

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia - IP
Departamento de Psicologia Clínica - PCL
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPGPsiCC

**POSSIBILIDADES INTEGRADORAS DA REDUÇÃO DE DANOS NA
PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE – ESTUDO TEÓRICO CLÍNICO NO
CONTEXTO DA PSICOTERAPIA DE DEPENDENTES DE DROGAS**

MÁRCIA LANDINI TOTUGUI

Brasília
2009

MÁRCIA LANDINI TOTUGUI

**POSSIBILIDADES INTEGRADORAS DA REDUÇÃO DE DANOS NA
PERSPECTIVA DA COMPLEXIDADE – ESTUDO TEÓRICO CLÍNICO NO
CONTEXTO DA PSICOTERAPIA DE DEPENDENTES DE DROGAS**

Dissertação aprovada no dia 22 de agosto de 2009
como requisito parcial à obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela
seguinte comissão organizadora:

Orientadora:

Profa. Dra. Maria Fátima Olivier Sudbrack/PCL/IP/UnB - Presidente

Membros da Banca Examinadora:

Prof. Dr. Tarcísio Matos de Andrade/UFBA

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl/PED/IP/UnB

Profa. Dra. Liana Fortunato Costa/PCL/IP/UnB

Brasília
2009

Resumo

Totugui, M. L. (2009) Possibilidades integradoras da redução de danos na perspectiva da complexidade: estudo teórico clínico no contexto da psicoterapia de dependentes de drogas. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília.

O presente estudo refere-se à construção de referenciais teórico-clínicos acerca do processo psicoterápico na perspectiva da redução de danos com pessoas que fazem uso não injetável de drogas. Reflete uma série de questões clínicas e epistemológicas acerca das possibilidades e limites da redução de danos, a partir do diálogo com a teoria da complexidade de Edgar Morin. O estudo adotou a teoria sistêmica como referencial de acesso ao paradigma da complexidade. Apresenta uma breve excursão por alguns episódios históricos da gênese da redução de danos enquanto movimento social que se situa numa transição paradigmática. Os procedimentos metodológicos incluíram o método de estudo de casos, definindo sua unidade de análise a partir do perfil contextual de três casos clínicos de usuários de drogas, em processo de psicoterapia na perspectiva da redução de danos, entre 23 a 30 anos de idade, sendo dois do sexo masculino e um do sexo feminino, de classe média, todos com ensino médio concluído. As drogas presentes eram maconha, cocaína, bebida alcoólica e merla. Os dados foram extraídos a partir da análise documental das sessões de atendimento psicoterápico registrados em prontuários de um serviço público especializado no tratamento para dependência de drogas e de consultório particular. As trajetórias individual, familiar e social, a contextualização do uso de drogas e o processo desenvolvido em psicoterapia de cada caso clínico passaram por uma análise longitudinal. Dessa análise, foram retiradas as três principais dimensões que atravessaram, em todos os casos, o processo psicoterápico: a dimensão do trabalho psicoterápico no contexto da continuidade do uso de drogas, a dimensão da interdisciplinaridade e a dimensão das redes de apoio. A partir de uma análise transversal, foi estabelecido um diálogo epistemológico entre essas dimensões e a perspectiva da redução de danos no processo psicoterápico. Como considerações finais, construíram-se algumas reflexões críticas de estudos para ampliar os resultados desta investigação em torno de importantes questões, que situam a redução de danos diante de seus próprios princípios e da sociedade.

Palavras chaves: redução de danos, psicoterapia de usuários de drogas, teoria da complexidade, teoria sistêmica, interdisciplinariade, redes de apoio.

Abstract

Totugui, M. L. (2009) The integrating possibilities of the **Harm Reduction** perspective, viewed from the standpoint of the complexity theory: a theoretical-clinical study in psychotherapy for drug addicts.The Master's Thesis. University of Brasília.

This study refers to the construction of a theoretical and clinical body of knowledge on the psychotherapeutic process by the harm reduction perspective, to patients not addicted to injectable drugs. It reflects on a series of clinical and epistemological questions about the potentialities and limits of the harm reduction approach, in a dialogue with Edgar Morin's theory of complexity. This analysis also draws on system theory and therefore, on the "complexity paradigm." It starts with a brief review of some historical events that marked the genesis of the harm reduction approach, as a movement that emerged in the context of a paradigmatic transition. The methodology used in this study includes the method of case studies, which defines as its unit of analysis among the contextual profile of three clinical cases of drug addicts during psychotherapy going through the harm reduction. The drug addicts were two men and one woman among 23 and 30 years of age, had of average socioeconomic status and had completed the medium education. The use prevalence of drugs was alcohol, marijuana, cocaine and heroin. The data was obtained through the documental analysis of psychotherapy sessions, registered in the archives of public and private institutions specialized in the treatment of drug addiction by the harm reduction method. The individual and social trajectories of all patients, the context in which they consumed drugs, and the process developed during psychotherapy in each of the cases went through a longitudinal analysis. This analysis demonstrates that three main dimensions were present during the psychoanalytic process in all the cases: the dimension of the psychotherapy in the context of persistent drug use, the interdisciplinary dimension, and the dimension related to the support networks. From a transversal analysis, the text establishes an epistemological dialogue between these dimensions and the harm reduction perspective in the psychotherapeutic process. As final considerations, some epistemological reflections are put forward, with the intent to emphasize the results of this investigation on important questions posed by the harm reduction perspective in terms of its own principles and those of society.

Keywords: harm reduction, psychotherapy for drug addicts, theory of complexity, system theory, interdisciplinary, support networks.

“É preferível um toxicômano vivo e de boa saúde, que um toxicômano perdido e arruinado, ou um abstinente morto”.

François-Xavier Colle (2001)

Dedicatória

Àqueles que me confiaram seu sofrimento
Ao meu pai Isamo (*in memoriam*) e a minha avó Miyo (*in memoriam*), pela sabedoria

Agradecimentos

Aos meus filhos, Tadeu e Natália, pela aposta, paciência e compreensão

À Jansy B. de Mello, analista por tantos anos, por ter me conduzido à vida

A minha mãe, exemplo de perseverança

A Prof^a Maria Fátima Olivier Sudbrack pela confiança, estímulo e acolhimento na equipe do PRODEQUI e como orientadora

Aos amigos Durcinéia Crispim e Sandro Valério, psiquiatras, com quem pude ter o privilégio do exercício da interdisciplinaridade

A Liana Fortunato Costa, Prof^a e amiga, a quem muito admiro desde 1993, que me fortaleceu o significado da “corrente do Bem”

Ao Prof. Tarcísio Matos de Andrade, cujo pensar me identifico e muito me contribuiu, agradeço a receptividade para participar da Banca Examinadora

À Prof^a Eliane Seidl agradeço a receptiva participação na Banca Examinadora

Aos amigos de mestrado Adriana Sócrates, Luiz Felipe C. Branco e Marília Mendes

À Sandra Eni, pela disponibilidade e colaboração

À equipe do SEAD/HUB, Izabel Cristina Reis Praça, Maria Cristina Catunda, Maria Aparecida Gussi e Cláudia Regina Merçon por me receberem e apoiaram em 2003

Às amigas do CORDATO, Maria Cristina Catunda, Jozenir Alves de Oliveira e Tereza Cristina Costa Ferreira, pelas muitas afinidades pessoais e profissionais

Ao Richard Bucher (*in memoriam*), com quem muito aprendi, por ter me introduzido no contexto clínico da drogadição, em 1985

Ao Abraão e Willy (*in memoriam*), cegos e surdos, por me ensinarem a olhar e a escutar com sensibilidade, solidariedade e compaixão.

Às Prof^{as} Gláucia Diniz, Vera Coelho, Inês Gandolfo e Liana Fortunato Costa, pelo conhecimento transmitido no curso de Mestrado

Ao CNPq, pelo apoio na realização desta pesquisa

Introdução	1
I - O objeto como cenário do estudo	17
1. A teoria da complexidade como escolha epistemológica	17
2. O pensamento sistêmico e a complexidade do objeto de estudo	27
3. Objeto de estudo e suas questões	34
4. Objetivos do estudo.....	36
5. Hipóteses diretrizes teórico-clínicas do estudo	37
II - Redução de danos: evoluções conceituais	39
1. Percorrendo a genealogia conceitual da redução de danos	47
2. As oposições à perspectiva da redução de danos.....	56
III – Sobre a construção do método	60
1. A escolha pelo método de estudo de casos.....	61
2. A unidade de análise	65
3. O contexto metodológico	69
3.1. Os sujeitos	69
3.2 O procedimento de coleta de dados.....	70
4. A análise das evidências.....	74
IV – A redução de danos no contexto da psicoterapia para dependentes de drogas – estudo de Casos	76
1. O caso Alberto: A redução de danos e a fusão mãe-filho.....	76
2.1.História familiar	76
2.2.Contextualização do uso de drogas	78
2.3.A redução de danos no contexto da psicoterapia	80
3. O Caso Berê: A redução de danos e o resgate familiar.....	102
3.1.História familiar	102
3.2.Contextualização do uso de drogas	103
3.3.A redução de danos no contexto da psicoterapia	106
4. O Caso Toni: A redução de danos e o abandono familiar	120
4.1. História familiar	120
4.2. Contextualização do uso de drogas	123
4.3. A redução de danos no contexto da psicoterapia	127
V – Construções teórico-clínicas sobre o processo psicoterápico à luz da redução de danos	146
1. A dimensão do processo psicoterápico no contexto da continuidade do uso....	147
2. A dimensão da interdisciplinaridade	161
3. A dimensão das redes	169
VI – Considerações finais.....	175
Referências bibliográficas.....	184
Anexo 01 – Termo de consentimento livre e esclarecido	

INTRODUÇÃO

Introduzimos o caso a seguir, como abertura a esta dissertação, uma espécie de trechos de um filme que, se não trágicos, são revoltantes, para que, desde já, possamos nos familiarizar com as complexas questões que adiante serão levantadas e discutidas.

(...) sofreu 48 internações, dos 17 aos 34 anos de idade todas devido ao uso de drogas,... Sofreu mais de três internações em um só ano, sempre por longos períodos e numa mesma Instituição, ... Passou a maior parte de sua vida institucionalizado... Dizia não mais saber como portar-se numa sala de aula. Fora das instituições, somente sob medicação. Verbalizava medo de não aguentar manter-se fora das clínicas e em abstinência.

A família procurava novas indicações dessa natureza e diziam não saber de alternativas que não fosse a reclusão do uso. Uma institucionalização tão compulsiva e paralisante quanto o próprio uso de drogas... E perpetuada com a ajuda de segmentos profissionais de saúde mental.

Da maconha, aos 17 anos, atravessou o abuso de diversas drogas, principalmente alucinógenas, construindo discurso místico-religioso bem delirante. Dependente de opiáceo recebeu várias prescrições para conter a referida dependência, o que culminou, anos depois, em seu grande problema.

... Nunca houve intervenções clínica e psicossocial distante do isolamento e da institucionalização do uso de droga, um sintoma que, desde o início, não era só seu, mas simultaneamente individual e social, interior e exterior, fosse no discurso ou nas decisões...

Aprisionou-se ao invés de gerar possibilidades. De garantir o direito à liberdade, autonomia e cidadania. A que paradigma de saúde estamos nós, profissionais ou instituições, a serviço? Devemos melhor compreender a máxima foucaultiana de que o homem que sofre não deixa de ser cidadão. Ou a moriniana de que é preciso a sensibilização para a patologia contemporânea de nosso

pensar e a compreensão de que um pensamento mutilado necessariamente conduz a ações mutiladoras.

