

O CRACK EM UM CENÁRIO EMPEDRADO: ARTICULAÇÕES ENTRE OS DISCURSOS JURÍDICO, MÉDICO E MIDIÁTICO

EL CRACK EN UN ENTORNO DE PIEDRAS: LOS ACUERDOS ENTRE LOS DISCURSOS JURÍDICOS, MÉDICOS Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN
THE CRACK IN A PAVED SCENE: THE CONNECTION BETWEEN THE DISCOURSES LEGAL, MEDICAL AND MEDIA

Mateus Freitas Cunda e Rosane Azevedo Neves da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil

RESUMO

O artigo aborda o surgimento do crack nas metrópoles brasileiras, o grande internamento de seus usuários na última década e a leitura midiática sobre o tema. A análise mostra a articulação entre os discursos jurídico, médico e midiático, com o objetivo de desempedrar a cena epidêmica que se estabelece, identificando alguns elementos que, dispersa e contraditoriamente, solidificam a questão. Busca-se, assim, suspender os nomes e as verdades que preenchem o personagem-objeto dessa cena - perfilado como jovem, pobre, violento - que, de modo contundente, desaparece num roteiro de exclusão.

Palavras-chave: crack; internação psiquiátrica; mídia.

RESUMEN

El artículo analiza el surgimiento del crack en las metrópolis brasileñas, el gran número de hospitalizaciones de personas a su cargo en la última década y la lectura de los medios de comunicación sobre el tema. El análisis muestra la relación entre los discursos jurídicos, médicos y de los medios de comunicación, con el objetivo de desestabilizar la epidemia establecida, identificando algunos elementos dispersos y contradictorios que solidifican el tema. El objetivo es, pues, de suspender los nombres y las verdades que llenan el objeto de esta escena - jóvenes, pobres, violentos - que desaparecen en la ruta de la exclusión.

Palabras-clave: crack; hospitalización psiquiátrica; los medios de comunicación.

ABSTRACT

The article discusses the rise of crack in Brazilian cities, the excessive admission of its users in the last decade and the media coverage. The analysis shows the link between the discourses legal, medical and media, in order to break up the epidemic scene that is established, featuring some elements that dispersed and contradictorily, solidify the issue. It also aims to suspend the names and truths that fill the character of the scene-object - profiled as young, poor, violent - and that so strongly, disappears on a script by exclusion.

Keywords: crack; psychiatric hospitalization; media.

1. Introdução

O surgimento do crack no cotidiano de consumo de drogas em Porto Alegre, sobretudo em meados dos anos 2000, representou uma onda de transformações na cidade. O fato deste composto empobrecido da cocaína circular nas *bocas* e mentes de seus habitantes causou alvoroço não apenas na periferia da capital gaúcha: uma ação de estado se fez necessária. Entraram em cena os aparatos de segurança, as prudências jurídicas e o tratamento compulsório em saúde mental, assumindo a tarefa de controlar a expansão da droga e de seus efeitos.

Desde a abordagem policial, atuando contra a comercialização da pedra, passando pelas estratégias de controle dos usuários dela, podemos observar que o tema da dependência química foi encampado claramente enquanto matéria jurídica. O juiz, nesse proceder, recuperou a nascente da loucura, aliando-se uma vez mais ao psiquiatra. Um produto claro do enlace entre código infracional e diagnóstico médico serão as ordens de internação compulsória para os crackeiros. Essa aliança impactou os serviços de saúde mental: uma legião de sujeitos foi encaminhada aos serviços de saúde mental para tratamento contra o uso ou abuso da droga, reabrindo leitos psiquiátricos na cidade. O dado contrasta com os anos anteriores, pelo fato de a dependência química aparecer como questão diagnóstica primeira em relação às demais psicopatologias.

Todavia, na composição desse cenário¹ temos a participação direta de um ator não estatal: os meios de comunicação. Desde o alarma de violência nas bocas de fumo até a defesa de uma terapêutica psi para o usuário, jornais, rádios, televisões, sites, cartazes e outdoors produziram uma verdade sobre o tema. Mais que isso, a mazela que uniu sujeitos ávidos por gozo, substratos de cocaína, violência e desespero foi despejada no jornal do meio-dia, servida na refeição.

Este artigo aborda o impacto dessas intervenções no campo da saúde mental, especialmente no Hospital Psiquiátrico São Pedro, apresentando os dados, os diagnósticos e as discursividades que justificaram a internação massiva de sujeitos usuários de crack. Ademais, apresentamos um histórico das campanhas publicitárias anticrack, bem como a afirmação do enredo trágico que atrelou o uso de crack e medo, proclamando o pânico de uma epidemia virulenta na cidade.

Para análise dos dados, contamos com o referencial de Michel Foucault e Gilles Deleuze para dissolver o cenário que resulta empedrado. Nas fissuras

que julgamos fazer, trazemos uma análise dos discursos do publicitário, do psiquiatra, do usuário viciado e do político do campo da saúde mental. Fragmentos que se uniram no espetáculo do *crack*, que ficam subsumidos em um muro de verdade e que, neste texto, intentamos visualizar.

2. Internamento: dados e discursos

A enxurrada de usuários em surto que tomou clínicas e hospitais de forma repentina é demonstração do que está ocorrendo nas ruas e nos lares do Estado. Raros no começo da década, os usuários de crack já são mais da metade dos internados no setor de Dependência Química do Hospital Psiquiátrico São Pedro, da Capital. O índice atinge 90% na ala para adolescentes ... Diante dessa realidade, a Secretaria Estadual da Saúde é taxativa: define a situação como epidêmica. (Melo & Rocha, 2008, s.p.)

Os sujeitos que chegam às internações psiquiátricas possuem trajetórias semelhantes: transgressão às instituições família, escola, trabalho; manifestação de agressividade, exercício da *má* conduta; usuários de drogas ilícitas, como cocaína e crack. Caminhos ditos descaminhos, erráticos. Depositados em clínicas, fazendas e hospitais, como o centenário Hospital Psiquiátrico São Pedro, formam o perfil predominantemente jovem, pobre, sem escolaridade, perigoso, delinquente, “em surto”, alvo das medidas de proteção e das ordens judiciais de internação compulsória.

