

Crack e internação compulsória no Brasil: intervenção do estado na autonomia dos usuários

Crack Cocaine and involuntary hospitalization in Brazil: state intervention in users' autonomy

Carla Eloá de Oliveira Ferraz¹, Saulo Sacramento Meira², Karla Ferraz dos Anjos³, Edite Lago da Silva Sena⁴, Alba Benemerita Alves Vilela⁵, Sérgio Donha Yarid⁶

¹Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
caueloa@yahoo.com.br

²Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
saulo_meira@hotmail.com

³Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
karla.ferraz@hotmail.com

⁴Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
editelago@gmail.com

⁵Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
alba_vilela@hotmail.com

⁶Doutor em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista (Unesp) – São José dos Campos (SP), Brasil. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.
syarid@hotmail.com

RESUMO Uma reflexão a respeito da internação compulsória de usuários adultos de crack, à luz da abordagem da bioética da proteção revela que a política de atenção aos usuários de crack deve ter como escopo as políticas sociais, ao invés da centralidade dos recursos médicos, uma vez que grande parte das questões associadas ao consumo não se encontra nesse âmbito, mas entrelaçadas às questões sociais, educacionais e jurídicas. Desta maneira, acionar políticas emergenciais pautadas na internação involuntária provoca a retomada de modelos de intervenção amplamente criticados por profissionais da área da saúde, por pesquisadores da área de ciências humanas e sociais, perpetuando um retrocesso.

PALAVRAS CHAVE: Autonomia pessoal; Cocaína; Crack; Internação compulsória de doente mental; Bioética.

ABSTRACT A discussion about the compulsory hospitalization of crack cocaine adult users, under the light of protection bioethics approach shows that crack cocaine users' protection policy should be scoped to social policies, rather than the centrality of medical resources, since most of consumption associated issues is not in that context, but intertwined with social, educational and legal ones. Thus, trigger emergency policies guided by the involuntary hospitalization causes the resumption of intervention models widely criticized by health professionals, for researchers in humanities and social sciences, perpetuating a setback.

KEYWORDS: Personal Autonomy; Cocaine; Crack Cocaine; Compulsory Hospitalization of Mentally ill Person; Bioethics.

Introdução

Nos últimos anos, o *crack* tornou-se tema de inúmeras discussões entre o poder público e a sociedade civil, sendo considerado o mal-estar da população brasileira. A mídia tem vinculado a dependência do *crack* a uma epidemia incontrolável que se instalou no país. Entretanto o que pode ser visto é a carência de estudos atualizados, de abrangência nacional, que sejam representativos do problema.

O que se sabe até então é que o álcool continua sendo a substância psicoativa (SPA) de maior prevalência de consumo por toda a população, o que constitui um dos maiores problemas da saúde pública brasileira. De acordo com o primeiro levantamento dos padrões de consumo de álcool pela população brasileira, estima-se que 28% dos adultos e 16% dos adolescentes já consumiram bebidas alcoólicas em excesso pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. Dos bebedores, 23% relataram ter vivenciado problemas em função do consumo excessivo, sendo as complicações físicas, familiares, sociais ou de violência citadas com maior frequência pelos entrevistados (LARANJEIRA *et al.*, 2007).

A falta de dados consistentes e atuais acerca do consumo do *crack* pode provocar conclusões inconsistentes, generalizações apressadas e radicalização de posições sobre o assunto, o que resulta em intervenções extremas e imediatistas, sem que haja espaço para uma reflexão adequada sobre este complexo problema (GASPAR, 2012). Adorno (2012) ressalta a relativa ausência de políticas públicas direcionadas para essas populações e a forma enviesada e generalizante com que este importante tema é tratado política e midiaticamente.

As drogas ilícitas têm sido consideradas, de maneira recorrente, como as responsáveis pelo aumento da violência urbana. Trata-se de um processo de vinculação direta, em que a droga passou a ser o referente da violência. O papel dos meios de comunicação, nessa representação hegemônica, também deve ser colocado em debate (SENA, 2011).

