

CRACK, CRACK, CRACK

• *o craquelar do sujeito em meio a uma sociedade proibicionista e moralizante* •

Rafael Nunes Peixoto*, Ludmilla Lopes da Fonsêca**

Autor correspondente: Rafael Nunes Peixoto. E-mail: rnpeixoto@gmail.com

* Pós graduação em Atenção básica à Saúde mental. Professor/Preceptor da Estácio-FIB

** Professora da Faculdade Ruy Barbosa - Grupo Devry

Resumo

Este artigo traz algumas reflexões sobre o histórico do consumo de substâncias psicoativas no Brasil, dando ênfase ao Crack. Fazendo uma revisão teórica acerca das legislações brasileiras que versaram sobre o usuário de drogas, analisa o sujeito que consome, e é consumido pelas substâncias psicoativas, através da lógica psicanalítica, utilizando extratos de falas de alguns usuários para bordejar essa análise. Por fim, traz a concepção da política de redução de danos que expressam tendências que vão se constituindo no Brasil como respostas aos problemas relacionados ao complexo fenômeno do consumo de drogas, que para ser implementado precisa do envolvimento e intervenção de uma equipe multiprofissional junto com a ampliação do debate teórico do tema perante a sociedade.

Palavras-chave: Crack; Psicanálise; Política; Redução de danos; Sujeito.

CRACK, CRACK , CRACK

• *the crease the subject in the midst of a company prohibitionist and moralizing* •

Abstract

This article reflects on the history of consumption of psychoactive substances in Brazil, emphasizing the Crack . Making a theoretical review about Brazilian laws that were about the drug user , analyzes the subject that consumes and is consumed by psychoactive substances, through the psychoanalytic logic, using speech extracts of some users to tack this analysis. Finally brings the concept of harm reduction policy that express tendencies that are constituted in Brazil and answers to issues related to the complex phenomenon of drug use, which to be implemented need the involvement and intervention of a multidisciplinary team with the expansion of the theoretical debate of the issue in society.

Keywords: Crack; Psychoanalysis; Politics; Harm reduction; Subject.

INTRODUÇÃO

O estudo dos mecanismos de controle que incidem sobre as drogas ilícitas tem por objetivo compreender a estratégia proibicionista que preconiza, mediante a imposição de uma pena criminal, a proscrição de determinadas substâncias, por meio da inclusão destas a categoria de ilícitos.⁽¹⁾

No plano internacional, cerca de 10% das populações, dos centros urbanos de todo o mundo, consomem de maneira abusiva substâncias psicoativas independentemente da idade, gênero, nível de instrução ou poder aquisitivo.⁽²⁾ Diante deste dado podemos perceber que há uma dada ineficiência do proibicionismo, quando se estabelece a cisão entre substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, legalizando umas e criminalizando outras. Isto se releva ao analisar os diferentes danos causados aos sujeitos que consomem algum tipo de droga.

Neste sentido, vemos que a desinstitucionalização da loucura proposta pela Reforma Psiquiátrica para ser implementada necessita do aprendizado dos profissionais da saúde para lidar no seu cotidiano com as diferenças, com aquilo que não cabe dentro da norma, (re)significando o seu fazer diariamente. A prática de intervenção sobre os usuários de substâncias psicoativas necessita ser pensada de forma criteriosa e ética, com o intuito de não ser uma operação moral de normalização há que ser sentida pelo sujeito não como uma forma de violação de direitos, mas é preciso entender que nem todos os usuários são dependentes químicos.

Para tanto, este trabalho se caracteriza por um ensaio teórico, compreendido enquanto produção textual que objetiva a compreensão de uma realidade, pensando o usuário de substâncias psicoativas como um ser humano de direitos e deveres, que é constituído em uma sociedade na qual a diversidade impera. O ensaio teórico prescinde de conceitos e de argumentação sistemática, de forma a sustentar racionalmente as afirmações levantadas.

⁽³⁾ O texto é marcado por extratos de falas de usuários de drogas que são utilizados com o intuito de bordejar a condução teórica psicanalítica. A pes-

quisa não finda neste artigo terá sua continuidade num marco exploratório que visa aprofundamento do tema em nível *lato sensu*. Ademais, para composição da base teórica aqui referida realizou-se consultas às bases de produções acadêmicas (SciELO, BVSPsi, Portal CAPES, Google acadêmico, etc.) também pesquisa na literatura pertinente, investigando-se o domínio do estado da arte da pesquisa que ora se apresenta.

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS/CRACK

Já houve no cenário internacional a despenalização do porte e consumo de drogas ilícitas, delimitando-se diferenças explícitas entre traficantes e usuários de drogas, bem como a implantação de medidas de saúde para usuários que mantêm uso prejudicial destas substâncias.⁽⁴⁾ Entretanto, não é legítimo afirmar que todos os países desenvolvidos realizaram avanços em suas respectivas políticas no que concerne a esta temática.