O Hospital Psiquiátrico São Pedro, que nos anos 2000 acompanhava o processo da reforma psiquiátrica brasileira, absorveu a demanda. O fato foi observável nas unidades de internação infanto-juvenil, como veremos adiante, e na reabertura, em 2006, da Unidade Jurandir Barcelos, específica para dependência química de adultos, que havia sido fechada em 2002 de acordo com Lei da Reforma Psiquiátrica, que propunha o fechamento progressivo dos leitos psiquiátricos (Lei n. 10.216, 2001).

A reascensão do internamento foi também observável em outras clínicas da cidade, na sua grande maioria conveniadas com as administrações municipais. Nesse arranjo, instaurou-se a venda fixa de leitos privados e criou-se um fluxo direto que encaminhava os usuários da droga para clínicas privadas.

Uma nova psicopatologia, com demandas, ofertas e diagnósticos se instala. A classificação dos internos teve nos “Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas”, código

F10-19 do CID 10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1993), o principal código. A pesquisa de Andréia Scisleski (2006), realizada na unidade infantil do HPSP, o Centro Integrado de Atenção Psicossocial – CIAPS, acompanha a prevalência desse código de 2002 até 2005, partindo de 37% das situações encaminhadas no primeiro ano e 50% no último ano de análise. Desse montante, as ordens judiciais foram determinantes da maioria das internações: representavam 42% em dos encaminhamentos em 2005; sendo que esse número chegou a ser de 66% em 2002.

A tecnologia da internação opera na maior parte das vezes como uma estratégia efêmera e pontual (em média, 21 dias) - desintoxicando na mesma lógica em que se intoxica. Sem efetivação de um tratamento posterior, o círculo vicioso da reclusão gera um elevado número de reinternações: 62% em 2005 (Scisleski, 2006).

O dado mais instigante, no entanto, não aparece claramente nos diagnósticos: o uso de crack. Na pesquisa de Scisleski, já era observável em 2005 que cerca de 80% dos sujeitos internados no CIAPS eram usuários da droga e chegavam com a demanda de desintoxicação. A tarefa do tratamento, de fato, não é fácil. A pedra estabeleceu um preço mais acessível à cocaína: o clássico estimulante deixou de ser privilégio de uma elite, democratizando seu acesso com uma versão empobrecida e eficaz. Do estalar da pedra veio a palavra e a dose. Os efeitos atingem o Sistema Nervoso Central em 10 segundos, durando por no máximo 10 minutos (Dualib, Ribeiro, & Laranjeiras, 2008; Kessler & Pechansky, 2008). Os efeitos são semelhantes aos da cocaína, todavia mais efêmeros: tão logo o sujeito se abstém, a vontade de uso se faz e remete o sujeito a reincidir na compra. Este ciclo entre oferta, consumo, abstinência e compulsão pelo uso associou o crack aos comportamentos de transgressão.

Desse modo, a dependência química associa-se, na psicopatologia do crack, aos “Transtornos emocionais e de comportamento com início ocorrendo na infância e adolescência” (F90-99 do CID 10). Na pesquisa de Scisleski (2006), o diagnóstico está presente em 50% dos casos analisados, sobretudo nos subitens do Transtorno de Conduta (F91) e do Transtorno misto de conduta e emoções (F92). Esse diagnóstico foi bastante lembrado pela psiquiatria porto-alegrense, chegando a ser pronunciado que o usuário de crack possui necessariamente Transtorno de Conduta, assim como quem tem esse Transtorno será um usuário de crack. O uso indiscriminado desse diagnóstico foi corrente no campo da saúde mental porto-alegrense, situando sua origem no infante e no

púbere. Cabe a definição desse transtorno apresentado por Bordin e Offord (2002, p. 12):

na base do transtorno de conduta está a tendência permanente em apresentar comportamentos que incomodam e perturbam, além do envolvimento em atividades perigosas e até ilegais. Esses jovens não aparentam sofrimento psíquico ou constrangimento com as próprias atitudes e não se importam em ferir os sentimentos das pessoas ou desrespeitar seus direitos.

A desafetação destes sujeitos tornou-se uma das verdades no cenário de doença estabelecido. As perturbações da cidade, seus medos e pânicos encontraram no usuário de crack – dependente químico e de personalidade desafiante – um rosto da violência da cidade.

Criou-se a exigência de uma resposta urgente. Mais que isso, se propagou o descrédito aos serviços de tecnologia leve ou média, como os ambulatórios, os Centros de Atenção Psicossocial, os Postos de Saúde - visto que não cobriam a demanda para tratamento (Araújo et al., 2003) - e se exigiu a retomada da complexidade dos leitos psiquiátricos. A estratégia foi defendida com jargões fortes, exigindo o escoamento urgente dos usuários de crack para tratamento. “Loucura é a falta de leitos psiquiátricos”, foi o título da campanha do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul lançada em 2007².

Os diretores das clínicas e hospitais foram categóricos ao afirmar que seria fundamental a psiquiatria preparar-se como nos áureos tempos para tratar dessa demanda imperativa, colocando-se em estado de emergência. Foi como estatuto de doença que o crack garantiu reconhecimento científico. A linha que associou dependência química com problemas de conduta passou pela validação das neurociências. As afetações orgânicas foram enormemente noticiadas no fenômeno do crack, como na pesquisa veiculada em 2004 na Revista Brasileira de Psiquiatria:

Os resultados preliminares desta investigação mostraram prejuízos neurocognitivos em dependentes de cocaína/crack quando comparados a indivíduos normais. Foram encontradas alterações em testes de atenção, fluência verbal, memória visual, memória verbal, capacidade de aprendizagem e funções executivas. Estes dados mostram evidências de que o abuso de cocaína está associado a déficits neuropsicológicos significativos, semelhantes aos que ocorrem em transtornos cognitivos, possivelmente relacionados a problemas em regiões cerebrais pré-frontais e temporais. (Cunha, Nicastri, Gomes, Moino, & Peluso, 2004, p. 106)

Somam-se à cientificidade do fenômeno os estudos de uma *Biologia da Violência* realizados

pelo grupo de pesquisa coordenado pelo geneticista Renato Zamora Flores, com pesquisas sobre o avanço epidêmico da violência, associado ao uso de crack, às falhas parentais e às heranças genéticas (Flores, 2002). Para os pesquisadores, seria possível identificar ainda no infante as características de um futuro usuário de drogas, bem como as origens do comportamento agressivo. Dessa pesquisa, ficou famoso na cidade e no país o plano de realizar o mapeamento cerebral em adolescentes infratores internos na Fundação de Atendimento Socioeducativo. O modelo das neurociências indicou a fatalidade irrevogável da alteração cerebral e a preponderância desse fator na determinação do comportamento humano.