Optamos por continuar a discorrer sobre nosso trabalho e nos deixar, aos poucos, permear um processo de compreensão acerca dos episódios acima descritos.

O presente estudo se refere ao trabalho final de dissertação do curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PsiCC), do Departamento de Psicologia Clínica (PCL) do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB), e está inserido na linha de pesquisa sobre Drogas, Juventude e Complexidade, sob coordenação da professora Dr.^a Maria Fátima Olivier Sudbrack.

Consiste em um trabalho de construção de referenciais teórico-clínicos acerca do processo psicoterápico na perspectiva da redução de danos com pessoas que fazem uso não injetável de drogas e na reflexão de uma série de questões clínicas e epistemológicas da pesquisadora, anteriores e mais amplas que as aqui descritas. Questões objeto da experiência, estudo e discussão de muitos segmentos profissionais que também vivenciam e advogam pela causa. Tentaremos registrar nossa experiência, sempre com a sensação de algo que está faltando ou por vir, ou de que a letra ainda é insuficiente para fazer alcançar a vivência e a voz da autora.

Assim, a leitura aqui apresentada estará longe de ser completa. Dará conta apenas parcialmente da inesgotável e complexa situação vivida por aqueles que se entrelaçam, direta ou indiretamente, na drogadição. E aqui referimo-nos às diferentes formas de envolvimento, desde os usuários, familiares e cuidadores, como também às autoridades responsáveis pela criação de políticas e legislações sobre drogas, aos

aplicadores da lei, à mídia e a todo aquele que, embora não mantenha uma relação de vivência pessoal, se garanta o direito de opinar sobre a questão.

Provavelmente para os menos envolvidos com a causa da redução de danos no contexto do uso de drogas, ou para os que a ela se opõem, estaremos a resenhar apenas um discurso militante acerca de um assunto cada vez mais em discussão. Quanto a isso, nada melhor que uma lembrança proustiana de que o verdadeiro ato da descoberta não consiste em encontrar novas terras, mas sim em vê-las com novos olhos.

É justamente isso o que nos parece importante: contribuir para um movimento de expressão social, cuja força vem conquistando dimensão nos diversos segmentos da ciência e da comunidade. É trabalhar aqui para igualmente promover a transformação de nossas relações quanto ao consumo de substâncias psicoativas.

Sublinhemos, de antemão, nada mais ser que somar para a *politização* de uma proposição que é, antes de tudo, um movimento do *cuidado* - ou uma clínica do *cuidado*, como tão bem defende Lobosque (2003) ao mastrar seu pensar sobre a loucura, durante a luta antimanicomial. Ousou a escritora, em sua inspiração, criatividade e bravura – e, com certeza e contentamento, podemos transportar sua palavra para a causa aqui em estudo – que *politizar*

... *É retirar a clínica da saúde mental de sua tradicional função de controle social, feita em nome de ditames técnicos e científicos, e colocá-la a serviço da autonomia e independência das pessoas* (Lobosque, 2003, p.11).

Será possível encontrarmos, aqui e ali, um raio de luz nos labirintos escuros de tão polêmica temática. Pretendemos nesta investigação ser mais uma contribuição para tirá-lo do debate especulativo, ainda tão presente na ciência, empobrecedor do

conhecimento e limitador da liberdade, e contribuir com esclarecimento que, como argumentou Kant:

Esclarecimento... Significa a saída do homem de sua menoridade... Que é a incapacidade de fazer uso de seu entendimento sem a direção de outro indivíduo. O homem é o próprio culpado dessa menoridade se sua causa estiver na ausência de decisão e coragem de servir-se de si mesmo ...Sapere aude! Tem a ousadia de fazer uso de teu próprio entendimento – tal é o lema do Esclarecimento [Aufklärung]... É tão cômodo ser menor! Se tenho um livro que faz às vezes de meu entendimento, então não preciso esforçar-me, não tenho necessidade de pensar, quando simplesmente posso pagar...pelo fato de não estar habituado a esse movimento livre, à transformação do próprio espírito e a empreender uma marcha segura (Kant, 2002, p.115).

Cumpramos que se esclareça que a ocorrência de posicionamento contrário a determinadas correntes e modelos clínicos e de tratamento não quer dizer ataque, mas exame, busca pela autonomia de pensar e de agir. Pois, e aqui lembrando Birman (2003), é saudável e imprescindível a coexistência de práticas.

Longe de posturas comumente sub-reptícias, constituídas de crítica passional e inflexível, muitas vezes, de julgo moral e intuito de dominação, pretendemos, a partir da realidade clínica a ser apresentada, a mobilização do entendimento acerca da necessidade de ampliar a compreensão de todos os que se disponibilizam a amadurecer suas relações com o uso de drogas.

Na medida do possível – e desde já nos desculpamos pela fala de estilo retórico da autora –, tentaremos fundamentar qualquer episódio de adjetivação, embora longe de uma aproximação do famoso mito da neutralidade científica do pesquisador. Isso por sabermos que, se o pesquisador não pode ser tendencioso, também jamais será neutro.

Conforme fazemos parte do mundo, o constituímos e somos constituídos por este, o conhecemos, este mundo nos é familiar.

Procuraremos não adotar um posicionamento antinômico, mas, ao contrário, compor um movimento assumidamente sistêmico, integrado e complementar entre as correntes discordantes de pensamento. Diferentes, não saberíamos fazer, por tratar-se de uma forma de ser e estar, de pensar e agir da pesquisadora.

Árdua e ousada tarefa aqui iniciada. Dissertar acerca de tão complexa causa, destituída de consenso comum, premiada de furores e dissabores de opiniões. Ao mesmo tempo, malgrado as críticas, trata-se de um mote que, no percurso clínico da autora, inevitável foi - e tem sido - responsável pela promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida daqueles que tornaram mórbido seu uso de drogas. Por isso mesmo, expomos contribuições de destaque significativo, conferido ao cotidiano desse tipo particular de clínica, onde as teorias, em geral, possuem dificuldade de sustentação e, em particular, no tocante à redução de danos, que muito sofre diante da resistência científica e social. Deixaremos o registro de uma experiência intensamente vivida e pensada, cujos testemunho e sistematização neste estudo teórico-clínico poderão nos permitir melhor aproximação com o tema, e também que se abram novas possibilidades nas políticas públicas de saúde.

Trataremos de tornar pública, demonstrar, defender, mas também interrogar uma clínica interventiva muito reclamada por seus legítimos componentes ou atores: todo aquele que se encontre comprometido com o contexto do uso de drogas.

A autora do presente estudo, psicóloga clínica de formação de base psicanalítica, no decorrer de seu percurso profissional, iniciado em Julho de 1985, na fundação do CORDATO/IP/UnB¹, sob a coordenação do professor Dr.º Richard

¹ CORDATO - Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos, ex-centro de custo do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, responsável pelas atividades de prevenção, tratamento,

Bucher², se deparou com uma demanda cada vez mais crescente de conhecimento acerca do uso de drogas.

A partir daí, define uma trajetória marcada por atividades de estudo, pesquisa, prevenção e tratamento no contexto da drogadição e composta por importantes reflexões e aprofundamentos conceituais, que suscitaram necessidade inquietante de investigação mais aprofundada.

Interpelada por dúvidas e impasses sobre uma prática possível na clínica da dependência de psicoativos, passa a ensaiar e processar construções epistemológicas e produções clínicas, as quais muito têm contribuído para o alcance de uma qualidade de vida mais digna e responsável por parte daqueles que usam ou abusam de drogas, como também para a aproximação mais humana, participativa e menos impregnada de juízo moral por aqueles que conseguem outras escolhas fazer.

Sobressaltada por uma clínica de profundo sofrimento físico, psíquico e social, a autora presencia a rigidez de opiniões preconceituosas, enrijecidas pela velha e cultural tendência à imposição de modelos de tratamento, à segregação e à exclusão do diferente.

Diante desse quadro, que, na sua visão, contribuía com poucas e ineficazes respostas ao agravamento do consumo, o aconselhável foi sair em busca de nova(s) prática(s) de convívio com o uso de drogas. Procurar por paradigmas mais flexíveis e éticos, que melhor auxiliassem na articulação de alternativas mais acolhedoras e favorecedoras de cuidados da cena drogadita.

Ao introduzir-se assim em um mundo de irrefutável gravidade, tornou-se imperativo se aventurar numa trilha um tanto mais além das questões internas dos sujeitos usuários. Apesar dos percalços e embaraços insurgidos, o caminho de sentido e

ensino e pesquisa na área de drogas, fundado e coordenado pelo Prof.º Richard Bucher. Tornou-se o PRODEQUI – Programa de Atenção e Estudos às Dependências Químicas –, laboratório responsável pelas atividades integradas de prevenção, ensino e pesquisa relativas ao tema da drogadição, sob coordenação da Prof.ª Maria Fátima Olivier Sudbrack.

² Professor Titular do Departamento de Psicologia Clínica do IP/UnB, faleceu em 1997.

significado para toda sua experiência clínica e intuitiva era o de alargar ainda mais seu campo conceitual e paradigmático. Dedicar, ao menos num primeiro momento, mais atenção ao incontido pedido de sobrevivência corporal e social que se manifestava. Aspectos diferenciados que exigiam cuidados de espectro mais abrangente, como por exemplo, o aumento no padrão de consumo – ou se preferirmos, agravamento na relação do sujeito com a droga – e todo estado emergencial resultante desse fato, ou, ainda, a preocupante evolução de doenças e de situações de riscos e de morte – física, psíquica, social e familiar. Enfim, um contexto de dependências múltiplas que evocava intervenções mais céleres, sistêmicas e integradoras.

Descartemos a ideia de propormos neste texto a minimização de um conjunto de significados e referenciais teóricos, que compõem importante arcabouço construído na legítima vivência de muitos autores com a clínica da toxicomania. Muito menos formar uma concepção fascista de perverter o manifesto em detrimento do latente. Ignorância ou sacrilégio seria, imaginem, banalizar a vigília sobre os demônios pulsionais, desconsiderar a lógica do “tempo interno”, ou denegar ou mascarar elementos como as condutas ordálicas na experiência toxicomaniaca. O presente estudo deve muito ao pensamento de autores como Claude Olievenstein³ – que, num passado distante, atravessou a experiência clínica da pesquisadora –, opositor da prática de Redução de Danos enquanto forma de apropriação da saúde dos toxicômanos pelo mercado, ganho de capital, em particular pelos laboratórios que comercializavam metadona e buprenorfina.

Parece impensável a presente produção sem a inevitável influência da experiência psicanalítica pessoal e profissional da pesquisadora ou sem o emprego de referenciais teóricos pertencentes à Psicanálise, como também a outras que porventura

³ Psiquiatra, psicanalista, autor de vários livros acerca da Clínica da Toxicomania, idealizador do Hospital Marmottan, centro de tratamento para toxicômanos na França.

tenhamos, no exercício dessa clínica, nos apropriado. Como veremos no Capítulo IV, a própria Psicanálise fala-nos da necessidade de construção de uma escuta interdisciplinar por parte do analista, quando, por alguma razão, algo do real se põe em cena e transborda, ultrapassando as fronteiras do simbólico e do imaginário. É quando a palavra, por si só, não tem como dar conta de tudo o que está se encenando. É quando o desejo de interdisciplinaridade nasce e enlaça a direção do tratamento.