A autora aponta que a chamada para o debate diz respeito, inicialmente, a um achatamento da opinião pública, que é abastecida pela indústria cultural de massa, especialmente pela TV. Nessa “dieta de mídia”

são recorrentes as representações constituídas pela fácil associação da violência urbana brasileira à existência do tráfico de drogas e seus respectivos atores. Sendo assim, há um inimigo tangível e, portanto, há que se travar uma guerra contra ele.

Diante desse contexto especulativo, o Estado, pressionado pela população a responder ao aumento de consumidores nas “cracolândias”, assinou, em 2012, uma série de ações para o enfrentamento do tráfico de *crack* e de outras substâncias psicoativas, transferindo para os profissionais médicos o poder decisório de internar compulsoriamente os usuários adultos da droga.

Tal modalidade de intervenção, porém, não é unanimemente aceita, o que a torna objeto de debates. Assim, é lícito refletir sobre a internação compulsória de usuários adultos de *crack*, à luz da abordagem da bioética da proteção, considerando as formas de tratamento, a relação entre autonomia e internação compulsória, ressaltando-se o papel da bioética da proteção nas estratégias para o tratamento do abuso de substâncias ilícitas nos países desenvolvidos e sua repercussão no panorama brasileiro.

O consumo do crack no Brasil e as formas de tratamento

No Brasil, o primeiro relato do uso de *crack* remonta ao ano de 1989 através de um estudo etnográfico com um grupo de 25 usuários homens (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2006).

Atualmente, a droga está presente nos principais centros urbanos do país. Um estudo recente sobre o perfil dos usuários de cocaína e *crack* no Brasil revelou que, de maneira geral, os derivados de cocaína são consumidos por uma parcela reduzida da população (2,3%), especialmente nas regiões Sul e Sudeste (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2006).

Merece destaque o uso na vida de *crack* entre estudantes brasileiros que pode ser considerado diminuto em comparação com o uso na vida feito por estudantes europeus e sul-americanos. O Brasil e o Paraguai ocupam a última posição, com a mesma prevalência de uso na vida e no ano de *crack* (CARLINI *et al.*, 2010).

A relativa ausência do Estado na construção de uma política de saúde direcionada ao uso e abuso de SPA possibilitou a disseminação, em todo o país, de “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica ou, ainda, de cunho religioso, tendo a abstinência como principal objetivo a ser alcançado (BRASIL, 2005a).

Em 1976, foi promulgada a lei n. 6.368, que vigorou até 2006, perdurando, portanto, por trinta anos. Além de ser voltada para a repressão ao tráfico, considerava o usuário de substâncias ilícitas como um criminoso comum e sem qualquer perspectiva de garantia de direitos (BRASIL, 2010b).

Em 2003, o Ministério da Saúde propôs que o consumo de SPA fosse considerado um problema de saúde pública e não médico-psiquiátrico ou jurídico (BRASIL, 2003). A perspectiva de trabalho, então, sofreu modificações, desvinculando-se da ideia de guerra e de combate às drogas.

A *Política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas*, estabelecida em 2003, exigiu exaustivas reflexões diante da complexidade da discussão proposta em âmbito nacional, envolvendo autoridades, sociedade e, indubitavelmente, a perspectiva de vida do protagonista desse embate que deveria ser o usuário (BRASIL, 2005a).

Subsequentemente à implementação dessa política de atenção, o ano de 2004 caracterizou-se por dois movimentos simultâneos: por um lado, a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar e, por outro lado, a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes (BRASIL, 2005a).

Até 2006, a legislação vigente no Brasil era ainda a de 1976, uma legislação ultrapassada, extremamente repressora, que continha uma série de inconstitucionalidades, como o tratamento compulsório. Para o usuário, as alternativas eram a prisão ou o internamento, e muitas famílias escolhiam, obviamente, a segunda opção. O internamento, na maioria das vezes, ocorria sem qualquer avaliação técnica de adequação da medida em termos terapêuticos (BRASIL, 2010b).