A noção de irreversibilidade neuronal trouxe à baila uma ligação entre uso de crack e alteração neurológica, colocando na dependência química e nas crises de abstinência o mérito dos comportamentos que decorrem do sujeito. Uma vez de posse da doença, não haveria mais chances de mudança: o usuário entraria em um jogo desenfreado de satisfação, afastando-se das respostas sociais esperadas.

Dessa construção proliferam os estudos que atrelam o uso da droga com comportamentos antissociais: prostituição e HIV, com o cometimento de delitos, com o aumento da violência (Oliveira & Nappo, 2008). Para Felix Kessler e Flávio Pechansky (2008), pesquisadores do Centro de Pesquisa em Alcool e Drogas da UFRGS, os estudos epidemiológicos brasileiros “correlacionam o uso de crack a um aumento da agressividade, especialmente nos períodos de abstinência”, sendo que “as regiões onde há grande consumo dessa droga costumam apresentar índices mais altos de violência e crimes em geral” (p. 97). Apresenta-se, assim, um caminho contíguo de dependência química, delinquência, comportamentos sexuais de risco, entre outros.

O discurso apresentado repetiu os tons fatais que associam diretamente droga, cérebro, violência. A irreversibilidade foi explorada enormemente, não deixando saídas. Conforme disse o diretor de uma grande clínica privada da cidade, a virulência ímpar da droga o fazia desconhecer caso de quem tenha experimentado sem tornar-se um viciado (Melo & Rocha, 2008, s.p.). A situação foi definida como epidêmica pelos especialistas, recuperando a nomenclatura médico-científica para patologias como malária, cólera, febre amarela.

As conceituações psicológicas de desestrutura familiar e de desmantelamento das referências parentais foram também recuperadas, reverenciando as imagens de fissura nos lares. As explicações buscavam nas falhas genitoras os erros na educação e no controle

dos filhos transtornados. Para Sérgio de Paula Ramos, psiquiatra bastante acionado nas mídias e para as capacitações aos servidores públicos da saúde mental, não haveria dúvidas em situar a etiologia do problema uma vez mais no seio familiar (Ramos, 2008, pp. 99-100):

Percebemos que, nas áreas pobres, onde se iniciou a atual epidemia, vive-se uma total ausência concreta de pai, e nas classes média e rica, para onde a epidemia está se espalhando, o movimento ocorre às custas de famílias onde a dita função paterna está, em regra, comprometida.

O discurso psiquiátrico, por fim, reencontrou um parceiro importante e antigo: o filantropo-religioso. Na sequência das internações, as Comunidades Terapêuticas, ou, melhor dito, as “Fazendas Terapêuticas” se assumiram como caminho natural para o tratamento da dependência química. O caráter desses espaços, no entanto, em nada se parece com o tratamento psiquiátrico a não ser pelo regime de contenção: a terapêutica consiste em ensinamentos religiosos, organização laboral do tempo e dos papéis, disciplina quanto aos horários e compromissos; incorporando ainda fragmentos de grupo-terapia e dos grupos de Alcoólicos e Narcóticos Anônimos. Para esses espaços foram destinados centenas de pessoas, com permanência prevista de nove meses, sendo comum a história de sujeitos que passam diversos anos nesse regime, isolados das vicissitudes da droga.

Com esses movimentos conhecidos, o internamento recuperava fôlego, mas a legitimidade da causa não partiu do pensamento psiquiátrico. A demanda que reconfigurou o perfil de atenção dos serviços de saúde mental partiu, sobretudo, da leitura midiática sobre o fenômeno crack. Desde os canais mais periféricos até a imprensa hegemônica, vendeu-se o terror associado à droga, captando espectadores aflitos e sem esperanças sobre a causa. A campanha anticrack cristalizou a pedra como a causadora dos descaminhos sociais e a afirmação da dependência química como pilar fundamental da vida marginal.

3. Campanhismo anticrack

A construção que partiu dos filtros jurídicos e policiais e encontrou na psiquiatria biologicista um amparo científico contou também com a imprensa para propagar a notícia de irreversibilidade da doença e do perigo que representavam os fumadores de pedra.

As primeiras notícias vieram dos meios de comunicação sensacionalistas, em programas que retratavam a bandagem sendo abordada pela polícia

ou as famílias que acorrentavam e algemavam seus filhos para evitar que saíssem de casa. A grande mídia restringiu o tema, num primeiro momento, às páginas policiais. A centralidade veio com o aviso de uma epidemia do mal, sustentado pela noção neuromédica de dependência irreversível de crack. A mensagem era de desesperança quanto ao futuro das crianças e dos jovens, bem como aos modelos de intervenção: dizia de um descontrole ao qual sucumbiria a sociedade gaúcha:

O Rio Grande do Sul foi assolado por uma epidemia de crack, a droga que escraviza em segundos, zomba das esperanças de recuperação, corrói famílias, mata mais do que qualquer outra e afunda os dependentes na degradação moral e no crime. O impacto sobre a violência é avassalador. Uma onda de homicídios está associada ao tráfico nas periferias, e não há dependente de crack sem relatos de brutalidade e morte de amigos a fazer. A delinquência juvenil tornou-se indissociável do vício. (Melo & Rocha, 2008, s.p.)

