consequência direta de situações adversas a que tais pessoas estão submetidas.

Além dos altos índices de recaída desses usuários, parece não haver sentido para a prática de internação compulsória quando pesquisa da Fiocruz (2013b) aponta que 78,9% dos usuários de *crack* afirmaram desejar tratamento. Nesse momento, são problematizadas a forma como tem acontecido a aproximação desses usuários aos programas de saúde e a adequação da cobertura oferecida pelos dispositivos de saúde especializados em termos de estrutura e número de profissionais qualificados para atenderem a essa demanda.

Na verdade pouco se tem pensado sobre as reais consequências que o internamento compulsório poderá gerar na população que consome *crack* nas ruas, considerando suas subjetividades e interlocuções sociais. Até mesmo nosso conhecimento sobre a real situação dessa população é ameaçada um vez que, sob ameaça de internação compulsória, esses usuários se mostrarão mais refratários ainda a manter qualquer tipo de relação com pesquisadores, facilmente confundidos com agentes da repressão psiquiátrica. Assim, para produzir um efeito mais positivo para a população usuária, medidas de enfrentamento ao uso problemático de substâncias psicoativas deveriam ser concebidas em conjunto com diferentes outros setores governamentais, envolvendo cidadania, habitação, emprego, educação, meio ambiente etc.

Na busca de maneiras mais eficazes de oferecer cuidados aos usuários de *crack* em situação de rua, algumas práticas adotadas por certos países que obtiveram resultados positivos com propostas inovadoras deveriam ser analisados com mais interesse. Segundo o Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas, publicado em junho de 2011, entre diversas medidas sugeridas encontra-se a abolição de práticas abusivas impostas sob pretexto de tratamento, como a detenção forçada, trabalho forçado, e abuso físico ou psicológico – que infrinjam os direitos humanos ou que violem o direito das pessoas à autodeterminação.

“Como afirmou a Alta Comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Navenethem Pillay, “Pessoas que usam drogas não perdem seus direitos humanos. Com muita frequência usuários de drogas sofrem discriminação, são forçados a aceitar tratamento, são marginalizados e vítimas de políticas de criminalização e punição, quando deveriam se beneficiar do acesso a tratamento para a redução de danos e respeito pelos direitos humanos”. (Cardoso, Fernando; Shueltz, George; Fuentes, Carlos; *et al*, 2011, p.5)

Dentre as ações que poderiam promover mudanças, deve-se considerar a descriminalização ou regulamentação das substâncias ilícitas, a abolição de posturas agressivas ao usuário de drogas, criação de salas para uso seguro de drogas, ampliação da estratégia da redução de danos, incentivos fiscais a empresas que contratam toxicod dependentes etc. Conclui-se, portanto, que a quebra de paradigmas é extremamente recomendável para a abertura de novos caminhos na abordagem da questão, na medida em que promovem um alerta contra as atitudes condicionadas que se repetem nos discursos do senso comum alardeados por numerosos representantes políticos da sociedade brasileira.

Duas políticas de drogas possíveis de serem instituídas no Brasil e potencialmente transformadoras

Salas de consumo de drogas (SCD)

Nos últimos 10 a 20 anos, salas para consumo de drogas têm sido incorporadas nas estratégias de tratamento de drogas e redução de danos em uma variedade de países da Europa Ocidental, América do Norte e na Austrália. Contudo, elas ainda não foram estabelecidas na maioria dos países do mundo. A existência de cenas abertas de uso de drogas e o aumento do número de mortes relacionadas ao consumo fizeram com que políticos e profissionais se dessem conta que políticas criminais repressivas e programas baseados na abstinência não foram capazes de reduzir o consumo de drogas e os danos associados (Schatz e Nougier, 2012).

A meta das salas de consumo é alcançar e abordar problemas de populações específicas, como usuários de drogas consideradas de alto risco, que as consomem em público e frequentemente não têm acesso aos dispositivos de saúde. Os principais objetivos são: alcançar o máximo da população-alvo; promover um ambiente seguro que permita um menor risco e um consumo de drogas mais higiênico; reduzir a mortalidade e a morbidade dos usuários; estabilizar e promover saúde; reduzir uso de drogas em espaços públicos e incômodos associados; e evitar o aumento da criminalidade dentro e em torno das instalações. Dentre os serviços oferecidos, além de programas de educação para uso seguro de drogas, aconselhamentos e ensino de regras básicas de higiene, os serviços de cuidados em saúde incluem tratamentos de pequenas feridas e aconselhamento psicossocial (Hedrich, 2004).