No panorama macropolítico, é possível afirmar a existência de diferentes ideologias que transitam no entorno das políticas de drogas, destacando-se em sociedades diversas a perspectiva ideológica de “combate às drogas”. Esta perspectiva se caracteriza pela predominância do alarmismo e sensacionalismo em detrimento da postura científica, estimada quando se aborda temas sociais e históricos complexos. Desta forma, tais posicionamentos que competem à postura de “combate às drogas” induzem países a adotarem ações de recrudescimento das ações repressivas e de cerceamento das liberdades individuais, sob o argumento de impedir a qualquer custo à expansão do fenômeno drogas.⁽⁵⁾

A contestação contemporânea dos jovens possibilitou que novos significados sejam incorporados ao imaginário social, como a delinquência juvenil e a alienação política. Simultaneamente, a massa

de simpatizantes das drogas emergente na contracultura também contribuiu para conferir outros significados sociais a estas substâncias, como o enaltecimento do prazer, instituindo espaços que oscilava entre o exacerbado hedonismo e os caminhos para o autoconhecimento. A influência desses novos significados pôde ser observada no plano nacional, devido à difusão do uso da maconha entre os jovens pertencentes à classe média. Entretanto, o fato desse movimento de contestação acontecer em plena ditadura militar suscitou uma reação mais contundente do Estado. Na tentativa de desestabilizar os setores clandestinos de oposição à ditadura, as drogas e o tráfico foram relacionados à subversão política, intensificando-se a repressão contra as drogas ilegais e seus usuários.⁽⁶⁾

Durante a ditadura militar, as instituições públicas incorporaram um novo modelo de Saúde Pública que assumia as características de um hetero-controle, estabelecido via Estado intervencionista. A despeito do recrudescimento do regime político, a nova legislação instituída manteve os princípios do liberalismo na abordagem de drogas lícitas. Entretanto, a partir deste período histórico, tornou-se mais evidente a cisão entre licitude e ilicitude. No caso das bebidas alcoólicas, o uso excessivo continuou sendo visto com condescendência, como ocorria nas leis de trânsito, diferentemente de outras substâncias psicoativas, a exemplo da maconha e da cocaína.⁽⁶⁾

Com o início da abertura democrática, emergiram novas narrativas incompatíveis com o paradigma proibicionista em vigor. Desta forma, o uso de substâncias psicoativas passou a ser relativizado por alguns setores da sociedade, compreendido como fenômeno complexo e diverso que transversalizava segurança, saúde, educação e política. Surgiram os apelos públicos à legalização da maconha e as críticas à inconsistência dos argumentos que justificariam a sua proibição.⁽⁶⁾

A despeito dos avanços nas discussões políticas no âmbito nacional, adotou-se progressivamente um modelo de atuação em prevenção alinhado à perspectiva proibicionista nas diversas esferas da vida pública, centrada na ilegalidade das drogas,

na repressão e na abstinência do uso. Nesta perspectiva, predomina-se a abordagem médico-jurídica em detrimento da concepção de risco à saúde, resultando em ações pautadas em repressão policial e afronta aos direitos de cidadania dos usuários de substâncias psicoativas.⁽⁵⁾

Faz-se importante pensar nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que garantem o direito a todos os usuários do sistema de ser esclarecido sobre a sua saúde, de intervir em seu próprio tratamento, considerando as suas necessidades, em função da sua subjetividade, crenças, valores, contextos e preferências. É necessário defender a continuidade e o avanço do processo da reforma psiquiátrica regulamentada no Brasil através da Lei nº 10.216/2001, que instituiu os serviços de atenção psicossocial de caráter substitutivo às medidas hospitalocêntricas¹ com o intuito de dar assistência as pessoas com sofrimento mental e problemas relacionado ao uso de álcool e outras drogas.⁽⁷⁾

É inegável que o posicionamento de “guerra às drogas”, alicerçado no discurso moral da abstinência, consiste em um pressuposto histórico e social que deve ser problematizado com criticidade pelos profissionais que atuam no âmbito da saúde. A tensão atual resultante entre a abordagem médico-jurídica e a estratégia de Redução de Danos, presente no campo da prevenção ao uso de drogas no Brasil, implica aos agentes políticos envolvidos a assunção de um posicionamento crítico e científico, no sentido de formular estratégias de intervenção pautadas na assistência psicossocial às pessoas que realizam uso prejudicial de substâncias psicoativas e aos seus familiares.

A suposta “epidemia do crack” por vezes expostas nas mídias sociais, pode, de certo modo, ser considerada o resultado da política proibicionista antidrogas, uma vez que a ausência dos componentes químicos levou os comerciantes de drogas a investir na produção da cocaína fumada.⁽⁸⁾ Com a finalidade de impedir maiores danos financeiros, os traficantes passaram a produzir uma forma me-

¹ A saúde vista e entendida como ausência de doença, onde nenhum fator psicossocial é agregado ao tratamento.

nos pura da cocaína, financeiramente mais lucrativa e com efeito químico superior ao da cocaína cheirada, potencializando assim os seus danos.

Os primeiros artigos sobre o consumo do crack no Brasil foram referentes a usuários da cidade de São Paulo, publicados em 1996 e narram que a droga estaria sendo consumida em São Paulo a partir de 1991. Os usuários de Crack no Brasil, em sua maioria, são homens, jovens, com baixo nível escolar, vivem em situação de rua, e que não tem emprego/ renda fixa. Sendo assim, apresentam-se como um grupo bastante vulnerável socialmente.⁽⁹⁾

O RACHAR DO CRACK: CRACK, CRACK, CRACK...