As manchetes desse período são fortes, marcando o usuário de crack como transgressor definitivo, tomado impiedosamente como por uma peste viral. Em um programa popular de rádio, o apresentador, a certa altura, pergunta: “o que fazer? Tem que mandar matar”, expressando uma opinião presente em muitos discursos. Em vez de matar, o que seria inviável, apesar de dizível, a grande imprensa formulou ações em defesa da vida.

As cores cinematográficas vieram com a campanha organizada pelo grupo RBS (Rede Brasil Sul, afiliada da Rede Globo): “Crack, nem pensar”, captando o teor dramático com o qual se pintava o cenário. Lançada em maio de 2009, a campanha propunha uma intervenção publicitária, editorial e institucional sobre o tema, contando com parceiros diversos.

A primeira fase foi a mais impactante. A empresa publicitária contratada pelo grupo trouxe uma roupagem televisiva para o tema, propagando uma imagem de terror rápida e definitiva, exibida em horário nobre, no intervalo na novela principal. Além da mídia televisiva, no ano de 2009, segundo dados do site da campanha³, foram veiculadas mais de 600 inserções editoriais nos jornais do Grupo RBS – os mais lidos do Estado.

A notícia foi espalhada de forma capilar, massificada pelas cidades em manchetes que ganharam o cérebro dos espectadores, ouvintes e leitores mais longínquos. O enredo repetia o discurso científico e carregava nos enunciados: “É uma droga tão devastadora que pode viciar logo na primeira vez. E provocar as piores consequências. Dor, prostituição,

roubos e assassinatos”⁴. A estética da campanha incorporou enredos de uma juventude corrompida e a retratou com uma montagem cinematográfica vigente no cinema dos últimos anos: um cenário de sombras onde a juventude é violenta e eterna, garantindo a atenção dos olhos espectadores. Obteve resultado rápido, alcançando as mentes espectraladoras.

A segunda fase da campanha trouxe a história de jovens perdidos na busca do crack. O roteiro é simples: um uso inocente, experimental, leva ao uso da pedra; o vício se instala de imediato, causando uma espécie de doença incurável no cérebro; descontrolado, o usuário apresenta condutas transgressoras para obter a droga; corrompe família, escola, trabalho; torna-se marginal, perigoso. O medo se agravou com a notícia de que sujeitos de classe média, trabalhadores, homens de família, com bom *status* social se marginalizam quando utilizam a droga: “Casa e carro para o tráfico”; “Empresário vira motoboy”; “Parecia uma realidade muito distante da do meu filho”; “A elite cai na pedra”. O drama foi retratado com pavor, sendo o descontrole cada vez mais próximo dos jovens das classes média e alta. A campanha afirma o ato de consumo da pedra como caminho irreversível de monstruosidade, corrompendo até os não-vileiros, não-marginais.

A fase final da campanha trouxe a imagem dos pais vitimados pelo vício dos filhos, apresentando a notícia do transtorno que alcança os cuidadores e propondo uma cartilha de monitoramento. A imprensa gaúcha apoiou sua campanha, enfim, em defesa da família e do bem-estar social, sustentada pelo estado de medo e perigo que era acusado em suas manchetes.

O auge da campanha anticrack se deu no inverno de 2010, com o I Congresso Internacional sobre Crack⁵. O evento foi organizado pelo Ministério Público do RS em associação com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os eixos de discussão foram repressão, tratamento e prevenção. Diversas discussões descentralizadas foram realizadas, dando espaço para se falar sobre uma amplitude de possibilidades, mas as conferências centrais repetiram o enredo que já sabíamos: que o uso de crack afeta o cérebro; que gera problemas de conduta; que o tratamento mais apropriado é o regime de contenção.

O crack foi abertamente entendido como uma doença crônica, conforme diz o professor da UFRGS Flávio Pechansky na sua conferência, sendo necessário tratá-la como as demais “doenças de primeira classe”. A fala mais marcante veio de um psiquiatra estrangeiro, representante das pessoas “do mais alto gabarito científico do mundo”. Ele disse que os usuários de crack têm seus cérebros “estragados”, podendo mudar nossa condição de sociabilidade. O

psiquiatra se achava temeroso para sair a jantar numa cidade como Porto Alegre porque, em suma, haveria muitos cérebros desumanos em trânsito. Seu discurso foi manchete no outro dia:

Psiquiatra argentino defende que ação do crack no cérebro transforma humanos em animais. A droga seca veias da área do cérebro responsável por diferenciar homens de macacos – “O crack atua em uma área responsável pelas noções de civilidade, provocando desinibição e liberando a fantasia. O usuário passa a agir como um zumbi, um chimpanzé”. (Almeida, 2010, s.p.)

Melhor não sair às ruas. Melhor não usar drogas, internar-se e não pensar no crack. A mensagem foi passada em tons de terror, com grande contundência. A campanha foi ampla, influente, fez sucesso. Os adesivos ganharam numerosos carros e capas de caderno, entoaram dissertações nas escolas e legitimaram a pedra como mais uma das marcas da juventude.

4. O método: desempedrar

A TV silencia. As pessoas na sala ficam sem palavras, esperando a próxima propaganda. Verdade sobre verdade: a tela apresenta um caminho pronto, uma discussão já feita, uma opinião pronta, mesa posta. “A culpa é da pedra” acusam os que assistem o usuário e que não conseguem se reconhecer na cena. “Se o diabo inventou um inferno na terra, esse inferno é o crack”⁶, diz outro especialista. A cena foi batida com martelo pesado, sem chance para intervalos. Aos poucos, vê-se uma parede de concreto firme como muralha. Pedra sobre pedra, cimentada com diversas areias, coberto pelo slogan de que “A verdade faz bem à saúde”.

O objeto jovem-perigoso-pobre-delinquente-violento-drogadito, em meio ao muro de verdade em que surge, faz desaparecer seus elementos. O exercício é desmembrar alguns componentes desse muro, amparando-se, para tal, em algumas ferramentas conceituais de Michel Foucault e Gilles Deleuze.