Compartilhamos o que disse, e com propriedade, Olievenstein (1985) sobre a velocidade no desenrolar dos fenômenos psíquicos na clínica da toxicomania. Contudo, a força e a rapidez com que caminham os prejuízos multidimensionais advindos do consumo de droga movem-se num tempo de cronologia avassaladora à saúde e à realidade social do usuário.

Assim, inconformada com o lento e ineficaz avanço das intervenções que se propunham, e ainda se propõem, a esperar brotar o desejo do usuário para formular um pedido de ajuda - quando correm e se expandem, do outro lado do muro, as misérias física, familiar e social -, a autora inicia um percurso de abertura de frestas nesse cômodo tão fechado, complexo e incontinente que é o mundo do dependente de drogas. Re-lembramos: abertura de frestas, tanto para o lado de quem “o faz”, quanto para o lado de quem “o cuida”.

No meio desse itinerário de paradas e re-largadas, passa a autora a acolher e responder a demandas de evidências estarrecedoras, cuja similaridade será exposta no Capítulo III; a se envolver com uma prática de atenção à saúde que priorizasse o trabalho de minimização dos danosos, sem freios e limites, efeitos do consumo de substâncias psicoativas; e a estabelecer parcerias com iguais e diferentes, rede pública ou privada.

Diferente de tradicionais discursos que se apresentam na literatura e na mídia, de abordagem isolada e repressora - que pensam no envolvimento com drogas como um problema pessoal -, essa é uma prática desprovida da necessidade de oferecer aos usuários de drogas graus de periculosidade ou insanidade, ou de condená-los a escolhas que excluem sua subjetividade e os aprisionam tanto quanto seu próprio consumo. Escolhas que negam seu contexto de limitações e possibilidades, que os acomodam aos nossos desejos e inclinações técnico-científicas, para então despojá-los do direito de escolha e forçá-los ao cumprimento de exigências muito além de suas forças físicas, psíquicas e sociais.

Direcionaremos nossas críticas aos modelos de abstinência e de internação, quando se apresentarem como referências isoladas de intervenção ou como alternativas impostas à pessoa do usuário. Na verdade, as alternativas de cuidados e de tratamento com as quais se esbarrava a autora – e que, lamentavelmente, ainda se apresentam – impunham-lhe vivenciar experiências esvaziadas de sentido subjetivo, além de impregnadas de poder e dominação por parte do cuidador. Saídas simplistas para a sociedade e os tratadores da saúde; todavia, para o usuário, tão dolorosas quanto as consequências de seu ato. É por isso que, em todos os tempos, há os que retomam o uso, terminado o período de internação.

Inevitável foi sua procura por uma prática que propiciasse respostas mais imediatas e de eficácia mais vigorosa na intervenção, num tempo similar – ou mais célere – àquele que vem construindo ruínas físicas e sociais; por medidas de continência mais proporcionais aos danos advindos do uso e de consistência acolhedora à saúde do usuário; por cuidados imediatos com a realidade externa para possibilitar um trabalho futuro de transformação interna; e pela minimização dos danos imediatos para, *a posteriori*, reduzir danos em longo prazo.

Por fim, e talvez o mais importante fator que norteou uma reviravolta na forma de conceber e vivenciar a questão da dependência de drogas pela autora: o direito de escolha da pessoa do usuário.

Diferentes diálogos em seu trajeto clínico foram estabelecidos e com diversas áreas de conhecimento, que desembocaram em encontros e desencontros conceituais e epistemológicos da autora, até conquistar uma coerência sobre a forma como interpretaria e trabalharia com a realidade drogadita. Isso, pois, optar por um pensar ou referencial não significa a impossibilidade de experienciar e conviver com as diferenças conceituais, nem de dialogar sobre temas específicos, polêmicos e divergentes. O exercício da prática clínica da pesquisadora – com todo contexto nela implicado – configurou-lhe, durante seu percurso, uma postura sistêmica de pensar e agir. No avançar da história, o encontro com um referencial sistêmico – teórico e sistematizado – corroborou para que tal prática deixasse de ser apenas uma experiência e se tornasse um pressuposto. Este combinado à abordagem sistêmica permitiu à pesquisadora sustentar a mudança de paradigma proposta nessa prática clínica.

Desgostosa com a arrogância triunfalista de uma suposta ciência oficial, que comumente normatiza modelos de tratamentos baseados em um entendimento unilateral, autoritário e moralista acerca da drogadição, a autora identifica-se, no decorrer dos anos, com um enfoque distante da postura extremista do tão famigerado modelo da abstinência “a ferro e fogo”. Para os menos informados, esta expressão metafórica refere-se à imposição de parar o uso de drogas como condição para o exercício do direito de se tratar por determinado segmento institucional ou profissional. Saibamos que, ao mantermos tal exigência, seja nos serviços públicos seja nos privados contribuimos para o esvaziamento da população usuária de drogas nas instituições. Impossibilitados de cumprir tão rígidas condições, conseqüentemente superlotam as

ruas, os becos e os guetos populares. Isso representa, a nosso ver, uma forma camuflada de discriminação, exclusão e dominação sobre os que se recusam a renunciar de sua liberdade de escolha – de se drogar e de se tratar – e que, segundo crenças ainda existentes, “supostamente” procuram a doença e fazem sofrer a família e a sociedade.

A compreensão de que existiam pessoas que não aderiam a um estado sem drogas, seja pelo seu desejo seja pela impossibilidade de assim se manterem, mas que, independente desse modo de funcionar, gritavam por ajuda, ainda que no silêncio, foi tecendo um recorte interventivo que, mesmo no espaço caracterizado como dentro da ilegalidade do uso, acolhesse os agravos advindos da dependência e priorizasse o trabalho de minimização dos mesmos e de proteção quanto aos riscos futuros.

Afinal, é lícito levar o usuário, quando em apuros ou em estado de dor, a engessar seus esforços dentro de uma proposta de manutenção da abstinência, quando se sabe que não terá como cumprir, e deixá-lo paralisado frente a projetos de vida sacrificados, quando há possibilidades de levá-lo à construção de um futuro mais próximo, ainda que no contexto do uso ilegal? Podemos querer que essa máxima unilateral se converta em postura universal?

Prosseguindo, possuidora de experiências clínicas e preventivas junto a instituições públicas e privadas, de tratamento ambulatorial, de internação e hospital-dia, a autora é convidada pelo Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas - SEAD/HUB/UnB⁴ - para fazer parte de sua equipe. Deparando-se com contextos de grandes limitações institucionais e de uma população provida de sofrimento e de miséria econômica e social, permeada pela cultura da pobreza, em que características como precariedade de recursos socioeconômicos e moradia, desemprego, depressão, sofrimento e violência paralisam todos os sistemas envolvidos,

⁴ SEAD - Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas é a atual denominação do antigo Programa de Atendimento ao Alcoolismo do Hospital Universitário de Brasília da UnB – PAA/HUB/UnB.

desde a família, a escola, o trabalho e a própria equipe. Um segmento populacional que não podia ter o privilégio sequer de parar o consumo de álcool e outras drogas, dada a escassez de recursos individuais e coletivos que lhes assegurassem minimamente o sustento de suas escolhas. Usuários de drogas trajando sérias complicações orgânicas, necessitando de horas de cuidados hospitalares e que se viam obrigados a voltar a suas casas, carregando a opção única de voltar a se drogar. Pelo menos, que se drogassem de maneira menos arriscada e passassem um pouco mais distantes do risco da morte.

Dentre as diversas questões e demandas que a mesma recebeu em sua jornada naquele serviço, uma vez mais se apresentava a necessidade de construir um *setting* dentro do uso de drogas, onde se trabalharia não apenas *o uso*, mas, de imediato e num movimento dinâmico, contínuo e participativo, *no uso*. Demandas que permitiram possíveis recortes clínicos, de prevenção ou redução de danos – para parafrasear Andrade (2008) – junto a usuários, principalmente numa relação de abuso ou dependência com o produto. Na realidade, nada mais que intervenções específicas de preservação da saúde e busca de qualidade de vida, ainda que dentro do cenário da continuidade do uso de drogas.

Nessa conjuntura, podemos perceber e compreender, ao longo desta leitura, a inviabilidade de desconsiderarmos a inevitabilidade de um determinado nível de consumo na sociedade, a existência de um tipo de uso moderado e mais seguro de substância psicoativa como alternativa promissora para a saúde física, mental e social de um sujeito que, pela opção de continuar ou impossibilidade de sair, trava forte batalha com o produto. Quem o fizer, no mínimo descera na contramão dos usuários e seus familiares e, sem dúvida, das políticas públicas de saúde adotadas pelo Brasil e da nova legislação sobre drogas⁵, as quais reconhecidamente passaram a apoiar a prática

⁵ Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006, nova Lei sobre Drogas que substitui as legislações anteriores (Lei 6.368 de 1976 e a Lei 10.409 de 2002) e institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas –

da redução de Danos – apesar da incompletude e contradição revestidas entre o texto legal e sua aplicabilidade. Adentraremos um pouco mais nesse aspecto legal, no Capítulo IV, ao falarmos sobre a clandestinidade que permeia o processo psicoterápico.

O que de início pretendíamos, era traçar breve digressão sobre a gênese desse trabalho, que alude a uma produção escrita que traz consigo, necessariamente, a experiência clínica da autora e pesquisadora em sua investigação. A pesquisadora torna póstuma essa experiência que, a partir de agora, deixa de ser pessoal para se transformar em saber de domínio público e compartilhado junto à comunidade científica. Esperamos poder servir de referência a outras pesquisas e à gestão de novos problemas e hipóteses sobre o tema.

Trata-se de uma via que se abre na produção dessa dissertação, cuja construção está longe de ter um ponto final. Significa esta investigação, a possibilidade de contribuir para o fortalecimento das bases de um pensar clínico e epistemológico a respeito de uma temática que, embora homologada legalmente e em pleno caminho de reconhecimento social, ainda se encontra, a nosso ver, gérmen em muito espaço da ciência, da sociedade e da Justiça. Da defesa a publicações, este estudo fica inevitavelmente exposto às críticas e sugestões, para que o paradigma em estudo possa cada vez mais caminhar em sua complexidade, além de poder obter do pesquisador uma contribuição a mais.

Pedimos desculpas e a tolerância pelo trajeto informal adotado nesta Introdução, e de certa forma no decorrer de toda nossa exposição de pensamento nada linear, por isso mesmo as inevitáveis, mas não esvaziadas, repetições. Não poderia ser diferente. Pois, se assim fosse, seria um tanto contraditório arranjar um modo estabilizado e estruturado para discorrer nossas reflexões acerca de uma experiência nascida de um

SISNAD. Essa lei prescreve medidas preventivas de atenção, reinserção social, redução de danos, normas para repressão e dá outras providências.

movimento de muitas turbulências e incertezas. Reportemo-nos a Olievenstein (1998) que, ao falar do caráter estrutural da drogadição, dizia que, quanto a isso, a clínica da dependência de drogas constitui-se de flutuações e turbulências, o que nos obriga a aplicar um método científico a eventos incertos. Segundo o autor, a clínica dos toxicômanos não poderia existir enquanto persistisse a adoção de um pensar linear dos fenômenos.