O primeiro grande desafio da gestão de Luiz Inácio Lula da Silva foi a discussão sobre uma nova lei dirigida para o problema das drogas. Com isso, nasceu a lei n. 11.343/2006, que trouxe como grande avanço a extinção da pena de prisão para o usuário, o fim do tratamento compulsório e o oferecimento de tratamento gratuito aos usuários e dependentes (BRASIL, 2010b).

Em 2012, o Estado assinou o *Plano de enfrentamento do crack e outras substâncias psicoativas*. A iniciativa teve como objetivo aumentar a oferta de tratamento de saúde aos usuários de substâncias, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas, além de ampliar as ações de prevenção. Contudo o que se apresenta de forma antagônica é que uma das suas ações está pautada na autonomia do profissional médico para internar o usuário adulto de *crack* sem autorização familiar e judiciária (BRASIL, 2010b).

A partir do que foi visto pelo histórico das tentativas de implementação de uma política que seja realmente efetiva para os usuários de SPA, pode-se perceber, na contemporaneidade, um retrocesso das ações governamentais, representado, por exemplo, pela internação compulsória de usuários de *crack* das “cracolândias”. Tal intervenção do Estado implica em retroalimentar modelos e visões ultrapassados e redundará, certamente, no fortalecimento da segregação.

Tratamento do abuso de substâncias ilícitas em países desenvolvidos

As dificuldades para abordar o problema do uso e abuso de SPA levam governos de diferentes países a buscar soluções que podem variar muito, escalonando-se desde a violenta repressão estatal às tentativas de redução de danos e de reinserção social do usuário. É pertinente alertar, porém, que a experiência de outros países no combate às SPA deve ser analisada com cautela, pois cada nação possui suas especificidades sociais, culturais, econômicas e étnicas que precisam ser respeitadas e que alteram a forma de encarar a questão.

Os EUA, por exemplo, têm investido em medidas para deter o aumento do consumo das SPA no país. Para isso, adotam a repressão severa e o encarceramento,

ações que demonstraram ter pouca eficácia, gerando efeitos colaterais como o aumento da população carcerária e dos custos para mantê-la. Apesar desses esforços, o país ainda se encontra estatisticamente como o país com maior diversidade de drogas em circulação (BRASIL, 2005b).

A Suíça utiliza uma política de saúde pública como tática de enfrentamento do uso de drogas em vez da criminalização do usuário. Em 1994, o país adotou a política de redução de danos (RD) que passou a ser reconhecida inicialmente como uma estratégia de saúde pública voltada aos usuários de drogas injetáveis em resposta à epidemia da AIDS. O país criou salas para injeção supervisionada com a distribuição gratuita da heroína para cerca de três mil usuários desta substância (BRASIL, 2005b). O governo negociou essa possibilidade, baseando-se na avaliação de que, ao receber a heroína legalmente, aquele que abusava dela deixaria os crimes e o tráfico de drogas. A medida resultou na redução do número anual de novos usuários de 850 em 1990 para 150 em 2005, sendo que cerca de um terço das pessoas se absteve da droga espontaneamente, sem um tratamento associado (BRASIL, 2005b). Em 2008, um plebiscito rejeitou o fim do programa com mais de dois terços dos votos.

Estudos na área das drogas ilícitas relatam que, na Holanda, a experiência no consumo de SPA é inferior àquela do restante do continente e que o percentual de usuários de drogas injetáveis é o menor entre os 15 países da União Europeia. Destaca ainda que o número de usuários de heroína diminuiu significativamente com a adoção da estratégia de redução de risco e danos, de 28 a 30 mil em 2001, para 18 mil em 2008; na cidade de Sidney, na Austrália, o programa das “salas-seguras” já encaminhou 3.620 dependentes ao tratamento, por iniciativa do próprio usuário (BRASIL, 2010a).