Consumidores de *crack* são conhecidos por terem uma alta prevalência de lesões orais, incluindo queimaduras, bolhas e ferimentos nos lábios e boca que podem facilitar a transmissão de infecções. Além disso, pesquisa feita no Canadá demonstrou que usuários de *crack* apresentaram maior probabilidade de se engajarem em comportamentos sexuais de risco e formas perigosas de consumo da substância, associados tanto com infecções de hepatite C quanto de HIV (Shannon, Ishida, Morgan et. al., 2006).

A referência acima corrobora com pesquisa realizada pela Fiocruz em 2012 sobre perfil dos usuários de *crack* no Brasil, constatando o preocupante número de mais de 70% de usuários que disseram compartilhar os apetrechos utilizados para o consumo da

substância. Além disso, 7,8% das pessoas que consomem *crack* afirmaram que nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa haviam tido episódios de intoxicação aguda. Embora a autopercepção do que é, de fato, *overdose* seja bastante difícil e imprecisa frente a diversos outros problemas de saúde, é expressiva a proporção de usuários que relataram ter vivenciado tal experiência (Fiocruz, 2013b).

Na contextualização desse dispositivo para a realidade brasileira, seria razoável pensar que fosse destinado a usuários de crack/similares que apresentassem padrão de uso compulsivo, incluindo moradores de rua, profissionais do sexo, ou pessoas que inicialmente não desejassem tratamento. Dessa forma, esse serviço de saúde, baseado na lógica da redução de danos, contaria com uma equipe interdisciplinar em saúde (por exemplo: profissionais da psicologia, antropologia, enfermagem, nutrição, medicina, assistência social etc) que, interagindo a outros dispositivos da RAPS, poderia funcionar também promovendo encaminhamentos desses usuários, a depender das demandas que fossem apresentadas.

Descriminalização/regulação das substâncias psicoativas

É consenso para muitos pesquisadores que a repressão aos usuários e às drogas consideradas ilícitas não tem funcionado. O Brasil chegou ao seu limite nas graves consequências sociais provocadas pelo proibicionismo refletindo em estigmas e na violação de direitos humanos sobre a liberdade e a privacidade desses usuários. Uma política de drogas realmente eficiente e eticamente responsável apenas será possível quando a sociedade e as autoridades começarem a pensar sobre outras lógicas de controle das substâncias e estabelecer regras para consumo. A aposta nesse modelo é análoga ao que ocorre com os psicoativos lícitos, a exemplo do álcool e tabaco.

De acordo com a Comissão Latino-Americana Sobre Drogas e Democracia (2011), as principais consequências da guerra às drogas nas sociedades da América Latina podem ser resumidas em alguns pontos, dentre os quais se destacam: 1) o desenvolvimento de poderes paralelos nos espaços de fragilidade dos Estados nacionais (bairros pobres das grandes cidades e periferia; regiões distantes do interior, regiões fronteiriças, território amazônico); 2) a criminalização dos conflitos políticos; 3) a corrupção da vida pública

(sobretudo na estrutura policial, na Justiça e no sistema penitenciário); 4) a alienação da juventude, sobretudo da juventude pobre.

Por outro lado, a proibição do uso de psicoativos ilícitos pode levar a sanções desproporcionais prejudicando a estrutura de vida desses usuários. Perda de emprego ou expulsão da escola, negação de atendimento em saúde (mental) em geral, despejo de moradia, confisco de propriedade, prisão etc. são algumas consequências dessas proibições (Grund, 1993).

Diante dessas constatações, urge o rompimento de paradigmas para ceder espaço a propostas mais humanas e condizentes com a realidade. O flagrante insucesso da “guerra às drogas” tem motivado a revisão das políticas de repressão, considerando que o uso e comércio das substâncias psicoativas ilícitas devam ser compreendidos por uma visão que considere cuidados em saúde humanizados, determinantes sociais em saúde, o direito civil, o direito à privacidade, os programas de cidadania, inclusão social, educação e os saberes acumulados informalmente pelos consumidores de drogas ilícitas. A Global Commission on Drug Policy (2011) também recomenda estimular os governos a experimentarem modelos de regulação legal de drogas, especialmente em relação à *cannabis*, com o objetivo de enfraquecer o poder do crime organizado e preservar a saúde e a segurança de seus cidadãos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Esse trabalho discutiu o internamento compulsório enquanto política emergencial para usuários de *crack* em situação de rua. Aponta que a internação forçada desses consumidores não corresponde com os direitos à liberdade e privacidade desses usuários. Reproduz, deste modo, antigas práticas higienistas ocorridas em séculos anteriores, não sendo condizente com os valores da reforma psiquiátrica e, tampouco, com os saberes científicos sobre uso de drogas acumulados principalmente a partir da segunda metade do século XX.