Conforme a arqueologia do saber foucaultiana, o exercício do desempedrar busca

“isolar as condições de emergência de um enunciado, a lei de sua coexistência com os outros, a forma específica de seu modo de ser, os princípios sob os quais se transformam e desaparecem” (Foucault, 2008, p. 144). Na cena em análise, será preciso depreender que a construção do objeto em questão apresenta uma formação discursiva que, na aparente homogeneidade, carrega grupos enunciativos distintos, contraditórios.

Na definição de formação discursiva por Foucault (2008), os grupos de enunciados não estão ligados entre si, seja no nível das frases, das proposições, dos laços lógicos, tampouco no nível das formulações por laços psicológicos. O que liga essas diferenças é a própria definição de discurso proposta por Foucault, ou seja, “um conjunto de enunciados que se apóia em um mesmo sistema de formação” (p. 122).

Desse sistema, todavia, podemos conhecer apenas sua exterioridade/superfície pela prática discursiva em um determinado tempo e espaço. Para Deleuze (2007), o expresso em nada se parece com a expressão, embora não exista fora dela: ele insiste, persiste, subsiste como sentido em um determinado estado de coisas. O sentido *acontece*, portanto, na superfície dos corpos, habitados por uma dupla causalidade onde já não se pode falar de um lado ou de outro, de superfície e profundidade, apenas de fronteira, de paradoxo (Gil, 2008).

Não há, portanto, uma linearidade de forças, tampouco uma repetição idêntica ao que já se viu. Melhor explicado por Foucault (2008, p. 36), um objeto como a loucura, enunciado pela psicopatologia médica, “não é idêntico ao objeto que se delineia através das sentenças judiciais ou das medidas policiais”; no entanto, a partir de um jogo de forças desses discursos, formam um conjunto enunciativo que define as transformações dos objetos através do tempo. Assim, o modo como o discurso psiquiátrico constrói seus objetos não decorre somente da invenção de uma psicopatologia, mas de elementos dispersos que se tramam e ganham sentido numa determinada cena.

No caso da delinquência ou da conduta transgressora, Foucault (2008, p. 49) traça um conjunto de relações presentes na constituição do indivíduo perigoso do século XIX. Para o autor, a psicologização do sujeito transgressor aparece desde o princípio da psicopatologia, associando os registros da delinquência aos da caracterização patológica: roubos, delitos sexuais, homicídios, vagabundagem e agressividade são exemplos que se inscrevem tanto no discurso da psiquiatria quanto no sistema jurídico-policia.

Em tal limiar se forma a trama. Na superfície discursiva de nossos dias a novidade do jovem crackeiro traz novos enredos, mas remonta arranjos discursivos preexistentes, estabelecidos em jogos de poder e saber. Os fragmentos discursivos, narrativos, imagéticos dessas discursividades serão nossas ferramentas para a diluição do pesado cimento que forma a atual psicopatologia juvenil. São cascalhos pequenos, mas ainda maciços, da estrutura de cimento e ferragem que

empedra o sujeito-objeto deste cenário. São sentidos que não se desfazem simplesmente, condensados por propriedades distintas, a saber: as *contraditórias*, que se autoafirmam e configuram, na verdade, um falso duplo; as *atualizadas e especializadas*, matérias renovadas por novas tecnologias; e as *inovações*, que, por estarem em expansão de suas formas, são flexíveis e, por isso mesmo, inabaláveis. Em todo caso, são discursividades que buscamos desimpedrar e analisar.

5. Análise dos elementos discursivos

5.1 O psiquiatra

Ainda que os discursos midiático e psiquiátrico tenham dito que não havia cura possível para a dependência do *crack*, tratou-se. E de modo intensivo. As unidades de internação foram colocadas nesse cenário como grande solução para o problema. Segundo os manifestos do Sindicato Médico gaúcho, “enquanto mães acorrentam filhos por não encontrar apoio para livrá-los das drogas”, “a arcaica lei da reforma psiquiátrica impede a criação de novos leitos psiquiátricos, alimentando a epidemia de *crack* e propagando a violência”⁷. A medicina diz, então, que pode resolver o problema. Chegou a haver alguns outdoors na cidade que diziam: “violência é doença”.

O psiquiatra garantiu ao *crack* o estatuto de problema científico-médico, exigindo a prioridade dos leitos psiquiátricos. Na maioria desses locais, a terapêutica prevalente nos aproximados 21 dias de contenção foi a medicamentosa.

Na unidade infanto-juvenil do HPSP, aplicavam-se também terapias psicológicas e psicanalíticas, individualmente ou em grupo, além da atuação do Serviço Social e das oficinas de arte, música, internet. Outra estratégia bastante utilizada nas internações, como na Unidade Jurandir Barcelos do HPSP, são as terapias cognitivo-comportamentais, que apostam numa rápida reorganização cognitiva por meio de processos básicos: (a) identificar as crenças disfuncionais básicas e os pensamentos automáticos; (b) aplicar técnicas de contraposição às crenças, motivando o sujeito; (c) treinar comportamentos e habilidades específicas para prevenção da recaída (Silva & Serra, 2004).

Mesmo com tal esforço, não dispensado pela maioria das clínicas da cidade, a terapêutica não escapava de dopar-se. A terapia medicamentosa propõe ao Sistema Nervoso Central uma troca dos estimulantes do *crack* por moduladores de humor, antidepressivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, antialérgicos, entre outros. Propõe, antes de tudo, um anestesiamento do

sujeito com um pacote medicamentoso geral, aplicado a todos que precisam de certa anestesia.