O Canadá também investe em estratégias de redução de danos, desenvolvendo espaços nos quais usuários de drogas injetáveis podem dispor da supervisão de um profissional, além de poderem usar material descartável para prevenir a propagação de doenças.

Por fim, o modelo português de combate às substâncias ilícitas é o que vem despertando maior interesse dentre os modelos analisados: ele se destaca pela adoção

de abordagem humana, pragmática e baseada em evidências para problemas de SPA dentro da sociedade, que vai muito além da simples repressão.

Autonomia versus internação compulsória

De acordo com a portaria de n. 2.391, a internação voluntária é aquela autorizada pelo usuário. A internação psiquiátrica involuntária é a realizada sem seu consentimento expresso e a internação psiquiátrica compulsória é aquela determinada por medida judicial (BRASIL, 2011).

A internação voluntária ou involuntária somente pode ser autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do estado onde se localiza o estabelecimento (art. 8º da lei n. 10.216/01). A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (art. 9º da lei n. 10.216/01) (BRASIL, 2005b).

Com a nova proposta de enfrentamento do *crack*, o profissional não mais necessitará de autorização judicial para efetuar a internação compulsória, sendo a avaliação médica do usuário o suficiente para sua execução. Um questionamento a ser feito diante dessa questão seria: quais os limites éticos dos profissionais médicos para essa tomada de decisão, uma vez que a avaliação envolve os componentes subjetivos do avaliador?

Nesta perspectiva, é preciso compreender a forma com que o profissional médico conduzirá a avaliação, considerando que, de um modo global, a noção de deliberação no uso abusivo e dependência de SPA é complexa e individualizada, bastante fadada a erros e reinterpretações, de maneira a exigir do examinador muita prudência e sentido de limitação de seu poder cognitivo (MESSAS, 2012). O autor destaca, ainda, que a avaliação de capacidade decisória e deliberativa depende da interpretação do observador.

Nesse contexto, a avaliação da condição de saúde apresentada pelo usuário depende da interpretação do profissional, a partir de sua visão de mundo, que é

construída ao longo de sua história de vida e influenciará a tomada de decisão em relação à internação ou não da pessoa. A partir desta reflexão, é digna de nota a necessidade de estudos que evidenciem a maneira como os profissionais, principalmente os médicos, encaram (ou concebem) socialmente o fenômeno do consumo de *crack*.

O *Plano plurianual* (2012-2015) que possui, entre suas metas a capacitação das lideranças religiosas e de movimentos afins para a atuação na prevenção do uso indevido de SPA, também é um exemplo de cassação da cidadania do usuário, indo de encontro ao caráter laico do Estado brasileiro, previsto na Constituição federal, além de afrontar a lei n. 10.216/01 (BRASIL, 2005b).

Bioética da proteção no contexto da atenção aos usuários de crack no Brasil

Com o lançamento do *Plano de enfrentamento do crack*, torna-se relevante refletir sobre as seguintes questões: quais serão as ferramentas ou preceitos que o Estado utilizará para nortear suas ações de cuidado? Será que o governo possui suporte (quantitativo e qualitativo) para realizar encaminhamentos de todos os usuários a serem internados involuntariamente? E, por fim, uma vez que será o profissional médico que irá decidir acerca da internação compulsória do usuário, será que existem profissionais capacitados para lidar com a demanda?

É importante considerar que o Estado, utilizando-se de uma justificativa de proteção, tem privado os usuários e os seus familiares de exercerem a sua cidadania com relação à tomada de decisão pelo tratamento ou não. A interferência do Estado pode estimular as famílias dos usuários de *crack* a desresponsabilizarem-se como partícipes do processo de adoecimento e tratamento do seu ente familiar, como também a atribuírem a responsabilidade e a decisão ao médico, reforçando o saber deste profissional como hegemônico, em detrimento dos saberes de outros profissionais da saúde, de uma avaliação multidimensional e da tomada de decisão interdisciplinar.