Morin (2001)⁶, cuja epistemologia do pensamento complexo subsidiará nosso estudo referente à construção do método, pontua que, para nos aproximarmos de uma compreensão complexa dos fenômenos, é necessário não privilegiarmos uma explicação linear, mas procurarmos um entendimento circular, que vai não somente das partes para o todo, como do todo para as partes. Pauta que, em se tratando de um fenômeno complexo, ao aspirar a multidimensionalidade, o pensamento complexo comporta em seu interior um princípio de incompletude e de incerteza, o que nos incita ao desafio, ao risco, à desconstrução e à inovação. Ações imprescindíveis no processo aqui investigado, o qual reduz nossa possibilidade de clareza ou de resposta. E assim é o pensar complexo, que tanto nos incomoda e assusta, instalando a insegurança.

O fenômeno do uso de drogas é uma realidade que precisa ser reconhecida dentro de sua complexidade, a qual implica o trocadilho moriniano do “jogo do claro-escuro”, onde as noções antagônicas devem se unir e se tornar complementares.

É dentro dessa dinâmica abrangente e complexa, então, que delineamos o que se define como a temática deste estudo: o processo psicoterápico na perspectiva da redução de danos.

⁶ Edgar Morin, filósofo e epistemólogo francês, desenvolveu os fundamentos do pensamento complexo, com a proposição de um conhecimento multidimensional e transdisciplinar fundamentado, entre outras ideias, na causalidade circular, onde a unidade possa caber na diversidade. Renuncia a todo pensar reducionista, determinista e simplificador.

Para melhor nos situarmos, apresentamos no Capítulo I nosso objeto de estudo, o objetivo geral, objetivos específicos e as principais hipóteses de trabalho que nortearam a presente investigação. Esse capítulo está organizado de forma a possibilitar uma discussão acerca de nossa escolha epistemológica pelo pensamento pós-moderno, com destaque nos referenciais específicos da teoria da complexidade de Edgar Morin. A investigação do objeto de estudo foi realizada a partir do referencial teórico sistêmico, que traça uma compreensão relacional do mundo e pressupõe que todo conhecimento é uma construção intersubjetiva, não havendo leis definitivas sobre a realidade (Vasconcelos, 2002). Uma abordagem integrada, que se alia ao entendimento do consumo de drogas como o encontro de um sujeito com um produto, num contexto sociocultural. Assim, diferentes interpretações acerca dos fenômenos podem e devem ser complementares e não excludentes. Uma abordagem que mobiliza diversos saberes na construção de vínculos e redes, com soluções participativas e contextualizadas.

Fizemos uma breve excursão, no Capítulo II, por alguns episódios históricos do aparecimento da redução de danos, na tentativa de apontar sua gênese enquanto movimento social. A partir de uma extensa e seletiva revisão bibliográfica, recorreremos a obras de importantes autores para delinear esta proposta de estudo. Algumas definições, que acreditamos colaborarem para ampliar a compreensão sobre o tema e a forma com que é aqui pensado, bem como sua articulação com nosso referencial teórico sistêmico, são descritas nesse capítulo. A fim de melhor posicionar o futuro leitor, inserimos alguns aspectos que fazem da redução de danos tema de grande oposição por parte de alguns segmentos sociais.

No Capítulo III, descrevemos os procedimentos metodológicos utilizados para trabalhar com a temática aqui contextualizada. Traçamos o contexto metodológico, com o perfil dos sujeitos que participaram das intervenções objeto de nosso estudo,

definindo-os como nossa unidade de análise; os procedimentos metodológicos incluíram o método de estudo de casos, para delimitação do campo e do objeto de pesquisa e utilizamos análise documental das anotações pessoais acerca das sessões clínicas sintetizadas pela psicoterapeuta na época de sua ocorrência. Contextualizamos as histórias de três colaboradores usuários de drogas, por meio da construção das trajetórias individual, familiar e social, bem como na drogadição, inserindo uma análise em profundidade do processo psicoterápico em cada caso.

Reunimos as construções teórico-clínicas acerca do processo psicoterápico na perspectiva da redução de danos, no capítulo IV. Abordamos as dimensões comuns que atravessaram o trabalho em todos os casos investigados. Estabelecemos um diálogo epistemológico entre elas, por meio de uma análise transversal, na tentativa de preservar o máximo possível a realidade acima do método (Demo, 2001).

Nas considerações finais, levantamos alguns pontos conclusivos sobre as intervenções estudadas, no sentido de contribuir para a ampliação futura dos resultados desta investigação.

I - O OBJETO COMO CENÁRIO DE ESTUDO

1. A teoria da complexidade como escolha epistemológica

A construção do cenário, aqui contextualizado como nosso objeto de estudo, antecedeu o início deste trabalho investigativo. Daí dizermos da pré-existência de um pensar e agir, antes mesmo de verbalizá-lo ou escrevê-lo como objeto de investigação metodológica. Trata-se de um cenário concebido e desenvolvido no exercício de uma prática psicoterapêutica pensada e vivenciada de forma intuitiva, complexa, sistêmica e interdisciplinar. Os critérios e rituais metodológicos, com seu caráter de cientificidade, não nos restam dúvidas, o amadureceram, contribuindo para que pudesse tomar a forma de importantes construtos teóricos.

As naturezas, plural e heterogênea, constitutivas deste cenário de estudo e o complexo movimento relacional articulado entre seus atores, desde sua concepção, nos remetem a uma escolha epistemológica mais ampla para sobre ele falarmos e com ele dialogarmos: a teoria da complexidade.

Sudbrack (2001, 2003) fundamenta que, para cuidarmos de situações complexas é preciso a busca por respostas complexas. E que, a complexidade da clínica da dependência impõe, tanto na construção do conhecimento como na intervenção profissional, um objeto de estudo de natureza transdisciplinar, a renúncia à simplificação, bem como uma metodologia interventiva que exija um trabalho de equipes interdisciplinares.

A autora enfatiza como um dos aspectos que compõem a complexidade da clínica de dependências de drogas, e aqui prolongamos para a ótica da redução de danos, a existência de um pensamento simultâneo acerca da globalidade do fenômeno das drogas, como também da singularidade de cada situação.

Esse ponto de vista sobre a drogadição se reveste de enorme valor epistemológico, pela maior apreensão e acessibilidade a uma realidade multidimensional, sem prescindirmos da sua complexidade. É o que pretendemos apresentar: uma compreensão profunda e integradora de pressupostos que têm permeado e referenciado um tipo especial de leitura acerca do consumo de drogas, enquanto fenômeno complexo, que envolve um sistema aberto de pensar, onde a incompletude de conhecimento se une à complementaridade de vários saberes, não antinômicos nem incomunicáveis.

A ideia central que queremos trazer é a de que a Psicoterapia para dependentes de drogas à luz da redução de danos constitui-se como uma expressão do paradigma da complexidade. Resultam compreensíveis os pontos de convergência entre nosso objeto e a noção de complexidade, tal como foi formulada na epistemologia da complexidade, se consideramos os pontos comuns que estão na base de ambas as formas de pensamento.

Ao analisarmos esses pontos convergentes, ressaltamos o quanto Edgar Morin influenciou significativamente nosso estudo. Seu pensamento filosófico, de caráter marcadamente epistemológico, constituiu um conjunto produtivo de ideias para repensarmos as questões essenciais da prática psicoterápica. Para nos inserir em sua complexidade, expressamos alguns de seus pressupostos em dimensões de análise, no Capítulo V, cujo valor heurístico auxiliará no avanço da compreensão deste nosso objeto de estudo como uma realidade complexa. Foi seu próprio processo de desenvolvimento que gerou, na pesquisadora, a preocupação epistemológica e metodológica no tocante à busca de novos caminhos de produção de conhecimentos em relação ao tema. Essa clínica psicoterápica à luz da redução de danos veio ao encontro do paradigma filosófico da complexidade, legitimando sua pertinência por meio de uma aproximação mais aberta e compreensiva acerca do uso continuado de drogas.

O entendimento da epistemologia da complexidade requer um percurso por alguns de seus pressupostos, que muito contribuíram para importante reformulação paradigmática.

O fenômeno da contemporaneidade tem trazido em nossas vidas muitas mudanças. O grande impacto do viver moderno causado em nossa organização social e em nossas relações passou a nos exigir respostas profundas na nossa forma de ser e de estar no mundo. Apesar de se falar que a sociedade adotou a ciência como base de sua organização, as crises vividas no mundo contemporâneo não encontraram continência nas contribuições científicas referenciadas, como nas da ciência clássica ou nas da ciência moderna. Sua visão de mundo se sustenta por uma epistemologia “dogmática” que não acompanha nem responde às novas demandas da modernidade. Novas formas de pensar e relacionar foram se estabelecendo, a partir de então, para não impedir o fluxo da vida. Considera-se que a crise social tenha forçado a mudança de paradigma⁷ da ciência. Diz-se da construção de “novos paradigmas”, que se contrapõem à descrição de Vasconcelos (2005) como tradicionais crenças na *simplicidade* do universo e dos fenômenos, na *estabilidade* do mundo e na possibilidade da *objetividade*. Passemos a um melhor entendimento a respeito dos pressupostos clássicos que, em virtude da incapacidade para responder às novas necessidades do homem contemporâneo, deram passagem à epistemologia da complexidade. Esperamos, na medida do possível e pela contraposição de conceitos e ideias, contribuir na formulação de uma noção mais próxima desse novo paradigma e de sua composição como nosso objeto de estudo.

⁷ Lembrando Morin, um paradigma é o produto de todo um desenvolvimento cultural, histórico e civilizacional. E, o paradigma da complexidade surge da conciliação e junção do conjunto de novas reflexões ... Sob o teto da distinção, conjunção e implicação. A noção de complexidade construída como paradigma epistemológico associa-se com frequência às obras desse autor. Há uma diversidade de produções teóricas que se aproximam de uma compreensão de caráter complexo, mesmo sem conceitualizar explicitamente a noção de complexidade tal como é hoje reconhecida.

A noção de uma simplicidade supõe uma análise separada de suas partes constituintes, como se cada uma, por si só, fosse suficiente para compreender e responder ao universo como um todo. Essa simplificação do cientista tradicional procede a rupturas na inter-relação existente entre os fenômenos biopsicossociais, culturais, e assim por diante. Como se possível fosse, por exemplo, compreendermos o fenômeno do consumo de drogas apenas pela via de uma de suas vertentes. Seria inviável a compreensão da dependência de drogas apenas como resultado do poder psicoativo das substâncias de proporcionar alterações prazerosas ao sujeito. Se assim fosse, a mera – mas não simples – desintoxicação resolveria toda a questão toxicomaníaca, e expressões da realidade psíquicas, como as condutas ordálicas, não receberiam a atenção merecida no fenômeno da dependência. Essa perspectiva simplista e determinista reduz importantes dimensões, como a subjetividade, ou o contexto sociocultural da exclusão, fator imprescindível na determinação do uso e do tráfico de drogas. Gentilmente Morin (1999) facilita nossa argumentação ao dizer que simplificação só existe naquilo que foi simplificado por nós, cientistas.