Durante a produção da pedra de crack não há o processo de purificação final da droga. Uma das formas de produção desta substância é utilizando o cloridrato de cocaína dissolvido em água e adicionado em bicarbonato de sódio; essa mistura é aquecida e, quando seca, adquire a forma de pedras duras e fumáveis, além dos alcalóides de cocaína e bicarbonato de sódio, essas pedras contêm as sobras dos ingredientes utilizados no refino da cocaína e são misturados diversas substâncias tóxicas como gasolina, querosene, água de bateria, entre outros produtos tóxicos.⁽⁶⁾ O crack é uma forma distinta de levar a molécula de cocaína ao cérebro.

O crack pode ser fumado em cachimbos, em latas de alumínio, em copos de água descartáveis, ou em outros instrumentos feitos de forma artesanal. Muitas vezes os instrumentos de uso da droga são compartilhados entre os usuários, podendo causar agravos à saúde, a exemplo da tuberculose. O uso de latas de alumínio é o mais prejudicial, visto que estas geralmente são coletadas nas ruas, e podem estar contaminadas com diferentes agentes infecciosos.⁽⁸⁾ Os locais onde os sujeitos fazem uso da droga, rotineiramente são locais que não expiram cuidados, ficando esses indivíduos expos-

tos a agentes externos que podem provocar danos a sua saúde.

Quando a cocaína é fumada na forma de crack o vapor aspirado é ligeiramente absorvido pelos pulmões, alcançando o cérebro em 6 a 8 segundos. Fumar o crack é a via mais rápida de fazer com que a droga chegue ao cérebro.⁽¹⁰⁾ A intoxicação corpórea proporcionada pelo crack provoca efeitos de pouca duração, o que leva muitas vezes a compulsão do usuário para fumar mais, esse ciclo ininterrupto de uso potencializa os prejuízos à saúde física, as possibilidades de dependência e os danos sociais.⁽⁶⁾

Os efeitos do crack aparecem quase imediatamente depois de uma única dose.⁽¹⁰⁾ Na maioria dos usuários esses efeitos incluem aceleração do coração, aumento da pressão arterial, agitação psicomotora, dilatação das pupilas, aumento da temperatura corpórea, sudorese, tremor muscular. A ação no cérebro provoca sensação de euforia, aumento da autoestima, indiferença à dor e ao cansaço, sensação de estar alerta, especialmente a estímulos visuais, auditivos e ao toque. Os usuários também podem apresentar tonteiras e ideias de perseguição.

Embora os primeiros episódios de consumo sejam marcados por euforia, sensação de bem-estar e desejo por repetir o uso, a continuidade do consumo resulta em ansiedade, hostilidade e depressão extrema [...] Continuando o uso, em doses mais altas, surgem ilusões perceptivas (visuais e auditivas) e finalmente a psicose cocaínica, extrema hipervigilância, delírios paranóides e alucinações.⁽¹¹⁾

Além das questões biológicas e psicológicas descritas, há os problemas de ordem social. Os vínculos familiares são estremecidos, visto que muitos usuários abandonam ou são abandonados pelo seu núcleo familiar consanguíneo. Quando estão em uso intenso da substância se desligam das atividades laborais, pois não conseguem conciliar o uso abusivo com as atividades rotineiras. Não é incomum identificar a prática sexual como, uma possibilidade de fonte de renda para manter o vício, assim como a realização de delitos para a aquisição da substância.

POLÍTICAS PÚBLICAS NO CONTEXTO DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A Declaração Universal de Direitos Humanos, adotada e proclamada em 10 de Dezembro de 1948, versa sobre a necessidade de reconhecimento da dignidade de todos os homens, considerando-se inalienáveis os fundamentos da justiça, paz e liberdade. Para tanto, ressalta-se o compromisso dos Estados-Membros no cumprimento do acordo em comum, evidenciando-se a liberdade e a igualdade de direitos como princípios fundamentais ao respeito fundamental dos direitos humanos. Nesse sentido, a saúde e o bem estar se localizam como direitos humanos, ao lado de acesso aos cuidados médicos e dos serviços sociais. No Brasil, o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social se inserem como conjunto de ações e serviços de saúde e sócio-assistenciais, estratégias políticas implementadas no sentido de efetivar a saúde como direito fundamental.

Nesse contexto, insere-se o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3), que se encontra na terceira versão e dá prosseguimento ao percurso histórico que consolida as estratégias e os anseios por promoção dos Direitos Humanos em território nacional. Iniciada em 2008 a partir da 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos (CNDH), a PNDH-3 é orientada em três eixos norteadores: interação democrática entre Estado e sociedade civil; desenvolvimento e direitos humanos; e universalizar direitos em um contexto de desigualdades. Assim, o PNDH-3 incorpora as temáticas abarcadas nas diversas Conferências Nacionais, realizadas desde 2003, nos temas da saúde, educação, igualdade racial, direitos da mulher, segurança alimentar, habitação, meio ambiente, idosos, pessoas com deficiência, juventude, etc. É de se notar que o PNDH-3 articula os mais diversos setores, no sentido de contemplar em uma perspectiva integral e democrática as diferentes políticas públicas.⁽¹²⁾