A bioética da proteção constitui uma proposta recente do campo da bioética que vem a ser uma possibilidade de cuidado para populações vulneradas

(SCHRAMM; KOTTOW, 2001), indivíduos que se encontram temporariamente em condição de sofrimento psíquico, material, moral, dentre outros, sendo, portanto aplicada a populações que deveriam ser apoiadas pelo Estado e pela sociedade organizada.

Neste sentido, a bioética da proteção consiste em uma ferramenta de reflexão crítica sobre os conflitos morais, resultantes das ações da práxis humana e envolve, de um lado, agentes morais que podem ser considerados autores de atos que, a princípio, são capazes de transmitir poder e, de outro lado, os usuários morais, suscetíveis ou vulnerados, os que não possuem a força moral para enfrentar as consequências negativas de seus atos, ou seja, não são capazes de revertê-los ou evitá-los (SCHRAMM; KOTTOW, 2001).

A função atribuída aos governantes é a de proteger os cidadãos sob sua responsabilidade. Assim, faz-se pertinente refletir sobre a forma como o Estado tem dispensado cuidado aos vulnerados, população que se encontra à margem da sociedade, sofrendo processos discriminatórios e excludentes.

O conceito de proteção pode ser compreendido, no contexto das inter-relações pessoais, como o amparo que um agente moral protetor oferece a um sujeito que não tem condições para se virar sozinho, sendo este amparo, em princípio, não imposto (SCHRAMM; KOTTOW, 2001). O autor enfatiza que, assim como ocorre com a paradigmática relação protetora entre pais e filhos, ocorre às relações sociais, em que o Estado concede amparo à população sob sua responsabilidade. No que concerne à concepção do parágrafo anterior, sobre o cuidado paterno sem imposição, a princípio, o Estado, por assim dizer, tem-se posicionado como um pai opressor, que usa de sua autoridade como forma de impor seus limites e regras aos “filhos” usuários, um pai ausente que se utiliza de métodos de aprisionamento, sem ao menos tentar estabelecer um vínculo com os filhos, que há bastante tempo têm clamado pela sua proteção.

Diante do exposto, pode-se considerar que a estratégia de redução de risco e de danos pode ser considerada uma ferramenta da bioética da proteção, tanto para as populações vulneráveis como aquelas em risco para o uso de SPA, como para as populações vulneradas,

aquelas que já se encontram submetidas aos agravos do consumo abusivo de SPA, sendo necessárias ações diferenciadas para cada população.

A política de álcool e outras drogas no Brasil deve, acima de tudo, nortear o planejamento de ações, partindo do pressuposto de que a população é assimétrica e, com isso, deve-se pensar em estratégias diferenciadas para o cuidado com desiguais.

Considerações finais

A ação nas “cracolândias”, em última instância, pode vir a ser considerada uma ação de saúde, mas é um excesso da autoridade estatal, na medida em que viola os direitos constitucionais dos cidadãos, inclusive o de ir e vir.

Nesse contexto, os usuários de *crack* tornaram-se bodes expiatórios de uma sociedade que incita o consumo, mas não se responsabiliza pelos males que ele gera. O abuso, nesse caso, não está vinculado à substância em si, mas ao processo do *ter* em detrimento do *ser* da sociedade de consumo. O abuso, portanto, não é intrínseco ao abuso de substâncias e sim, à exacerbação do *ter*.

A proposta de enfrentamento do governo implica no reforço do processo de exclusão social, que impõe aos invisíveis que se tornem visíveis a partir de seu consumo. Os usuários, então, podem exercer sua “cidadania” através de uma substância barata e potente e ocupar um lugar na sociedade, mesmo que seja um lugar de adoecimento.