Vasconcelos (2005) aponta-nos que a atitude simplificadora, fragmentadora e reducionista só pode resultar na compartimentação do saber, absurda fragmentação da ciência em áreas estanques e incomunicáveis - o especialismo -, onde cada profissional, detentor de seu poder, não compartilha seu saber e sua experiência, mas atua alienado em seu próprio território, sem implicar-se numa compreensão mais ampla do outro. A essa *disjunção*, inevitáveis são a exclusão e a não contextualização dos fenômenos, podendo restar ao sujeito ser somente uma coisa ou outra: ou se é bom ou se é ruim; simplesmente se usa ou não se usa drogas, como se conflitos e paradoxos inexistissem em nossas emoções e relações. A adoção dessa causalidade linear na realidade bane nos fenômenos a existência paradoxal de seus elementos, situações e contextos. Assim, a

contradição é severamente punida; o amor e ódio não podem intercambiar. E a racionalidade impõe, por exemplo, ao uso moderado de drogas, irrestrita circulação no espaço científico e, por consequência, na sociedade.

Na perspectiva morianiana, a noção clássica de estabilidade só concebe a existência de um mundo com variáveis situacionais ordenadas, composto por leis gerais e imutáveis, onde o controle, a explicação e a previsão dos fenômenos são privilegiados, e não a sua história.

Ora, a imprevisibilidade inerente à complexidade de nosso objeto de estudo, que relativiza o consumo de drogas e dá abertura à existência do uso moderado, não pode ser concebida pela linearidade e determinismo científicos. Até porque, o funcionamento imprevisível e incerto do nosso trabalho quebra o tão necessário autocontrole do próprio cientista tradicional, diante da intensidade de emoções mobilizadas por esse tipo especial de objeto. Segundo Morin (1991), a visão quantificada dos fenômenos e o isolamento de seus aspectos constitutivos, bem como a separação entre objeto pesquisado e pesquisador, definem a não interlocução dominante no clássico modelo epistemológico. Sujeito e objeto, abandonados cada um a si próprios, são conceitos insuficientes, de extrema pobreza, cercados por um vazio indescritível. Valorizar um ou outro é puro determinismo, é petrificá-los com a cegueira do reducionismo.

Importantes autores contemporâneos vinculados à epistemologia da complexidade reforçam tais contraposições.

Demo (2000) aponta a presença da subjetividade do pesquisador no processo de construção de conhecimento. Destaca que, ao aproximarmos da realidade, não somos meros observadores, mas vivemos implicitamente a interferência participativa.

Santos (1999) reconhece no discurso científico a presença de nossas trajetórias de vida pessoal e coletiva, valores, crenças e preconceitos. Aponta o autor que a ciência

clássica impõe uma limitação na compreensão dos fenômenos ao negar a presença intrínseca da subjetividade.

González Rey (2006) defende a não-separabilidade por meio do conceito de subjetividade, relacionado tanto ao social quanto ao individual. Diz que as configurações subjetivas sociais não aparecem como algo externo, em contraposição às individuais, e sim como parte destas, as quais, por sua vez, as constituem. E nessa condição simultânea de individual e social, se expressa a ideia de recursividade, característica da complexidade, tão bem traduzida por Morin (1999) por meio das inter-relações indivíduo-sociedade. O mecanismo da recursividade, usado na terminologia da complexidade define que subjetividades social e individual se constituem mutuamente (González, 2006). Em outras palavras, os espaços interacionais entre indivíduos produzem a sociedade, e a sociedade produz o indivíduo (Morin, 1991).

O estado de equilíbrio perseguido pelo cientista tradicional, por meio de trajetórias determinadas e necessariamente reversíveis, não pode mesmo conceber um cidadão que escolha o duvidoso caminho da não abstinência de drogas. Afinal, nesse pensar, a certeza ajuda a nós, cientistas, na inversão das variáveis potenciais do processo e contexto drogaditos, garantindo que tudo volte a sua normalidade. Nesse contexto de crenças tão arraigadas, a aceitação de evidências da irreversibilidade em nosso objeto de estudo pode ser interpretada como apologia ao uso de drogas.

Uma profunda reflexão epistemológica sobre o conhecimento científico, segundo Santos (1999), levou ao questionamento acerca dos conceitos clássicos do positivismo, como os que, propositadamente, sublinhamos. Assim, é no desenvolvimento de uma postura crítica em relação a esses tradicionais pressupostos que insurge o pensamento complexo, como nova alternativa na apreensão da realidade, por meio de importantes conceitos de complexidade, instabilidade e intersubjetividade

(Vasconcelos, 2005). Morin (1982, 1999) sinaliza que: ordem, separabilidade e razão absoluta são pilares abalados pelo desenvolvimento das ciências contemporâneas, as quais acolhem as contradições, o irracional, a incerteza, a multiplicidade e a riqueza da realidade.

Quando na Introdução, dissemos ser nossa escolha epistemológica pelo pensamento pós-moderno, nos referimos a essa nova ciência do século XX, que, segundo Vasconcelos (2005), tem a complexidade como destaque especial, assim como a energia e a entropia tiveram no século XIX.

Afinal, como conceber a complexidade? Podemos perceber no decorrer de nosso texto, se tratar de indagação que se encontra no mesmo conjunto de respostas acerca de nosso objeto de estudo – como conceber a complexidade no contexto da psicoterapia para dependentes de drogas à luz da redução de danos? A compreensão que deles temos está além da etimologia da palavra que os define. Muitos são os diferentes textos para conceitualizá-la, e por especialistas de diversas áreas. No caso da primeira, nosso foco de atenção no momento, *complexus representa um tecido constituído de partes heterogêneas inseparavelmente inter-relacionadas e integradas, sendo ao mesmo tempo uno e múltiplo* (Morin, 1990, p.18).

Do mesmo modo que a percepção do complexo acarreta abandono da simplificação, pensar complexamente implica mudanças de crenças muito básicas, o que nos leva a pensá-la como pressuposto ou paradigma. Em outras palavras, a apreensão da complexidade envolve legítima e verdadeira mudança na forma com que nos relacionamos com nosso objeto. Significa que, do foco exclusivo no “indivíduo”, ampliamos nosso foco nas relações, sem perdermos suas singularidades. Referimo-nos ao destaque dessa epistemologia na contextualização do objeto, ou seja, trabalhar na reintegração do objeto no contexto, resgatá-lo no sistema, elevar nosso estudo nas

interligações. Assim é a complexidade: a integração do simples no complexo. Mas como fazê-lo? Morin (1982) salienta que os antídotos contra a simplificação são segregados pelo pensamento complexo, e assim também é o processo pelo qual estudamos.

No pensamento de González Rey (1997), a noção de complexidade pode ser expressa tanto no plano teórico quanto no plano epistemológico, de forma profundamente articulada. Isso acontece por não conseguimos representar a complexidade de um fenômeno sem aproximações epistemológicas e metodológicas igualmente complexas que deem conta de acompanhar a complexidade do real.

Podemos expressar epistemologicamente a noção de complexidade nas formas que construímos conhecimento sobre o nosso objeto, melhor dizendo, o processo de construção científica do conhecimento sobre a realidade. Muitas são as linhas de pensamento, conceitos e teorias desenvolvidas para responder a uma concepção da complexidade, também considerados expressão do paradigma da complexidade. A construção da noção de complexidade como paradigma epistemológico está aqui associada muito fortemente às obras de Edgar Morin, embora haja uma diversidade de expoentes e de formas de expressões.

Morin teve um interessante sentido integrador em sua noção de complexidade, o que reforçou nossa incursão nos domínios de um conhecimento cujos pressupostos identificamos em nosso estudo. Em sua perspectiva, re-integrar o objeto no contexto, nas relações, no sistema, nada mais é que operar a lógica da conjunção, onde se inter-relaciona e se articula. E promover articulação requer acolher as diferenças e não miná-las. Articular é trabalhar para que os opostos colaborem entre si. Opostos, mas interdependentes, já que não poderiam sozinhos existir.

Fomos fortemente atraídos por essas reflexões acerca da contradição. Legitimada, em uma nova visão, como elemento essencial na noção da complexidade, é definida como uma composição de instâncias simultaneamente complementares e antagônicas – por exemplo, a relação entre ordem, desordem e organização (Morin, 1995). Ao contrário da visão clássica quantificável e contabilizável de que a contradição pode representar um sinal de erro ou insucesso, na visão complexa trata-se da chegada a uma parte profunda da realidade. Justamente por ser profunda, pode não ser traduzível para nossa lógica.

Alguns princípios nos permitem compreender a existência de convergência entre nosso objeto de estudo e o pensamento complexo de Morin. Assim, nos ajuda a pensar essa complexidade do real pela via do diálogo existente nas composições contraditórias. É aí que encontramos a complexidade, e de mãos dadas com a solidariedade, já que ambas concebem o sentido multidimensional de qualquer realidade e o fato de nunca podermos escapar da incerteza e da não apreensão de um suposto saber total. Então, podemos aqui dizer que sempre estaremos cegos perante a complexidade do uso de drogas, e não serão as disputas epistemológicas que dela nos aproximará.

Um olhar mais atento pode nos ajudar a ver como o objeto em estudo subverte pressupostos da certeza, os quais fundamentaram a ciência clássica, que *têm por causa e efeito dissolver a complexidade pela simplicidade: a ordem, a separação, a redução e o caráter absoluto da verdade* (Morin, 1999, p. 95).

O princípio da ordem concebida pelo determinismo dos fenômenos refere-se à procura de regularidades e do que é comum. Ou à forma determinista que pretende estabelecer explicações e relações de causa e efeito em situações que não seguem uma linearidade de existência. A multiplicidade de elementos, processos e condições nos impossibilita o entendimento de um fora de sua relação com os outros. Reconhecemos a

dificuldade de supor sempre uma ordem, regularidade, e isso pode ser compreendido pelo pressuposto do contraditório. Compreendemos a existência simultânea de nossas manifestações morais e imorais, fortes e fracas, agressivas e sensíveis. Uma pessoa pode desejar retirar-se da dependência, sem romper com o uso de drogas. Ora, degradação e desordem também dizem respeito à vida, segundo o pensamento complexo de Morin. Desordem e ordem são inimigas que se cooperam para organizar o universo. É claro ser difícil conceber essa complexidade do real, daí valer mais uma visão simplificadora e dissimuladora do não aparente e do que não damos conta.

A influência moriniana no pensar de nosso objeto de estudo pode ser apreciada pelo valor que confere a essa concepção dos opostos. Ao falarmos que complexidade se ordena, de maneira simultânea e em diversas perspectivas contraditórias, nos referimos a leituras e diálogos plurais. Às características de base, até agora mencionadas, da teoria da complexidade, devemos acrescentar, o resgate das noções de pluralidade e de heterogeneidade na compreensão dos fenômenos complexos. Morin destaca que o verdadeiro pensador da complexidade é aquele que pensa a dificuldade da palavra em agarrar o inconcebível. Martínez (2006) sustenta que *o real está em processo de constante tensão com a produção teórica, a qual avança em processo de contato não-linear com o real, sem ser dele independente; diferentes concepções apontam como a complexidade do real desafia o pensamento humano, o qual, por diferentes vias, tenta construí-la e acompanhá-la* (Martínez, 2006, p.13).

Uma realidade paradoxal, como a do nosso objeto de estudo, *per si* nada nítida, nos remete, à primeira vista, a noções como irracionalidade, incerteza, do risco e da confusão, todas muito características de um pensar complexo. Daí ser necessária a aposta, ainda que no inesperado, nas derivas e bifurcações, impondo-nos a reflexão sobre a complexidade de nossas ações. E ao situar a ação como característica que

implica complexidade, define a estratégia como formas construídas para lutarmos contra o acaso, que nos leva a inovar, a estar em constante vigília e a relativizar. O movimento de vaivém, de idas e vindas, deve se constituir como um circuito produtivo que tece o desenvolvimento de nosso pensar, mas não em direção à homogeneização e redução.