Constatou-se que a maioria dos usuários que usa *crack* nas ruas está em situação de grande vulnerabilidade social, denunciando o uso dessa substância enquanto reflexo das desigualdades sociais, da corrupção política, das precárias infraestruturas das cidades e do descaso das autoridades com a educação, saúde e segurança. Em sentido psicológico, para quem já está morto socialmente ou para quem é de fato invisível-excluído, esse pode ser um sintoma de quem está lutando para manter-se vivo ou lidar com a dor da existência.

Notou-se que o conceito de “epidemia de *crack*”, jargão midiático largamente utilizado e reproduzido por alguns profissionais de saúde e população em geral, não é adequado para referir-se ao consumo de *crack* no país. Há, no entanto, números absolutos e relativos muito mais significativos de usuários de álcool, tabaco e medicamentos consumidos fora do contexto médico, indicando que o termo “epidemia” - resultante de um pânico moral causado pela mídia - reforça preconceitos e estigmas sobre esses usuários.

Por outro lado, as comunidades terapêuticas, do modo como estão estruturadas, têm um potencial terapêutico de pouca efetividade, pois carecem em números suficientes e em qualidade de profissionais capazes de realizarem atendimentos adequados. Em sua maioria, a orientação de suas práticas de cuidado peca por ser baseada em preceitos moralistas de base religiosa e os recursos públicos pleiteados por essas iniciativas privadas deslocam parte do financiamento que poderia ser destinado, por exemplo, a serviços especializados públicos, como os CAPS-AD.

Por fim, esse trabalho recomenda mais estudos sobre a viabilidade de implantação das salas para uso seguro de *crack* no contexto brasileiro, bem como de uma mudança da atual política de drogas em termos de uma postura menos repressora e deslocada do eixo criminal. Sugere, portanto, a regulação do mercado de psicoativos, até então considerados ilícitos, e maiores investimentos em programas de redução de danos e educação em saúde.

REFERÊNCIAS:

AGÊNCIA BRASIL. **Maior pesquisa sobre o crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil**. Edição por Tânia Cavalcante. 2013. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em 27 de Set. 2013.

BRASIL. Decreto nº 20.930, de 11 de Janeiro de 1932. Fiscaliza o emprego e o comércio de substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comité Central Permanente do Ópio da Liga das Nações, e estabelece penas. **Diário Oficial da União**, 16 jan. 1932, Seção 1, p. 978.

BRASIL. Decreto nº 24.559, de 3 de Julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 14 jul. 1934, Seção 1, p. 14254.

BRASIL. Decreto nº 891, de 25 de Novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. **Diário Oficial da União**, 28 nov. 1938, Seção 1, p. 23843.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 9 abr. 2001, Seção 1, p. 2.

CARDOSO, Fernando Henrique; SHULTZ, George P.; FUENTES, Carlos *et al.* Guerra às Drogas – **Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas. Global Commission on Drug Policy**. Junho de 2011.

CARNEIRO, Leilane & RÊGO, Marlize. O crack na perspectiva da religiosidade e da redução de danos. In: NERY FILHO, Antônio; MACRAE, Edward [et. al.]. **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA, 2012.

CARVALHO, Alexandre Magno Teixeira de. Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.6, n.1, Jun. 1999.

CASTILHO, Ela W. V. A eficácia invertida da internação involuntária. In: LANCETTI, Antônio; CHIORO, Arthur; VARGAS, Beatriz [et. al.]. **Drogas e Cidadania: em debate** (Organizado pelo Conselho Federal de Psicologia). Brasília: CFP, 2012.

COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA. **Drogas e democracia: rumo a uma mudança de paradigma**. 2011

HEDRICH, Dagmar. **European report on drug consumption rooms**. Fev. 2004.

FIOCRUZ. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do país**. 2013a. Disponível em:

<<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home/pesquisa-revela-perfil-dos-usuarios-de-crack-no-brasil>>. Acesso em 26 de Set. 2013.

FIOCRUZ. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. 2013b. Disponível em: <<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home/pesquisa-revela-perfil-dos-usuarios-de-crack-no-brasil>>. Acesso em 26 de Set. 2013.