Muito embora o PNDH-3 não verse sobre as políticas de atenção às pessoas que realizam uso abu-

sivo de drogas, é de se notar objetivos estratégicos que evidenciam a necessidade de tratamento adequado às pessoas com transtornos mentais, o que indiretamente inclui os dependentes químicos. Nesta perspectiva, o PNDH-3 recomenda aos estados, municípios e Distrito Federal, nas esferas das Secretárias de Saúde e Justiça, que mobilizem os serviços da rede de atenção em saúde mental para ofertar tratamento especializado a este público-alvo, realizando o devido encaminhamento aos serviços substitutivos à internação. Igualmente, busca-se estabelecer mecanismos para a reintegração social dos internados em medida de segurança, garantindo-se a aplicação dos benefícios sociais correspondentes.⁽¹²⁾

A lei nº 11.343/2006, também conhecida como Lei Antidrogas, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social dos usuários de drogas e pessoas com problemas decorrente do consumo de drogas, além de estabelecer as normas para repressão ao tráfico. O SISNAD reconhece-se dentre seus princípios a dignidade da pessoa humana, a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania da população, e salientando-os como fatores de proteção ao uso indevido de drogas.

Tendo-se em vista tais considerações, a legislação observa a relação indissociável entre estratégias preventivas, de assistência e reinserção social, e adota uma abordagem multidisciplinar que reconhece a interdependência que envolve o fenômeno do consumo, sem distanciar-se dos objetivos de fortalecimento da autonomia e responsabilidade individuais em relação ao uso indevido de drogas. A lei é regulamentada pelo decreto nº 5.912/2006, que estabelece a competência do SISNAD em disciplinar a política de atenção aos usuários de drogas e seus familiares junto à rede SUS, os serviços públicos e privados que prestam atenção aos usuários, bem como as atividades que visem à redução de danos e riscos sociais à saúde.

Por sua vez, o programa “Crack é possível vencer” foi lançado pelo Governo Federal em 2011,

com a finalidade de prevenir o uso e promover a proteção integral ao usuário de crack, assim como, criar estratégias para o enfrentamento do tráfico de drogas. Para tanto as ações do Programa foram estruturadas em três eixos temáticos: prevenção, cuidado e autoridade. Cada eixo contemplando algumas especificidades; a ampliação da oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários, com atendimento especializado para os usuários e os seus familiares, o enfrentamento do tráfico de drogas e ao crime organizado, articulando as ações com as áreas de saúde, assistência social e segurança, além de desenvolver ações educativas e de capacitação, em busca da disseminação contínua de informações e orientação a respeito das drogas para a população, entre outras.

Podemos observar que o referido Programa reúne diversas ações que estão contempladas na Lei 11.343/2006, visto que envolvem diretamente as políticas de saúde, assistência social e segurança pública e de forma complementar ação de educação e de garantia de direitos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos⁽¹³⁾ consagra diversos direitos ao cidadão, dos quais destacam-se: à liberdade, à dignidade, o direito à vida, o direito de não ser submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante, o direito a proteção contra qualquer discriminação e o direito da não interferência na vida privada do cidadão, contudo, o artigo XXIV da Declaração ressalva que o exercício dos direitos e liberdades individuais estará sujeito às limitações determinadas pela lei, exclusivamente com o fim de assegurar o devido reconhecimento e respeito aos direitos e liberdades de outrem, de satisfazer as justas exigências da moral e da ordem pública na sociedade democrática.

O usuário de substâncias psicoativas, independente dos seus hábitos de uso são seres humanos e cidadãos, detentor de direitos constitucionalmente garantidos, que não podem ser reduzidos aos seus hábitos de consumo. A legislação ainda não é aplicada de forma igualitária para todas as classes sociais, tendo evidenciadas diversas ações

truculentas por parte dos agentes de segurança do país, para com os usuários de drogas e pessoas com baixo poder aquisitivo, ferindo os princípios dos direitos humanos e da Lei 11.343/2006.

EXTRATOS DE CASOS - O CRACK DA VIDA DO SUJEITO

Neste momento da escrita, trago alguns extratos da experiência adquirida ao longo de um ano de trabalho como Psicólogo em uma unidade de internação atuando com usuários de substâncias psicoativas, em um Hospital Psiquiátrico da rede privada, localizado na capital Baiana. Neste espaço, o modelo hospitalocêntrico vem ao longo dos anos sendo substituído pelo modelo psicossocial, o qual mostra-se mais humanizado de maneira a contemplar diversas esferas da vida dos sujeitos que são assistidos pela unidade.

Os usuários de drogas ilícitas são encontrados na maioria das vezes escondidos nos becos e vielas em busca da obtenção de momentos de prazer que são transformados em desespero em frações de segundos após o uso da droga, em uma busca constante de suportar a dor do existir. Através de um objeto, os seus corpos vão sendo trincados/craquelados simbolicamente afetando diretamente a esfera psíquica, fazendo com que haja uma alteração subjetiva na vida do indivíduo.

Em um dos momentos de acolhimento psicológico escutei o paciente relatar que costuma fazer uso de crack durante o dia imerso no esgoto, com o intuito de se esconder dos olhares da sociedade, em meio a águas putrefatas em seus pés descalços, mas com a pedra que aplaca aquele lugar sombrio nas mãos e com a companhia de outros usuários que se abrigam naquela zona em busca de momentos prazerosos (ou não) e da fuga da realidade.