Um movimento de vaivém que nos remete ao pressuposto da instabilidade do mundo, dimensão epistemológica também emprestada para a compreensão da complexidade dos fenômenos que tomamos para nosso estudo. Diz-se de um mundo em processo de tornar-se (Vasconcelos, 2005), em contínua transformação e auto-organização, em oposição à crença de uma regularidade nos fenômenos, como se pudéssemos prever a evolução de seu processo, controlar as flutuações e os acasos nos acontecimentos.

O pensamento complexo preconiza a necessidade de complexificação, a mudança de qualidades, onde a desordem se torna liberdade e a ordem pode ser muito mais regulação do que imposição.

2. O pensamento sistêmico e a complexidade do objeto de estudo

Uma vez dissertada a complexidade no plano epistemológico, consideremos sua compreensão num sistema teórico. A complexidade se expressa na representação que temos acerca do nosso objeto, na forma com que a realidade nos é concebida e ao mesmo tempo construída a partir da elaboração de um *corpus* teórico específico. Morin buscou importantes conceitos teóricos de outras áreas, para dar mais luz, maior aproximação a uma realidade tão paradoxal que compõe a noção de complexidade, sem deixar que a reduzissem. O autor levanta o questionamento sobre nossa condução num mundo em que a ordem não é absoluta, a separabilidade tem limites e a lógica pressupõe espaços vazios e não preenchidos. Assim é pensar a complexidade. Daí trazer como

uma primeira via de acesso para avançarmos na concepção de complexidade em seus diferentes modos de expressão, o pensamento sistêmico⁸. Acreditamos não ser possível uma representação complexa da realidade aqui investigada, constituída de tumultos, discórdias e turbulências, sem a construção dessa realidade em nível teórico. Não podemos falar da complexidade do real por meio de um *corpus* teórico construído sobre a base da simplificação e que, implicitamente, negue a complexidade. Esta se expressa necessariamente num sistema teórico elaborado para dar conta de representar, construir e acompanhar uma realidade complexa (González Rey, 1997).

Neubern (2003) refere que o pensamento sistêmico consiste em um caldeirão de reflexões epistemológicas, pelo potencial de brechas que permite abrir.

Das teorias salientadas por Morin (1999) como portas de acesso ao paradigma da complexidade, nossa vinculação se deu com a teoria sistêmica, na qual o conceito de *sistema* nos constituiu de grande importância na evolução deste estudo.

Sudbrack (2001) destaca que, paralelamente a uma relação entre as várias dimensões da drogadição, tornou-se necessária a importante noção de *sistema* mais apropriada para compreendermos a articulação entre os diversos sistemas contextuais envolvidos. Diz a autora que, além da teoria do pensamento complexo, é fundamental recorrermos a idéia do paradigma da relação, que compõe profundas implicações nas relações interpessoais. Nesse paradigma, as partes de um sistema só podem ser entendidas nas relações entre si, não sendo possível descrevermos e compreendermos os processos relacionais sem os contextualizarmos em suas relações.

Neubern (2003) diz que a noção de sistema comporta alguns pressupostos complexos. Sua compreensão trata-se de um processo reflexivo, pois envolve uma

⁸ Segundo Morin (1991, p. 202) são três as teorias, primas e inseparáveis, que se fecundaram mutuamente, como importante via de acesso à complexidade: a teoria da informação, a teoria dos sistemas e a cibernética.

relação de idas e vindas entre suas partes, incluindo a perspectiva do movimento, da história, do processo e do momento.

Morin (1997) trata a noção como um conceito trinitário, em que o *sistema* se integra sem se dissolver à noção de organização e de inter-relação. Assim, fica remetido à interação de elementos constitutivos de um todo, cujas propriedades não são encontradas no nível dos elementos. A ligação entre a inter-relação das partes e a totalidade se faz pela noção de organização, que permite transformação, produção de qualidades, relações entre as relações. Pressupõe, além disso, uma relação complexa entre o todo e as partes, onde as qualidades do primeiro não se encontram na segunda, embora se retroajam. E nessa retroação, novas qualidades podem ser desenvolvidas ou inibidas. É o princípio hologramático que preferimos abordar no capítulo IV, vinculado ao nosso objeto de estudo. Para concebermos a noção de sistema, implica ainda importantes aspectos da complexidade antes abordados, como a relação dialógica entre ordem/desordem, antagonismo/complementaridade, tão presentes na gênese, no desenvolvimento, nas crises e na morte dos sistemas. Por fim, a noção de sistema necessita ser concebida pela integração do sujeito observador, que acaba fazendo parte do próprio sistema, propondo Morin a noção de sujeito-sistema, onde o mundo faz parte do sujeito que ao mesmo tempo em que o observa também é levado a se observar.

A adoção pela expressão “pensamento sistêmico” se refere à forma de ver o mundo, marcada, inevitavelmente, por três das dimensões que constituem o paradigma da complexidade. Dimensões que, como já visto, mantêm uma relação recursiva entre si, onde se necessita das três para se ter cada uma das três. Segundo Vasconcelos (2005), isso se deve ao fato de que *pensar sistemicamente é pensar a complexidade, a instabilidade e a intersubjetividade, pois os pressupostos da complexidade, da*

instabilidade e da intersubjetividade constituem em conjunto uma visão de mundo sistêmica (Vasconcelos, 2005, p.147).

Assim, para a autora, definir-se sistêmico é viver as implicações de ter assumido para si tais pressupostos.

Na contextualização do fenômeno, conforme concebida anteriormente por Vasconcelos (2005), ao ampliarmos nosso olhar para as relações e interligações, perceberemos as relações intrassistêmicas e intersistêmicas que o possibilitaram, e não somente o fenômeno em si. Trabalharemos, a partir daí, com uma teia de fenômenos recursivamente interligados. Trata-se da complexidade do sistema, onde o pensamento relacional se constitui, *per si*, de incerteza e imprevisibilidade. É nessa perspectiva da complexidade relacional que acreditamos ser possível poder desencadear mudanças no sistema trinitário, que compõe a dependência de drogas, cujo dinamismo relacional pode encontrar-se continuamente em processo de tornar-se. Um sistema no qual não se pode prever e controlar, justamente por ter-lhe sido favorecida a condição de constante mudança, evolução e auto-organização. Falamos da instabilidade, um dos pressupostos de um sistema aberto, que no contexto drogadito, como veremos no capítulo IV, pode ser (re)significada como crescimento e transformação, ao invés de impossibilidade e de aproximação com a morte.

O reconhecimento de nossa própria participação na constituição dessa realidade, de que dela (ou dele, sistema) somos parte, de que podemos atuar na perspectiva da co-construção de alternativas, enfim, trata-se do reconhecimento de estarmos atuando no espaço da intersubjetividade. Vasconcelos (2005) exemplifica com o caso do sistema terapêutico, constituído por um conjunto de atores, onde a construção intersubjetiva de saber introduz também a instabilidade, na qual as diferenças levam ao exame das condições e contextos em que foram feitas. Na dimensão da intersubjetividade há a

inclusão do observador, a autorreferência, a (re)significação da experiência no diálogo. Trata-se da adoção do caminho da chamada objetividade entre parênteses: um observador que reconheça sua participação no processo e se observe observando. Na verdade, falamos de uma visão complexa de ampliação do sistema observado, onde a *inclusão* do observador se transformará num sistema observante. Falamos do pressuposto da construção da realidade em nossa forma de pensar e de agir, inerente a toda prática psicoterápica e muito reivindicada em nosso objeto de estudo.

Pensar sistemicamente é conceber e trabalhar por uma integração de tais dimensões, de maneira que não se elimine suas diferenças, mas as articule. Afinal, exercitar a complexidade moriniana é diferenciar conexões e articulações. De igual forma, é característica da forma sistêmica de pensar ou de uma epistemologia sistêmica.

Vasconcelos (2005) nos traz uma ideia diferenciada de articulação, que vai além da complementaridade, da síntese, da confrontação de contradições e que está associada ao conceito de ultrapassagem, ou seja, de mudança de paradigma. Diz que quando se faz a ultrapassagem, já está feita a articulação. Ultrapassa-se e incorpora-se. Ultrapassar não seria renegar, e sim resgatar e integrar; quando isso acontece, já não somos mais os mesmos, pois revimos nossos pressupostos. É ter um novo olhar: ter uma ultrapassagem articuladora.

Watzlawick (1994) fala dessa ideia interessante de poder transitar entre pontos de referência conceituais, onde um sistema conceitual aberto pode “transcender” seu próprio território, contemplar-se a partir de fora em sua totalidade e em seguida voltar a entrar em si mesmo. Mas ao fazê-lo, já se transformaram suas relações com o mundo. Poderá até usar recursos antigos, mas se sentirá livre para fazê-lo quando quiser e à sua nova maneira, pois os saberá insuficientes. Pensamos que toda essa noção tenha a ver com o processo elaborativo psicanalítico.

De qualquer forma, a concepção de ultrapassagem articuladora ou de transcendência do próprio território nos importa, pois muitas vezes o fato de podermos provocá-las, seja no sistema familiar seja em algum outro sistema institucional ou profissional, enfim, já fará com que tratemos, de certa maneira, a demanda que nos chega em relação ao consumo de drogas. Nem sempre tudo precisa terminar em psicoterapia(s), mas apenas no tratamento da demanda ou em um lugar para onde ir.

Tudo isso, nos parece oportuno dizer, destaca um conceito muito rico quando se adota uma epistemologia sistêmica: *a implicação*. Assim, certas crenças e valores acerca da temática do consumo de drogas implicarão necessariamente em severas aplicações punitivas. Implicação requer algo que venha do próprio sujeito, a implicação no pensar, a de uma postura epistemológica e não a de aplicações técnicas.

Afora algumas discordâncias quanto ao que chama de sistemismo, Morin (1991) aponta três principais virtudes sistêmicas, as quais convergem com o paradigma da complexidade. A noção de sistema como uma unidade complexa, um todo irreduzível à soma de suas partes; a de sistema como algo ambíguo; e situar-se o pensamento sistêmico na transdisciplinaridade.

Segundo Pereira (2003), uma concepção sistêmica de mundo é aquela que trabalha em termos relacionais, na interação entre e não nos elementos em si. Está longe de qualquer visão de mundo disjuntora, redutora e simplificadora, privilegiando o pensamento integrador e articulador de diferenças. Daí compreendermos a drogadição não em relação a uma de suas vertentes, mas como sistema composto de multivariáveis que se interagem e se inter-relacionam. Um sistema de elementos interdependentes, inseparavelmente associados e articulados, por isso mesmo com leituras mais flexíveis e passíveis de articulação.

Na visão sistêmica, sistemas não criam problemas, e sim estes criam novos sistemas. Assim, são organizadas redes de construção de significados que deem sentido ao que é vivido. Então, num sistema terapêutico, esperam-se a desconstrução dos problemas vividos e a conseqüente reconstrução de novos significados (Anderson & Goolishian, 1993). E esse processo de mudança nas relações se assemelha ao pensamento pós-moderno por nós referenciado no início desta dissertação.