FORTES, Hildenete Monteiro. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Ver. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10(Supl.2), Dez. 2010.

FRANÇA, Genival Luiz de. **Internação compulsória do dependente químico: violação do direito de liberdade ou proteção do direito à vida?** [Monografia de conclusão de curso em Direito]. Presidente Prudente: Faculdade de Direito de Presidente Prudente. 2012.

GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY. Guerra às Drogas – Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas. Junho de 2011.

GRUND, Jean Paul C. **Drug use as a social ritual – functionality, symbolism and determinants of self-regulation**. Rotterdam, Institut voor Verslavingsonderzoek (IVO), Erasmus Universiteit Rotterdam, 1993.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; BORBA, Letícia de Oliveira; LAROCCA, Liliana Muller; MAFTUM, Mariluci Alves. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 22(2), 2013.

LANCETTI, Antônio. Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higienistas. In: LANCETTI, Antônio; CHIORO, Arthur; VARGAS, Beatriz [et. al.]. **Drogas e Cidadania: em debate** (Organizado pelo Conselho Federal de Psicologia). Brasília: CFP, 2012.

MACRAE, Edward. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos**. NEIP. Disponível em: <<http://neip.info/index.php/content/view/2469.html>>. Acesso em 21.05.2012.

MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia [Orgs.]. **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso**. Salvador: EDUFBA, 2013.

MACRAE, Edward. Prefácio. In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia [Orgs.]. **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso**. Salvador: EDUFBA, 2013.

MALHEIRO, Luana. Tornando-se um usuário de crack. In: FILHO, Antônio Nery; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto [et. al.]. **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA, 2012.

MÉNDEZ, Juan. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. **United Nations**. 1 fev. 2013.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, Fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 Abr. 2013.

MOREIRA, Esdras Cabus. Padrões de consumo de crack: comentários sobre seus mitos e verdades. In: In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia [Orgs.]. **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso**. Salvador: EDUFBA, 2013.

NAPPO, SANCHEZ, RIBEIRO. Is there a crack epidemic among students in Brazil? Comments on media and public health issues. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(9), Set. 2012.

ODA, A. M. G. R.; DELGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências Saúde – Manguinhos**. v.12, n.3, set.-dez. 2005.

OLIVEIRA, Cristiane. Eugenizar a alma: a constituição da euphenia no projeto de higiene mental voltado à infância da Liga Brasileira de Hygiene Mental. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** São Paulo, v.14, n.4, dez. 2011.

RIO DE JANEIRO. Decreto nº 20.930, de 11 de Janeiro de 1932. Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comité Central Permanente do Ópio da Liga das Nações, e estabelece penas. Diário Oficial da União-Seção 1 de 16/01/1932, página 978. 1932.

SADIGURSKY, Dora; TAVARES, José Lucimar. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. **Rev.latino-am.enfermagem**. v.6, n.2, 1998.

SCHATZ, Eberhard & NOUGIER, Marie. IDPC **Briefing Paper – Drug Consumption Rooms: Evidence and Practice**, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2184810>>. Acesso em: 28 de Set. 2013.

SCISLESKI, Andrea; MARASCHIN, Cleci. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300006>. Acesso em 21.05.2012.

SHANNON, Kate; ISHIDA, Tomiye; Morgan, Robert [et. al.]. Potential community and public health impacts of medically supervised safer smoking facilities for crack cocaine users. **Harm Reduction Journal**, v.3, n.1, 2006. Disponível em: <<http://www.harmreductionjournal.com/content/3/1/1>>. Acesso em 30 Set. 2013.

SILVEIRA, Dartiu. Dependência não se resolve por decreto. Tendências e Debates. **Folha de São Paulo**. 25 de junho de 2011.

SZASZ, Thomas. **The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct**. New York: Harper Perennial, 2010.

VALENÇA, Tom. Possíveis aproximações entre a cultura do uso de crack e uma política pública. In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia [Orgs.]. **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso**. Salvador: EDUFBA, 2013.

WERB, Dan; ROWELL, Greg; GUYATT, Gordon. [et. al.]. **Effect of Drug Law Enforcement on Drug-related Violence: Evidence from a Scientific Review**. Vancouver: International Centre for Science in Drug Policy. 2010. Disponível em: <http://www.icsdp.org/Libraries/doc1/ICSDP-1_-_FINAL_1.sflb.ashx>. Acesso em 17 Out. 2013.