Decerto que na escuta emprestada aos pacientes deste sistema privado de atendimento não menos qualificados na condição de “problema social” eles estão e falam disso referindo-se a si próprios

como “drogados”, sem condições psíquicas de se retratarem de outra maneira. Desta forma, pensemos no conceito de toxicomania ao qual “exclui o uso eventual, recreativo ou habitual das drogas. Sendo considerado a relação intensa e exclusiva, na qual o uso de drogas já se tenha estabelecido também como uma função na vida psíquica do sujeito”,⁽¹⁴⁾ ou seja, o sujeito já se vê colado à droga e não consegue se reconhecer como *um outro* a não ser, pensado como objeto do seu “prazer”, está enganchado no discurso.

Nas falas e interlocuções dos momentos de escuta clínica a angústia é trazida pelos pacientes metaforicamente sob o viés de “uma prisão interna” ou ainda “ela² é mais forte que eu”. Na angústia há ausência de simbolização, desta forma pode ser pensada no seu caráter de excesso, de algo que escapa à palavra, uma incapacidade do psiquismo em reagir através de ações adequadas aos estímulos que desafia o fazer clínico.⁽¹⁵⁾ Com o fumar da pedra de crack, o barulho “crack, crack, crack...” é ouvido pelo usuário e o mesmo faz eco subjetivo no sujeito e ele começa a se *rachar* internamente, momento em que a angústia escapa à elaboração psíquica refugiando-se no corpo através do uso da droga, com o intuito de tamponar os espaços faltantes do indivíduo.

Em um outro caso clínico por mim atendido, o sujeito da entrada na unidade hospitalar depois de 10 dias intensos de uso de crack, com o intuito de dar continuidade ao tratamento de maneira voluntária, com os dedos das mãos queimados devido ao acender frenético dos cachimbos e a cabeça atordoada pelo uso abusivo da substância. O paciente relata que não fuma crack mais para obtenção de prazer, e sim por necessidade, querendo resgatar o prazer que sentira outrora e apaziguar o dilaceramento da sua alma, pois o mesmo tem a sensação que esta morrendo aos poucos.

Nesse sentido, considerando a lógica psicanalítica ao qual norteia o meu modelo de intervenção pensamos que no uso de drogas, a substância química desempenham a função de objeto

² Substância psicoativa.

mais-de-gozar³ objeto *a*), sempre faltoso na vida do sujeito onde o mesmo vive à sua busca, nas toxicomanias, a função parece ser a de objeto causa de gozo (cristalização do objeto *a* no objeto droga), mas um gozo que escapa à regulação fálica, um gozo que é definido por alguns autores como um modo de recuperação do gozo do Outro,⁽¹⁶⁾ um gozo que invade o sujeito e ele sente-se dominado por essa forma de gozar.

Em outro momento de intervenção um paciente chega à unidade de atendimento trazido pelo resgate,⁴ com pensamentos delirantes e alucinações visuais, sinalizando que ‘a televisão da sua casa estava falando com ele e tinha pára-quadristas querendo invadir a sua residência, pela janela da sala’. Estes sintomas foram desencadeados após o uso intenso de crack durante cinco dias consecutivos. Durante o acolhimento inicial o paciente repete, em monocórdio: “Quero ir embora! Quero ir embora!”, não desejando a internação involuntária, pois ficaria sem fazer uso de substâncias psicoativas, que tanto lhe faz “bem”.

Retomando o pensar psicanalítico e as formulações lançadas em seus escritos Lacan refere que a fita de Moebius trata-se de uma superfície topológica construída com uma única face e uma única borda a qual constitui um *continuum* e que vem romper com o sistema euclidiano que divide os espaços entre um dentro e um fora.⁽¹⁷⁾ Aqui metáforizo que angústia vivenciada por estes sujeitos pode ser relacionada ao dentro e fora, visto que a estrutura do sujeito se dá numa lógica moebiana, pois o indivíduo está nesse movimento circular contínuo. No caso do paciente relatado anteriormente vamos ter um rompimento dessa fita, pelo uso abusivo do crack, que desencadeia diversos fatores alucinatórios com consequências sociais. Nesta perspectiva do dentro e fora, ele vai estar muito mais tempo fora à margem, visto que em determinados mo-

³ O objeto *a* como mais de gozar advém da renúncia ao gozo exigida pela inserção do ser falante do discurso.

⁴ Profissionais da instituição que quando acionados pelo responsável legal do paciente, vai ao seu encontro com o intuito de trazer o paciente para a instituição, ocasionando uma internação involuntária.

mentos ele não consegue voltar a fazer esse movimento cíclico 'alucinação X não alucinação'.

Nesse campo de gozo,⁽¹⁷⁾ o "a-viciado" vê-se diante de um objeto com características escopofílicas⁵ quando deposita suas armas sem resistência para se converter num usuário *com laços de dependência*, o gozo que experimenta, a cada tentativa de encontrar uma satisfação que possa desmentir a castração ou que imaginariamente alivie a dor de sua existência, sempre o relança na condição que queria evitar, porém diz não ser capaz, precipitando numa posição submissa e alienada de ter sido o escolhido como usuário.