O Estado, que demonizou a substância e o usuário justamente por não conseguir lidar com suas demandas

sociais, impõe uma saída, a de oferecer um tratamento para dirimir a ferida social, retirando os usuários de seu convívio.

Um dos despreparos do novo programa é que o Sistema Único de Saúde (SUS) não possui leitos suficientes para atender à demanda de internações compulsórias, sendo obrigado a contratar leitos de hospitais privados, fator que atende a interesses particulares.

A política de atenção aos usuários de *crack* deve estar pautada mais em uma política social do que médica, uma vez que boa parte das questões associadas ao consumo não se encontra nesse âmbito, mas entrelaçada às questões sociais, educacionais, jurídicas, dentre outras.

Para que a implantação de política de saúde direcionada para usuários de SPA dê bons resultados, é fundamental que haja a aproximação e o diálogo entre as partes interessadas, o que não tem sido uma realidade no Brasil, cujo governo admite que há carência de pesquisas na área. As propostas transversais que surgem, na maioria das vezes, correm grande risco de insucesso.

As discussões em torno da nova medida governamental com relação ao enfrentamento do *crack* devem continuar acontecendo, uma vez que ela viola os princípios da cidadania e dos direitos humanos. Acionar políticas emergenciais como esta, pautadas na internação compulsória, provoca a retomada de modelos de intervenção amplamente criticados por profissionais da área da saúde, especialmente da saúde mental, por pesquisadores da área das ciências humanas e sociais e pelos movimentos sociais, perpetrando um retrocesso. ■

Referências

ADORNO, R. *Cracolândia é a cara de São Paulo*. In: Seminário “Cracolândia muito além do crack”. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://coletivodar.org/2012/05/intelectuais-discutem-crack-e-neoliberalismo-em-abertura-de-seminario/>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids,

2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2012.

_____. *Lei n. 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. Brasília: Presidência da República, 2005a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 22 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. 2005b. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 19 maio 2012.

_____. *Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010*. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília: *Presidência da República*. 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 03 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2391, de 26 de dezembro de 2002*. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://dtr2001.sau.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2391.htm>>. Acesso em: 22 maio 2012.

_____. *Decreto n. 7.637, de 8 de dezembro de 2011*. Altera o Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília: Presidência da República. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/portarias-e-decretos/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 03 jul. 2012.

CARLINI, E. L. A., et al. *VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/328890.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2012.

DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. *Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil*. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. São Paulo: departamento de psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.abe-ad.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuario_coca_crack.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2012.

GASPAR, F. L. *Tratamento da dependência de crack e a internação compulsória*. Portal de e-governo, inclusão digital e sociedade do conhecimento. 2012. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/tratamento-da-depend%C3%Aancia-de-crack-e-interna%C3%A7%C3%A3o-compuls%C3%B3ria>>. Acesso em: 28 jun. 2012.

LARANJEIRA, R. et al. *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Secretaria Nacional Antidrogas. 2007. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf>. Acesso em: 8 maio 2012.

MESSAS, G. P. Capacidade de discernimento e decisão em pessoas com uso nocivo e dependência de drogas. In: CONTROVÉRSIAS EM INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS INVOLUNTÁRIAS E COMPULSÓRIAS (CREMESP). 2012. Disponível em: <<http://internacao involuntaria.wordpress.com/2012/01/16/controversias-em-internacoes-psiquiatricas-involuntarias-e-compulsorias-cremesp/>>. Acesso em: 06 jun. 2012.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 949-56, 2001.

SENA, L. L. O crack como fenômeno midiático: demônios e silêncios. In: IV CONGRESSO DE OPINIÃO PÚBLICA DA WAPOR. Belo Horizonte, Departamento de Comunicação Social, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <http://www.waporbh.ufmg.br/papers/Lcia_Lamounier_Sena.pdf>.

Recebido para publicação em abril/2013.

Versão definitiva em abril/2013.

Suporte financeiro: não houve.

Conflito de interesse: inexistente.