Nesta sobreposição de intoxicações, o sujeito dificilmente advirá com condições de se fortalecer psicologicamente para enfrentar a dependência. Mesmo assim, o modelo foi defendido pelos especialistas, pois, conforme o psiquiatra Pechansky no evento internacional sobre *Crack*, o “ambiente psiquiátrico seguro” - onde os fármacos são usados em quase 100% dos casos - é o mais apropriado enquanto “o cérebro do indivíduo, que está sobre efeito do *crack*, ainda não está sendo capaz de receber um aporte social ou psicoeducacional” (cf. nota 5). A afirmação deixa entrever o pouco espaço para terapias distintas e exemplifica a função controladora da terapêutica psiquiátrica. Deixa clara, ademais, uma importante contradição: conforme haviam escrito antes (Kessler & Pechansky, 2008), não há uma eficácia reconhecida do uso de psicotrópicos com dependentes de *crack*.

5.2 O publicitário

Uma das estruturas expansivas e moldáveis desses tempos são as ações publicitárias. E, na cena em análise, o publicitário tem papel fundamental. Numa das oficinas do referido congresso internacional, foi abordado o tema “Prevenção e Mídia”. Estava presente o coordenador de uma das campanhas anticrack. Compunham o grupo, ainda, estudantes e profissionais das áreas da saúde, educação e assistência social, além de um mediador experiente, pois se adivinhava uma discussão polêmica.

O publicitário explicou que uma campanha como aquela tinha duas funções: de um lado, informar; de outro, captar o público em meio às competições visuais do campo publicitário. A televisão, informou o profissional, apresenta uma veia bastante forte de entretenimento em sua programação e, sendo assim, tinha sido um desafio intercalar nessa vivacidade um tema tão sombrio e sério. Era preciso, em suma, dividir espaço com a mulher da propaganda de cerveja.

Ele precisava lucrar. Não disse, mas deixou nas entrelinhas. Para Dominique Wolton, esse é um conflito de legitimidade importante da Comunicação, sendo comum que “muitas disciplinas universitárias reduzam a problemática da comunicação àquela do comércio. ‘Comunicar é vender’” (Wolton, 2006, p. 51). A campanha anticrack contou, para isso, com as marcas cinematográficas de sombras, desejo, violência, solidão que embalaram os filmes de terror mais assistidos nos últimos anos. Na tela da TV aparece uma imagem de terror que conecta aos signos vigentes e legítima o *crack* como um interesse coletivo.

Dentro da complexidade da dependência química, a estratégia do publicitário foi não fragmentar o tema, não abrir diretamente para um debate. O objetivo, segundo ele, foi “assustar”, “fazer pressão”, “causar impacto”. Tratava-se de levantar a bandeira em um determinado formato e segui-la. Nem caberia, portanto, pensar na amplitude do tema, tampouco abrir para uma reflexão sobre os modelos de tratamento.

Ao ser questionado por uma trabalhadora da plateia sobre a noção errônea de que o modelo propagandeado das internações poderia curar o dependente - haja vista as massivas reinternações - e sobre o efeito equivocado da “pressão”, reavivando um discurso manicomial que já se sabia ultrapassado, o publicitário se disse desconhecedor do internamento e dos riscos da manicomialização. Disse, enfim, que as informações eram passadas por fontes seguras – “os especialistas” – e admitiu que, se elegeram um modelo terapêutico “x” ou “y”, foi com absoluta “ingenuidade”, pois se tratava realmente de ganhar destaque na programação, prevenindo com medo o uso da pedra.

5.3 O usuário

Uma construção importante deste cenário é sobre o perfil do usuário de crack. Este seguiu as inscrições fundamentais para um objeto psiquiátrico, recuperando Foucault (2002): o erro psicogenético, do jovem, pobre, degenerado; e o erro jurídico, de quem roubou para fumar, que se tornou agressivo, descomportado.

No cenário de doença total que o crack instalou, vamos adiante: possuir algum desses elementos, por mais disperso que seja, permite entrar na ficção e no internamento. Logo, se pulveriza o público e, paradoxalmente, não temos mais a restrição a um perfil preestabelecido. São exemplos de combinação: jovem de classe média que roubou para fumar; criança agressiva que foge de casa; morador de rua que bebia cachaça e perturbava a vizinhança; sujeito letrado de 72 anos que fumou pedras de crack no meio de seu habitual cigarro de tabaco. Todos inseridos no internamento.

A distância entre o perfil e as multiplicidades deixa entrever algo importante: o uso de crack coloca em série os erros jurídicos, morais, neuronais, circundado, entre eles, algo essencial. Deleuze (2007, p. 41) diz que esse instante surge

quando as diferenças pequenas ou grandes superam as semelhanças, quando elas são primeiras, quando por conseguinte, duas histórias completamente distintas se desenvolvem simultaneamente, quando as personagens têm uma identidade vacilante e maldeterminada.

A instância paradoxal, segue Deleuze, estabelece um duplo, um espelho que converge o sentido de uma série sobre a outra. Completa: “é preciso dizer que não está nunca onde procuramos e, inversamente, que nunca a encontramos onde está” (p.43).

O cenário forma-se de multiversos dicotômicos, distantes, mas que se aproximam para dar movimento ao discurso de ordem sobre o crack. Esta brecha, aberta pela imposição do juiz, do psiquiatra, do publicitário, favoreceu as relações que fossem convenientes ao arranjo de controle estabelecido, perfilando transgressões e psicopatologias de modo direto e, ao mesmo tempo, aleatório.

5.4 O vício

Embora tenha se estabelecido a verdade de que o uso de *crack* se dá somente pela via da compulsão, instalando o vício desde o primeiro uso, há evidências de que é possível ter um uso controlado da droga. Apesar de concordarmos que não há dose segura para evitar o viciamento e que muitos usuários entram no circuito de compulsão pelo uso, é preciso atentar para pesquisas como a do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, que identificam o uso moderado da pedra em São Paulo. Assim escrevem Oliveira e Nappo (2008, p. 667):

diferentemente dos estudos anteriores que enfatizavam o padrão compulsivo como a única modalidade de uso, o presente trabalho sugere a existência do padrão controlado. Caracterizado como o uso racional e não-diário de crack, tem gerado implicações individuais e sociais menos severas, amenizando o estereótipo anteriormente associado ao usuário de crack, reconhecido como alguém irresponsável, improdutivo e agressivo.