No interior do campo da psicanálise, o recurso às drogas é entendido como uma resposta possível do sujeito ao mal-estar que é inerente tanto ao processo de formação das sociedades e culturas como também à constituição psíquica do ser humano.⁽¹⁶⁾

O uso abusivo do crack, na maioria das vezes, entra em cena na vida do sujeito para tamponar a realidade vivida, auxiliando o mesmo a fantasiar, alucinar, esquecer, muitas vezes aplacar a fome e o frio, sentidos no corpo. Corpo este que é um depósito de marcas, carregadas por toda existência, fruto de suas experiências. Desta forma, não é possível associar o uso de drogas apenas a uma questão individual, é preciso ampliar o olhar acerca do fenômeno e identificar nesses usuários também um problema social. A intoxicação ocasionada pelo uso de drogas seria uma forma de lidar com o mal estar claramente imposto ao ser humano que habita em sociedade.

Incerteza, insegurança e medo são os sentimentos mais comuns da maioria da população diante da desestabilização do trabalho; a ausência do primeiro emprego, o desemprego, e, ao mesmo tempo, o alargamento do campo cultural a oferecer uma multiplicidade de possibilidades diante dos shows, dos espetáculos espetaculares; o lúdico e o artístico; a socialidade e a sociabilidade convocando para a encenação da vida repleta de prazeres. Sociedade da superabundância e de proximidade inacessíveis.⁽¹⁸⁾

Assim, é preciso avaliar a realidade atual através de uma análise criteriosa da sociedade e perceber

⁵ A função escopofílica, esta relacionada ao investimento visual, que é lançado através do olhar para um outro.

que a droga não é o principal problema das mazelas sociais. Ela se apresenta como *consequência de alguns* fatores sociais, tais quais violência doméstica, abandono, abuso sexual, famílias desestruturadas, entre outros. Analisando estes pontos, há que se garantir uma política integral que alcance verdadeiramente às privações emocionais e sociais vividas pelos usuários de substâncias psicoativas.

O desejo pode ser um remédio para a angústia. O desejo em psicanálise é entendido como a falta, que não poderá ser tamponado pela matéria (pedra de crack). O lugar do sujeito aí se adivinha, se o fazemos coincidir com o do desejo. A administração do tratamento psicanalítico da angústia tem como objetivo a mudança das relações de um sujeito que faz com que o psíquico afete o seu corpo. Portanto, é necessário que a angústia possa adquirir, para o sujeito, um valor de sinal, não de uma doença, mas de seu desejo, a partir do assinalamento, muitas vezes de um gozo no qual ele não se reconhece até então.⁽¹⁵⁾

É preciso desta maneira que os profissionais estejam atentos, pois por trás do sofrimento muitas vezes expressos em palavras, há uma escolha subjetiva, que pode se revestir numa forma masoquista mascarada por uma ideologia vitimista na qual muitas vezes o sujeito não está preparado para juntar os seus pedaços nem para tentar ser "um", pois há um gozo significativo neste fazer/sentir.

É importante que durante o acompanhamento do paciente seja feita um resgate na história de vida do sujeito, com o intuito de (re)significar a história particular, e não impor a oferta de um novo sistema de crenças e valores. A (re)significação tem a finalidade de levar o sujeito a pensar sobre si em uma nova posição, e através das palavras à instauração de novos códigos simbólicos, no arsenal de elementos que o constitui.

Pensar o tratamento pautado exclusivamente na lógica da abstinência poderia produzir uma desestruturação no sujeito, uma cisão, levando a uma crise ou a um surto, devido à possível retirada abrupta da substância química do organismo do indivíduo, sem nenhuma substituição significativa.

Se pensarmos na política de Redução de Danos e no trabalho desenvolvido pelos redutores de danos é possível perceber um movimento de conhecer o sujeito, criar o vínculo e após o primeiro contato identificar as possibilidades que o sujeito traz e desenvolver o trabalho, sempre pensando no sujeito com um ser único.

REDUÇÃO DE DANOS: UM NOVO OLHAR SOBRE O SUJEITO

A redução de danos oferece um caminho promissor para tratar o usuário de drogas, pois reconhece a singularidade de cada indivíduo e traça com eles estratégias que estão voltadas para além da abstinência, tendo como objetivo principal o bem estar do sujeito e a defesa de sua vida. A redução de danos se dispõe a construir um caminho com o usuário que não é excludente e sim agregador, assistindo-o por meio de um tratamento que preza a liberdade do sujeito e a sua corresponsabilidade no processo. Este relacionamento implica no estabelecimento de vínculo com os profissionais que estão na linha de frente desse trabalho, que passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem delineados por aqueles sujeitos.⁽²⁾

A “Redução de danos é uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de naturezas biológicas, sociais e econômicos do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e seu direito de consumir drogas”.⁽¹⁹⁾

O trabalho com redução de danos teve origem na Inglaterra, em 1926, através o Relatório Rolleston, elaborado por uma comissão interministerial, presidida pelo Ministério da Saúde, que autorizava os médicos ingleses a prescreverem opiáceos a dependentes dessas drogas, entendendo esse ato como um meio para o tratamento, e não como gratificação ou convivência para com o uso de drogas. A prescrição da droga era feita como manejo para o tratamento, com o intuito de auxiliar o sujeito que não conseguia manter sua vida dentro dos padrões socialmente aceitos, sem ter a substância presente

no seu organismo, não suportando conviver com a abstinência.⁽²⁰⁾

O primeiro programa com a temática da redução de danos teve início na Holanda, nos anos 80, devido à iniciativa de uma associação de usuários de drogas, que estavam preocupados com a disseminação das hepatites entre usuários de drogas injetáveis. No mesmo período outras iniciativas foram desenvolvidas por conta do advento do HIV.