Outra importante aproximação do pensar sistêmico com a complexidade passa pelo conceito de ressonância, proposto por Elkaim (1990), o qual consiste na reunião criativa de singularidades semelhantes no sistema e que não são absorvidas pelos modelos tradicionais, mas que podem ser ampliadas a ponto de paralisar ou desencadear o processo terapêutico. Diante de um conjunto de processos que não compreendemos, podemos apelar à nossa capacidade criativa e inventiva. Neubern (2003) diz tratar-se de mais uma contribuição pessoal do observador, longe da neutralidade, de mobilizar recursos alternativos em meio à diversidade de processos.

Já que falamos sobre a postura do observador – pesquisador, terapeuta –, Guy Ausloos (1995) traz um importante conceito sistêmico de competência. Refere-se o autor à capacidade de autogerir seus problemas, por parte dos sistemas, encontrando assim suas próprias alternativas, ficando o terapeuta muito mais como o interlocutor que desencadeia processos e leva a modificações epistemológicas importantes que como um especialista detentor de um saber maior. Sendo assim, torna-se mais importante ativarmos os processos onde a família, por exemplo, possui habilidades, possibilitar-lhe seu uso, do que impor-lhe e esperar um modo pré-estabelecido de estar no sistema.

Portanto, é nessa linha de pensar que converge nosso objeto de estudo, cujos casos clínicos foram bem qualificados pela complexidade do pensamento sistêmico. E, por intensa identificação de pensar, faremos uso da concepção de Neubern (2003), de

que os casos clínicos aqui trazidos podem se qualificar como uma clínica sistêmica, uma vez que, além da trajetória do autor, há o espaço central que a noção de sistema deverá ocupar, seja nas apresentações clínicas seja nos diálogos epistemológicos. Buscamos concebê-la como uma noção que remonta a uma complexidade de base (Morin, 1977) para a prática clínica, que abre a reflexão sobre o reducionismo e propõe possibilidades de articulação. Por isso, destacamos que a proposta do trabalho não consiste em um aprofundamento sobre a terapia de inspiração sistêmica. Ao invés disso, procura utilizar suas contribuições para a reflexão epistemológica. Aqui, muito apropriadamente acrescentamos, sobre a clínica psicoterápica para dependentes de drogas à luz da redução de danos, enquanto paradigma da complexidade.

3. Objeto de estudo e suas questões

O palco de incompreensão, medo e resistência encontrado diante da temática da redução de danos é muito reforçado pela da bandeira da abstinência preconizada por muitos segmentos da sociedade. Esbarramos no preconceito acerca de uma proposta que se legitima pela sua complexidade e se origina como resposta a uma realidade multifacetada como a do consumo de drogas. Além dos impasses que dificultam a aplicabilidade da redução de danos - prevista nas políticas públicas e no ordenamento jurídico⁹ -, ainda é muito concebida como uma intervenção de rua, mais próxima de sujeitos que fazem uso injetável de drogas. Trata-se de cenário fechado e unilateral, que não somente reduz as oportunidades e alternativas de vida, e de bem-estar individual e coletivo, como também contribui para a exclusão de determinado tipo de consumidor

⁹ Portaria nº 1.028/GM de 1º de julho de 2005, que regula as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde.

Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD de 27 de outubro de 2005, que aprova a Política Nacional sobre Drogas.

Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007, que aprova a Política Nacional sobre o Alcool.

de drogas e seus familiares: os que fazem uso não injetável de drogas. Quanto a isso, há que reconhecer o advento recente da instauração do crack e a crescente preocupação e atenção para com tais “fumadores”. Contudo, acreditamos estar, ainda assim, germinando uma mudança na concepção da redução de danos como paradigma ou estratégia de maior complexidade.

Sustentamos neste estudo, como tantos outros autores e pesquisadores, que a redução de danos pode e deve ser ampliada de diversas formas. Trazemos nossa contribuição no sentido de afirmar que, uma dessas formas é como estratégia interventiva no contexto do processo psicoterápico dirigido à população de usuários de drogas, onde se trabalha a prevenção e a promoção da saúde física, psíquica e social. Levamos em conta a realidade de que nem todo usuário deseja ou consegue parar de usar drogas em determinado momento ou contexto. Uma realidade que como descreve Bastos (1996)

“...significa também admitir que o usuário pode não demandar tratamento médico ou psicológico, mas apenas meios de persistir nas suas práticas de modo mais seguro” (Bastos, 1996, p.154).

É princípio fundamental da redução de danos o de aproximar o usuário de um movimento de reflexão e responsabilização acerca de suas escolhas, de estimular práticas do autocuidado e de ajudar na conquista de qualidade de vida, sem impor-lhe um tratamento ou punir-lhe com o isolamento ou discriminação. Tal abordagem se diferencia de outras pelo trabalho voltado à valorização da condição de cidadania dessas pessoas, ainda que sejam seus atos construídos numa situação de ilegalidade.

Essa forma de pensar nos levou, com o presente estudo, a problematizar a necessidade de que seja ampliado o conceito de redução de danos como estratégia de

prevenção e promoção da saúde física, psíquica e social. Definimos, então, como nosso **objeto de estudo**, a aplicabilidade do conceito de redução de danos na clínica psicoterápica de sujeitos no contexto do uso não injetável de drogas.

Nesse recorte, procuramos discutir algumas questões: é o paradigma da redução de danos norteador do processo psicoterápico com pessoas que fazem uso não injetável de drogas? Quais as limitações e possibilidades da aplicabilidade de suas estratégias no processo de psicoterapia? A partir destas questões, e acreditando na complexidade envolvida, delineamos alguns objetivos para com elas dialogarmos.

4. Objetivos

4.1. Objetivo Geral

Como tentativa inicial de sistematização, delineamos como objetivo geral deste estudo: ampliar o conceito de redução de danos à luz da clínica psicoterápica, promovendo uma discussão acerca dos limites e das possibilidades de sua aplicabilidade, no contexto do uso não injetável de drogas.

4.2. Objetivos Específicos

Para o alcance desse objetivo, optamos por seu desdobramento, elegendo alguns objetivos específicos.

4.2.1. Investigar as possibilidades da prática da redução de danos no cotidiano da intervenção clínica;

4.2.2. Dimensionar quais os atores envolvidos na rede de apoio dos sujeitos pesquisados;

4.2.3. Descrever o processo de construção de uma clínica interdisciplinar na perspectiva da redução de danos;

4.2.4. Investigar as possibilidades de cooperação da família e demais atores na construção de estratégias de redução de danos;

4.2.5. Relatar e discutir os efeitos produzidos nos sujeitos pesquisados, após sua participação no processo psicoterápico na perspectiva da redução de danos.

5. Hipóteses diretrizes teórico-clínicas do estudo

A aproximação entre o percurso profissional de estudos teóricos/experiência clínica e a problemática do uso de drogas na perspectiva da redução de danos somada ao contexto das intervenções clínicas dos casos aqui apresentados suscitaram-nos muitas questões, sobre as quais levantamos algumas hipóteses diretrizes de trabalho. Sem pretender qualquer exaustividade em questão tão complexa, optamos por recortar de partida aquelas que nos possibilitassem reflexões, no tempo hábil da pesquisa, sem perder a profundidade dos procedimentos e a intensidade do processo. Nosso diálogo, no decorrer deste estudo, se dará com as seguintes diretrizes:

5.1. Estratégias de redução de danos podem ser ampliadas a pessoas que fazem uso não injetável de drogas no contexto do processo psicoterápico;

5.2. A construção e a aplicabilidade de intervenções na clínica psicoterápica na perspectiva da redução de danos envolvem uma postura interdisciplinar e uma rede de apoio;

5.3. A mobilização da família pode ser favorecedora ou limitadora na construção de intervenções na perspectiva da redução de danos, durante o processo psicoterápico;

5.4. As intervenções na perspectiva da redução de danos devem considerar as especificidades de cada usuário e seu contexto.

A compreensão acerca das produções construídas a partir dessas diretrizes será articulada com teóricos que trabalham com a teoria da complexidade, como Morin

(1995, 1999, 2002), Demo (2001), Santos (2001), González Rey (1999, 2005) e Neubern (1999), e com o pensamento sistêmico de Vasconcelos (2002), Elkaim (2000), Anderson & Goolishian (1999) e Ausloos (2001). Para entender alguns desdobramentos sobre a drogadição, optamos por Olievenstein (1983, 1985, 1989), Bucher (1992, 1995), Colle (1995) e Sudbrack (1992, 1999, 2000, 2001). Embora exista enorme e reconhecida lista de autores acerca dos trabalhos em redução de danos, optamos pelo critério de conveniência e identificação da pesquisadora, por Wodak (1998), Bastos (1986, 2001, 2003), Mesquita (1994), Conte (2001, 2003, 2004), MacRAE (2003, 2006), Gorgulho (2003), Marlatt (1999), Domânico (2006), Cruz (2006) e Oliveira (2005). Um interlocutor ocupou lugar de destaque na problematização e fundamentação deste estudo, tanto pela via de sua autoria em artigos quanto por seus discursos apresentados em recentes e importantes eventos científicos: Andrade (1994, 2006, 2008). Os pressupostos de Stake (1994), Yin (2007), Fédida (2003), Minayo (1991) e D'Allones (1989) referenciaram nossa escolha pelo método de estudo de casos. Os pressupostos de Helder (2006), Oliveira (2007), Pimentel (2001), Phillips (2001), Lüdke e Andre (1986) e Cellard (2008) foram nossos referenciais no trabalho documental. Buscamos o diálogo com a Educação, acerca da interdisciplinaridade, por meio do pensamento de Fazenda (1991, 1994, 1997, 1999, 2001), Matos (2001), Queluz (2001), Tavares (2001), Cascino (1998) e Gaeta (2001). Para abordarmos a dimensão das Redes, convocamos o pensamento de Pakman (1995), Dabas (1993), Sluzki (1997) e Sudbrack (2001).

II - REDUÇÃO DE DANOS: EVOLUÇÃO CONCEITUAL

“Melhor é não usar; se usar, melhor não fazer o uso por via injetável; e se fizer o uso por via injetável, melhor é fazê-lo de forma limpa” Bucher (1995)

Destaquemos como abertura deste capítulo, o tradicional conceito do australiano Alex Wodak (1998) acerca da redução de danos. Trata-se de *“uma tentativa de minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir esse consumo”*. (Wodak, 1998, p.55). Nessa perspectiva, a expressão *harm reduction* – *redução de danos* - refere-se à estratégia de intervenção que permeia e complementa às de prevenção, tratamento e reinserção social. Nela, a questão do uso de drogas não se focaliza somente na substância psicoativa, mas na sua administração e controle pelo usuário, assim como nos seus danos.

A redução de danos vem sofrendo profundo alargamento conceitual ao longo dos anos, tendo sido seus princípios ampliados a outros cenários dentro do consumo de drogas. Conforme Fiore (2009)¹⁰, sua definição é centro de grande controvérsia e objeto de disputa, que encerra um conjunto de interesses institucionais, políticos e econômicos. O embate está relacionado ao conflito em torno de sua definição, como também oriundo de uma série de divergências a respeito da própria questão do consumo de drogas. O autor aponta a necessidade de considerarmos a *polissemia* que a expressão *redução de danos* representa. Diz ficar claro que defini-la é assumir posicionamentos acerca do tema das drogas como um todo, um assunto complexo demais para tentarmos simples

¹⁰ O autor analisa a questão do uso de drogas por meio do discurso médico. Aborda o conceito de redução de danos, aponta suas principais divergências e diferentes ênfases na noção de liberdade individual implícita ao conceito. Exemplifica a controvérsia nesse discurso que ora mostra-se enfaticamente contra a uma política que nomeia como redução de danos, ora defende haver uma forma mais correta e “científica” de concebê-la.

argumentos contra ou a favor. Afinal, há especialistas que se identificam como contrários à redução de danos, mas se colocam também como defensores de uma verdadeira política de redução de danos.