A evidência tira um pouco do cimento que envolve o pedreiro. Tal constatação é presente no cotidiano dos Programas de Redução de Danos, que não enfocam o estereótipo do crackeiro. Para Fonseca e Bastos (2005), os desafios do PRD são grandes porque os usuários de crack envolvem-se realmente em mais situações de risco, expondo-se a uma condição marginal. Além disso, consideram que as truculentas políticas de “guerra às drogas” acabam criminalizando o usuário, reforçando a marginalidade e impedindo que se estabeleçam relações de cuidado não controladoras, voltadas à diminuição dos riscos do uso.

5.5 A política

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Ministério da Saúde, 2004) prevê ações de promoção,

prevenção e tratamento sob os ditames do Sistema Único de Saúde, a saber, de integralidade, equidade e universalidade do acesso, das ações intersectoriais, da integração social e comunitária. Do ponto de vista do uso de drogas, as ações de Redução de Danos são prioritárias, vistas como meio de poder atenuar o deterioro decorrente do abuso, porquanto se estabeleça uma relação crítica do usuário com a droga. Segundo o documento, “a abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas” (p. 10).

Em nenhum momento essa política e as leis da Reforma Psiquiátrica extinguem a possibilidade de internação psiquiátrica, entendendo sua importante função “quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Lei Federal n. 10.216, 2001, Art. 4). No mesmo artigo, diz que o tratamento “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”.

A centralidade na polêmica discussão dos leitos psiquiátricos apresenta, assim, uma falsa questão, que teve como solução o resgate do discurso limitado à internação psiquiátrica e às comunidades terapêuticas. O que assistimos foi a um claro movimento de contrarreforma, estabelecido com estratégias de combate avivadas pela emergência do crack, em vez de uma afirmação das estratégias extra-hospitalares e das políticas de redução de danos.

Essa contradição está bastante presente nos serviços de saúde mental, com atuações híbridas entre conceitos reformistas e manicomialistas. Esses locais deixam claro que, nas transposições das conquistas macropolíticas para os serviços, surge um tempo indeterminado com avanços e retrocessos constantes, entremeando a prevalência de um ou outro discurso dependendo do cenário. A indefinição vivida em Porto Alegre favoreceu a imposição jurídica sobre a matéria da dependência química, recobrando o campo com o alarde de medo, limitando-se a tentar controlar os corpos incontroláveis.

5.6 O espetáculo

A estratégia campanhista no fenômeno crack nos faz recuperar Foucault quando analisa a campanha antimasturbatória do século XVIII no curso *Os Anormais*. Para o autor, não foi por uma análise científica que se fez o discurso antimasturbatório, mas por uma literatura em forma de manual: “trata-se de exortações, trata-se de conselhos, trata-se de injunções” (Foucault, 2002, p. 297). Eram textos destinados diretamente aos

infantes, com “todas as consequências desastrosas da masturbação”, com imagens da “fisionomia cada vez mais decomposta, devastada, esquelética e diáfana do jovem masturbador que se esgota”.

Tal “fabulação científica”, completa o francês na mesma aula, instala um tipo de “gênero literário” onde o doente é tomado integralmente pela enfermidade. Uma “doença total” que se torna fonte e destino de todas as outras doenças. É o que permite dizer “uma doença de velhice pode ser perfeitamente devida a uma masturbação infantil” (Foucault, 2002, p. 305), onde poderíamos trocar, sem prejuízo de sentido, doença por agressividade e masturbação por uso de drogas.

A presença maciça de manchetes sobre o tema do crack foi também observada nos Estados Unidos, sendo analisada por Hartman e Gullub (citados por Kessler & Pechansky, 2008). Para eles, o conteúdo das reportagens da epidemia americana tinha claramente um cunho sensacionalista, sem embasamento científico, deslocando o foco das autoridades das questões sociais primeiras. Na experiência brasileira, o sensacionalismo contido nas campanhas e notícias criou um espetáculo que vidrou os espectadores e, igualmente, desfocou as políticas de atenção para o crack e outras drogas.

O espetáculo, como sugerem Bucci e Kehl (2004), procura informar o receptor quanto ao seu papel na cena: “dependemos do espetáculo para confirmar que existimos e para nos orientar em meio a nossos semelhantes, do quais nos isolamos” (p. 50).

A linha, entretanto, que separa os papéis parece tênue no cenário analisado: é fácil passar de um lado para o outro. A campanha de medo sobre o uso de crack formula de modo quase simétrico uma contraimagem de juventude desafiadora e, nesse movimento, aparta as imagens ao mesmo tempo em que as une. As notícias falam do pavor dessa proximidade, do risco de marginalização dos que compunham a normalidade: um risco espetacular e dramático para a juventude.

Considerações finais

O impacto do uso de crack no cotidiano das cidades vai além, certamente, dos pontos aqui analisados. Há elementos que seguem escondidos e não se revelarão ao olhar sapiente do pesquisador, tampouco à lente apurada do publicitário. Do mesmo modo, ficam ocultas na cena analisada possibilidades de caminhos distintos para o sujeito usuário da pedra.

A explicação para as lacunas vem do estado de emergência, composto por uma cultura de perigo que

propõe, antes de uma terapêutica que acompanhasse a velocidade do crack, um roteiro trágico para os sujeitos envolvidos. Nesse cenário, o usuário se reconhece francamente e cumpre, muitas vezes, a sina monstruosa de quem entra em contato com a droga: paralisa-se num itinerário pelas maquinarias de controle jurídico-médico-religiosas. De modo semelhante, o enredo destina aos trabalhadores de saúde mental um lugar encabulado, impotente, visto que o objeto de cuidado é irrecuperável: distancia-se de uma discussão técnica sobre o assunto, quedando-se igualmente empedrado.

Com isso, a política da saúde mental no fenômeno do crack, antes de ser guiada pela lei da Reforma Psiquiátrica e pela Política Nacional para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, guiou-se mais claramente pela política de medo desencadeada, justificando-se sob o argumento científico das neurociências e suas explicações cerebrais. O quadro favoreceu, como vimos, o enorme investimento de recursos em leitos psiquiátricos, em fazendas terapêuticas, em campanhas publicitárias. Para a dependência química do crack armou-se apenas um regime de controle, abafando outras possibilidades de intervenção.