A redução de danos foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos-SP no ano de 1989, quando altos índices de transmissão do HIV estavam relacionados ao uso de drogas injetáveis, mas devido a políticos que acreditavam que as ações estavam incitando o uso de drogas, o programa não pode ser desenvolvido nos moldes e tempo em que foram programados.⁽²¹⁾ Em 1994, o Conselho Federal de Entorpecentes deu parecer favorável à realização de práticas de redução de danos e o primeiro programa brasileiro sistemático começou em 1995, em Salvador-Bahia.⁽²²⁾

A redução de danos traz em sua concepção o respeito à autonomia e a liberdade das pessoas e, não visa simplesmente, a lógica ortodoxa da abstinência, trabalhando com uma lógica na qual propõe que cada indivíduo se proteja dentro das suas condições de sujeito no mundo entendendo o usuário como um ser biopsicossocial. A redução de danos auxilia os usuários na proteção da vida, ajuda a reconhecer os riscos do uso abusivo de drogas, sem retirar de cada sujeito a sua singularidade.

O programa de redução de danos como um novo modelo de assistência aos usuários de drogas, vislumbra novos arranjos com um novo paradigma ético e clínico para a política pública brasileira de saúde, de álcool e outras drogas. Mobilizando os recursos sociais e culturais disponíveis para introduzir modificações na sua concepção original e isso vem implicando em um processo de enfrentamento e embates com as políticas antidrogas que tiveram suas bases fundadas em outro período da história.⁽²³⁾

Quando a redução de danos é inserida na sociedade e se torna um método de cuidado em saúde acolhendo e legitimando os usuários de drogas como cidadãos de direitos, a população reage discordando desse novo modo de ver e lidar com usuários de drogas. Tal fato ocorre devido à construção histórica negativa em torno dos usuários de substâncias psicoativas, estigmatizadas como meliantes, doentes e perigosos.

Em última instância, pode-se dizer que a redução de danos coloca em questão as relações de força mobilizadas e construídas sócio-historicamente em torno da criminalização e da patologização do usuário de drogas.⁽²³⁾ Assim, evidencia-se à sociedade que os usuários de substâncias psicoativas deixem de ser identificados aos estereótipos de criminoso e/ou doente, dando voz ao sujeito, respeitando as suas escolhas.

A prática de redução de danos, que iniciou com um trabalho direcionado à prevenção entre usuários de drogas injetáveis, hoje vem se consolidando como prática assistencial voltada a usuários de diversas substâncias psicoativas, abrangendo usuários de álcool, drogas inaladas/aspiradas e fumadas. São desenvolvidas estratégias específicas para a consolidação das ações com cada público, como: distribuição ou troca de cachimbos (para usuários de crack), o kit snif (para cocaína aspirada), troca de seringa (usuário de heroína), distribuição de preservativos, entre outras ações.

Ainda na perspectiva desses autores, a redução de danos se torna uma estratégia ampliada de clínica que tem ofertas concretas de acolhimento e cuidado para pessoas que usam drogas, dentro de arranjos que visam o cuidado com o próximo, tratando os mesmos como sujeitos de direitos imersos na sociedade. A redução de danos tem dentre os seus principais desafios à construção de redes de produção de saúde que incluem os serviços de atenção do SUS, Emergências Hospitalares e Internações Breves, Postos de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial

Álcool e Outras Drogas (Caps-ad), entre outros espaços.

A prática dos redutores valoriza o saber dos usuários e, assim, retira o imperativo “Não use Drogas!” para trabalhar com o um modelo mais condicional como “estas são as consequências do uso abusivo de drogas”, é uma atuação diferenciada pensada em parceria, sem imposições. O fato de alguns redutores de danos serem ou terem sido usuários de drogas facilita o trabalho de assistência, o que oferece credibilidade entre as redes de usuários. Desta forma, o trabalho realizado entre pares com esse público surte maior efeito, por conta dos conhecimentos relacionados às linguagens locais, estratégias de acessar ao sujeito, manejos verbais e não-verbais para abordagem, entre outros pontos. Um programa marcado pelo respeito ao usuário e pela sua cultura é fundamental para conquistar a confiança, atenção e o respeito dos usuários.

Quando o usuário fala das suas questões internas (angústias), para um redutor de danos, que é um ser que acolhe o paciente com empatia e sem pudores na rua, ele pode em alguns casos diminuir a quantidade de ingestão de substâncias psicoativas, por conta da tomada de consciência de si e voltar numa perspectiva moebiana a viver o dentro e fora sem romper o laço social que o estrutura.