Este texto, embora não desvende outros nortes possíveis para o jovem-delinquente-crackeiro-violento, aposta na fragmentação da chamada epidemia do crack para poder afirmar que eles existem. Entendemos que para chegar a caminhos menos dependentes do espetáculo vigente será fundamental escavar o muro de verdade construído, abordá-lo, tratar abertamente como uma das pedras à venda no mercado do crack. Sobre as poeiras remanescentes, acreditamos possível traçar com os usuários da droga uma trilha diferente do enredo fechado, sombrio e sem saída oferecido pelo cenário empedrado. Com tal exercício, quiçá, se possa esmaecer o estado de alarma, visualizar as histórias que escapam por entre as pedreiras e, num movimento delicado, desempedrar.

Notas

- ¹ Utilizamos o termo cenário em duplo sentido, propositalmente: enquanto contexto sócio-histórico e enquanto plano de fundo para uma cena ficcional a ser executada por alguns atores. Cenário empedrado, por sua vez, é um termo que alude ao momento em que surge a pedra do Crack e à rigidez com que os papéis foram distribuídos nas campanhas publicitárias sobre o tema.
- ² Disponível em: <http://www.simers.org.br/loucura-e-a-falta-de-leitos-psiquiatricos-campanha-1.html>. Acesso em 04 de novembro, 2011.
- ³ Disponível em http://www.clicrbs.com.br/especial/sc/cracknempensar/home_0,3710,Home.html. Acesso em 04 de novembro, 2011.

- ⁴ Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=R-r0UNMsG3E>. Acesso em 04 de novembro, 2011.
- ⁵ *I Congresso Internacional de sobre Crack e Outras Drogas: um debate social que se impõe*, realizado de 07 a 09 de julho de 2010. Os vídeos da conferência estão disponíveis em <http://www.conicrack.com.br/>. Acesso em 04 de novembro, 2011.
- ⁶ Disponível em: http://clicrbs.com.br/especial/rs/cracknem-pensar/19_0_2523689_Crack-motivou-51-dos-assassinatos-em-Caxias-ate-marco.html. Acesso em 07 de maio, 2012.
- ⁷ Notas publicadas pelo SIMERS no jornal *Zero Hora* em 06 de julho de 2007 e 14 de abril de 2009.

Referências

- Almeida, K. (2010, 9 de julho). Crack transforma gente em bicho. *Zero Hora*. Acesso em 7 de maio, 2012, em <http://materiaspecializada.blogspot.com.br/2010/07/da-zh.html>
- Araújo, R. B., Gimeno, L. I. D., Mello, R. M., Elaine, B. R., Benevides, L. S., & Nichetti, R. C. (2003, maio/agosto). Repercussões do fechamento da unidade de desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Revista de Psiquiatria RS*, 25(2), 346-352.
- Bordin, I. A. S. & Offord, D. R. (2002). Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl. 2), 12-15.
- Bucci, E. & Kehl, M. R. (2004). O espetáculo como meio de subjetivação. In E. Bucci & M. R. Kehl, *Videologias: ensaios sobre a televisão* (pp. 43-62). São Paulo: Boitempo.
- Cunha, P. J., Nicastri, S., Gomes, L. P., Moino, R. P., & Peluso, M. A. (2004). Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 103-106.
- Deleuze, G. (2007). *Lógica do sentido*. São Paulo: Perspectiva.
- Dualib, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24, SUP4, p. 45-57. Rio de Janeiro, 2008.
- Flores, R. Z. (2002). A biologia na violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(1), 197-202.
- Fonseca, E. & Bastos, F. I. (2005). Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In G. Acselrad (Org.), *Avessos do prazer: drogas, AIDS e Direitos Humanos* (2ª ed., pp. 289-309). Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- Foucault, M. (2002). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2008). *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Gil, J. (2008). *O imperceptível devir da imanência: sobre a filosofia de Deleuze*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Kessler, F. & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria RS*, 30(2), 96-98.
- Lei Federal n. 10.216*, de 6 de abril de 2001. (2001). Dispõe sobre a proteção o os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde.
- Melo, I. & Rocha, P. (2008, 5 de julho). A epidemia do crack assola o Estado. *Zero Hora*. Acesso em 7 de maio, 2012, em <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticia/2008/07/a-epidemia-do-crack-assola-o-estado-2027439.html>

- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2004). *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* (2ª ed.). Brasília: Autor.
- Oliveira, L. G. & Nappo, S. A. (2008). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 664-671.
- Organização Mundial Da Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ramos, S. P. (2008). O crack, o pai e os psiquiatras e psicanalistas. *Revista de Psiquiatria RS*, 30(2), 99-100.
- Scisleski, A. C. (2006). *Entre se quiser, saia se puder: os percursos dos jovens pelas redes sociais*. Dissertação de Mestrado, Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Silva, C. J. & Serra, A. M. (2004, maio). Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 33-39.
- Wolton, D. (2006). *É preciso salvar a comunicação*. São Paulo: Paulus.

Submissão em: 04/11/2011

1a. Revisão em: 07/04/2012

2a. Revisão em: 20/06/2012

Aceite em: 07/07/2012

Mateus Freitas Cunda é Psicólogo com residência em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública - RS (2007), com ênfase (R3) em Saúde Mental Infanto-Juvenil (2008). Mestrado em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2011). Doutorado em Psicologia Social pela UFRGS. Endereço: Rua São Vicente, 513/303. Santa Cecília. Porto Alegre/RS, Brasil. CEP 90630-180. E-mail: mateuscunda@yahoo.com

Rosane Azevedo Neves da Silva é Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: rosane.neves@ufrgs.br

Como citar:

Cunda, M. F. & Silva, R. A. N. (2014). O crack em um cenário empedrado: articulações entre os discursos jurídico, médico e midiático. *Psicologia & Sociedade*, 26(n. spe.), 245-255.