Assim, trabalhar na perspectiva da abstinência, visando à retirada total da droga da vida do sujeito, pode não ser a melhor opção, visto que o sujeito precisa de um tempo para elaborar suas questões internas, além de ter fatores bioquímicos em jogo. Existem sujeitos que não vão desejar aplacar e nem compreender melhor sua angústia e o vício seria neste sentido mais químico do que psíquico-emocional, e é preciso respeitar o pensar dos sujeitos. A redução de danos visa também fazer o sujeito pensar em substituições ou ajustes da substância no organismo, levando em conta à organização dos fragmentos do sujeito, arquitetando os menores danos à saúde e primando por um possível equilíbrio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos imersos em uma sociedade onde o modelo proibicionista é ainda hegemônico. Tal modelo exalta o controle penal sobre o consumo e a venda de substâncias psicoativas ilícitas, inflamando medidas que levem o sujeito à abstinência do uso e com isso traçando estratégias coercivas para com os usuários de drogas.

Os moldes atuais da política de “guerra às drogas” têm contribuído de forma pouco significativa para a diminuição do consumo de substâncias psicoativas, pois não contempla na sua efetivação, ações que abarquem a pluralidade existente no nosso país. Colocar o dependente químico na cadeia, não parece ser a solução mais eficaz para solucionar o “problema das drogas”. As intervenções devem ser pensadas e desenvolvidas, pautadas no modelo biopsicossocial, abarcando diversas ações na esfera sociais e contemplando as subjetividades dos sujeitos envolvidos.

Frente a esse fato penso que o trabalho realizado pela política de redução de danos mostra-se relevante enquanto estratégia para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas, pois não centra o seu fazer na verticalidade inerente ao modelo biomédico, desta forma se aproximando da atuação psicanalítica, visto que, não trabalha com padrões estáticos de sujeitos, mas sim com a fala e a verdade de cada indivíduo. Trata-se de uma atuação diferenciada feita com e para, os usuários de drogas, sem nenhuma imposição relacionada a questões morais ou sociais.

A perspectiva do tratamento analítico, assim com a essência da redução de danos não visam à eliminação dos sintomas da vida do sujeito, mas faz o possível para auxiliar o indivíduo à tornar o “craquelado” do seu ser mais suave e harmonioso, para que através dessa integração ele possa lidar de forma mais consciente com suas questões existências de maneira à amenizar a sua angústia através de uma espaço onde a sua fala é legitimada de forma genuína. Encontrando uma nova forma de

lidar com seu sintoma, com aquilo que o constitui e que o mesmo não quer/pode se desvincular.

É possível sustentar a vivência de diversas modalidades de uso de substâncias psicoativas na nossa sociedade, as quais, além de estarem reguladas nas individualidades psíquicas e no modo de gozo suportado por cada sujeito que é único, remontam também a distinções na relação dos sujeitos com a sua cultura e suas vivências sociais individuais. Esperasse que esses sujeitos possam viver verdadeiramente em sociedade, tendo qualidade de vida e com isso atingir o bem estar social, pessoal e familiar, sendo capazes de se manter economicamente ativos e gozar dos seus direitos como cidadãos.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues LBF. Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade [tese]. São Paulo: Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo; 2006.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico? Rev. adm. contemp. 2011;15(2).
4. Lima RCC. O problema das drogas no Brasil: revisão legislativa nacional. Libertas. 2010;10(1):102-123.
5. Bucher R, Oliveira SRM. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. Rev. saúde pública. 1994;28(2):137-45.
6. Trad S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: Nery Filho A et al., organizador. Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; 2009.
7. 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. Brasília, DF; 2001.
8. Domanico A. Craqueiros e cracados: bem-vindo ao mundo das noias [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006.
 9. Cruz M, Vargens R, Ramoa M. Crack: uma abordagem multidisciplinar. Brasília: SENAD; 2011.
 10. Leite M da C. História da cocaína. In: Leite, Andrade et al. Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: ArtMed; 1999.
 11. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3). Brasília: SDH/PR, 2010.
 12. Matos JC, Nolasco LG. Drogas e direitos humanos. Anais do Seminário de Extensão Universitária-Semex. 2012;1(1).
 13. Conte M. A clínica psicanalítica com toxicômanos: o Corte & Costura no enquadre institucional [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.
 14. Besset VL. A clínica da angústia: um lugar para o sujeito. Temas psicol. 2001; 9(2):137-143.
 15. Ribeiro CT. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. Agora. 2009; XII(2): 333-346.
 16. Souza A. O que a psicanálise pode contribuir nas toxicomanias. 2010 [acesso em 10 fev 2015]. Disponível em: <https://twiki.ufba.br/>
 17. Espinheira G. Reflexões sobre a política pública de redução de danos à saúde em relação a usuários de drogas injetáveis. [Apresentação na VI Semana Nacional Anti Drogas. CONEN RN - Natal, 2004, Jun].
 18. Andrade TM, Friedman SR. Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2006.
 19. Nardi HC, Rigoni RQ. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. Psicol. estud. 2005;10(2):273-282.
 20. Mesquita F. Aids e drogas injetáveis. In: Lancetti A., organizador. Saúde e loucura. São Paulo: Hucitec; 1991. p. 46-53
 21. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. Psicol. soc. 2011;23(1):154-162.
 22. Bastos FI, Bertoni N., organizadores. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ; 2014.
 23. Andrade TM. Redução de danos: um novo paradigma? 2010. Disponível em: http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3_o_de_danos_um_novo_paradigma.pdf. Acessado em: 21/06/2014.