É o caso de perguntarmos, neste momento, sobre o que seria uma verdadeira política de redução de danos. Acreditamos viver sua construção ou ampliação, por estarmos no terreno da complexidade, onde os sistemas não se fecham, e tudo se abrem. Podemos ampliar nossa resposta convocando importante pergunta feita por Andrade e Friedman (2006, p. 395): “*danos para quem e para quê?*”. Do mesmo modo, para esses autores, a “*redução de danos existe em um contexto de conflito de interesses, daí a necessidade de considerarmos esse aspecto ao conceitualizar sua filosofia*” (Andrade & Friedman, 2006, p. 396). Propõem que a questão seja abordada por conceitos análogos aos da teologia da libertação, onde se considera a opção preferencial pelos pobres, oprimidos, estigmatizados e explorados, ainda que isso possa representar “*uma redução às contribuições dos danos relacionados ao uso de drogas para a estabilidade política e/ou para os ganhos da classe dominante*” (Andrade & Friedman, 2006, p. 396). Concebem o princípio do pragmatismo de libertação, que enfatiza resultados práticos para usuários de drogas e desconsidera os custos representados para as políticas das elites. Dizem que, “*ainda que a redução de danos não seja apreciada a partir de princípios religiosos e morais, se mantém firme como uma política de saúde pública que conserva centenas de milhares de vidas livres do HIV durante o consumo de drogas, mesmo que as pessoas nunca tentem parar de usar drogas, ou se tentem, não são capazes de parar; ou podem eventualmente parar se não morrerem de doenças, overdoses ou violência antes de ter essa chance*” (Andrade & Friedman, 2006, p.396).

Andrade e Friedman (2006) apontam a dificuldade de definir a redução de danos por parte da literatura e dos que a advogam, concebendo-a muito mais como um

conjunto de abordagens ao uso e abuso de drogas do que um novo paradigma. Precisamos nos ater um pouco mais na questão.

Concordamos com os referidos autores até certo ponto. Se nos limitarmos a pensá-la no âmbito de medidas constituídas de procedimentos práticos, objetivos e isolados, então a redução de danos se aproxima muito mais de uma abordagem interventiva. Sua constituição se deu, não restam dúvidas, como um conjunto de ações voltadas à minimização de prejuízos e agravos de natureza biopsicossocial e econômica, oriundos do consumo de drogas, sem a exigência de interrupção do uso. Contudo, hoje, passou a ser concebida e reconhecida como uma abordagem de dimensão muito mais abrangente e complexa.

Importa ressaltar que a redução de danos esteve muito ligada à prática de reduzir danos sociais e à saúde, advindos do uso de drogas injetáveis. Desde que ficou conhecida, no Brasil, sua popularidade esteve muito relacionada com a troca de seringas ou distribuição de kits para os UDI's - usuários de drogas injetáveis – com o objetivo de prevenir a proliferação do vírus HIV e de outras doenças infecto-contagiosas. Lembramos Andrade e Friedman (2006, p. 395) que *“ela não é bem conhecida em muitos meios intelectuais, e não tem sido amplamente aplicada em outros aspectos das intervenções relacionadas ao uso de drogas.*

MacRae e Gorgulho (2003) apontam que sua convocação permeia numa esfera muito além de uma prática operacional de substituição ou de controle do produto. Referem-se à terapia de substituição – o uso de outra substância em lugar da que habitualmente usada e que lhe é mais danosa. Esse método, conhecido também como tratamento de substituição, foi anteriormente aplicado por Sigmund Freud ao tratar dependentes de morfina com uma substância que acreditava conter propriedades benéficas, a cocaína (Freud, 1974, R. Byck, Trans.; Cesarotto, 1989).

Referimos não a uma mudança de conceito. Acreditamos numa complexa evolução conceitual que acompanhou – e ainda acompanha - o crescimento da crise social ocasionada no mundo pós-moderno. Essa evolução pode ser vista no dimensionamento ocorrido no movimento de mobilização social, demandado pela própria população usuária de drogas e que deu origem à redução de danos. Passou a ser pensada e reclamada não somente pelos usuários de drogas injetáveis. O espectro da demanda por seus princípios fundamentais¹¹ ampliou, alcançando pessoas que fazem uso não injetável de drogas. Suas estratégias passaram a ser reivindicadas por parte de outros segmentos sociais, profissionais e institucionais. Além disso, uma evolução conceitual expressa também pela extensão da aplicabilidade de seus princípios em outros campos de atuação, de saber e de viver. Essa visão nos leva a conceber a redução de danos ocupando um espaço de transição paradigmática. Isso, pois, paradigma, segundo Vasconcelos (2006), grosso modo, corresponde a nossa forma de perceber o mundo e nele atuarmos.

Para Abrams e Lewis (1999), a redução de danos é uma nova síntese, um paradigma para orientar uma ação. Assim, de certo modo, no sentido kuhniano, podemos falar de uma revolução na ciência.

Morin (1999) destaca a noção de paradigma como o resultado de todo um desenvolvimento cultural, histórico e civilizacional. E, no tocante ao paradigma da complexidade, esse surge da conciliação e junção do conjunto de novas reflexões, com base na distinção, conjunção e implicação.

Como bem textualizaram Andrade e Friedman (2006), podemos pensar na possível aplicabilidade de seus princípios nas estratégias de prevenção primária do uso

¹¹ Andrade e Friedman (2006, p. 397) apontam alguns importantes princípios da Redução de Danos: “ *o respeito às diferenças com e entre os usuários de drogas, o diálogo honesto, a atividade de equipe onde o usuário também é o protagonista, a tolerância, o pragmatismo, a diversidade, a diversificação de estratégias, o suporte social, a preservação dos seus direitos como cidadão, a minimização da exclusão social*”.

de drogas – ainda que num processo lento e difícil -, onde a abordagem do amedrontamento (Sudbrack, 2003) dá lugar a um sistema relacional mais justo e fiel à realidade. Um lugar baseado no princípio da livre expressão, que, pela via do diálogo, permita e encoraja o conflito de idéias e de argumentação. Um trabalho de prevenção primária do uso de drogas em que, segundo Morin (2002), sejam resgatadas nos indivíduos e grupos, as relações entre si, baseadas na solidariedade, componente constituinte de uma sociedade complexa.

Os benefícios advindos da aplicabilidade dos princípios da redução de danos podem ser relacionados a outros campos de conhecimento (Andrade & Friedman, 2006). O caso da educação comunitária incentiva, pela via da abordagem construtivista, o respeito à integridade do outro e ao seu conhecimento. Uma abordagem relacional construída entre aquele que trabalha a redução de danos¹², o usuário de drogas e qualquer outro ator que se inclua nessa causa. Uma construção relacional fundamentada no respeito à liberdade de escolhas, na negociação aberta e não-hierarquizada, na cooperação e no respeito às diferenças. Andrade e Friedman (2006) exemplificam sua aplicabilidade na relação médico-paciente da prática médica, no trabalho social e na intervenção comunitária. A título de enriquecimento, cuidando para não descaracterizarmos o conceito de redução de danos, levantemos a possibilidade de direcionarmos a aplicabilidade de seus princípios na relação operadores do direito-jurisdicionados da prática jurídica, ou na relação policial-detento da atividade de segurança pública, de forma a induzir maior tolerância e menor violência e abuso de poder.

Queremos dizer que, se esses trabalhos estão articulados com base numa ética da compreensão, da tolerância, do perdão, da não-vingança e da aposta de transformação

¹² Referimo-nos ao trabalhador da Redução de Danos, o agente de saúde conhecido oficialmente como “reduzidor de danos”, mas também outros **cuidadores**, como o terapeuta, o médico, o educador, enfim, todo aquele que se propõe a acolher o referido trabalho.

(Morin, 2002), então estamos reduzindo danos. Aliás, é essa a ética da redução de danos. Prefaciam Abrams e Lewis (1999) que

“... a redução de danos não é nova na medicina. Afinal, não está longe do conselho hipocrático aos jovens médicos de *primun non nocere* – em primeiro lugar, não cause danos” (p.XV).

As evidentes transições do mundo pós-moderno – na religião, na política, na educação, na economia, na saúde, nos diversos campos da ciência, enfim – nos levaram a importantes e profundas mudanças em nossa visão de mundo, e, por consequência, na maneira de nos relacionarmos com as coisas, os fenômenos, a natureza, os outros. Segundo Abreu (2005), muitos autores afirmam vivermos atualmente em um multiverso e não mais em um universo. Adentramos em um mundo de constituição pensada sob os alicerces da complexidade, da transitoriedade e da multidimensionalidade de fatores, características de caráter quase absoluto que passaram a revestir os significados de todo pensamento pós-moderno. Evidentemente, essa nova forma de existir, viver e relacionar, abordada no capítulo I, reflete nítida mudança de postura diante da complexidade do fenômeno do uso de drogas. Dimensionamos a maneira com que pensamos e atuamos diante da drogadição.

Longe de trazermos o conceito de Redução de Danos como um novo referencial, muito menos desconstruí-lo. Apresentamos uma maneira diferente de contribuir e falar sobre sua concepção¹³. Digamos uma *ampliação*, fruto inevitável desse período pós-moderno, de profunda complexidade e *transições paradigmáticas*. Um período que retrata grandes transformações, novos conhecimentos e interações com a realidade, com a cultura, com a globalização, com a violência, com a ecologia e o ecossistema, e, como

¹³ Uma maneira diferente de dizer e compartilhar a respeito de uma concepção que vem estando presente no discurso – seja pela via da literatura ou da prática diária – de pessoas notórias como Marlatt (1999).

não poderia ser diferente, com o consumo de drogas. Até para não impedir o fluxo da vida, considera-se que as novas demandas da modernidade, e toda crise social delas surgida, tenham forçado a mudança de paradigma não apenas na prática científica, como em vários outros espaços. E assim também cresce uma nova postura – ou epistemologia – diante do fenômeno da drogadição.

Uma maneira diferenciada de ser e estar *com* e *nessa* realidade, onde o conhecimento que dela possuímos e as experiências que com ela mantemos, nada mais são que a resultante de um processo de construção pessoal. Uma construção dirigida e, principalmente, originada em nós mesmos, trazida pela crise social atualmente vivida. Pensando de forma construtivista, se a compreensão que temos do mundo das drogas tem sempre origem em nossas vivências, então, quanto mais complexas e intensas forem nossas experiências com esse mundo, tanto mais complexas e intensas deverão ser nossas respostas a ele. Consideramos o uso de drogas um fenômeno situado no contexto do paradigma da complexidade. Em tal caso, a lógica desse paradigma está no sentido de um conhecimento mais verdadeiro e próximo da realidade, como também incita à procura de uma prática e de uma política mais complexas (Morin, 1982). Para tanto, sem dúvida, não podemos deixar sobreviver uma epistemologia simplificadora da realidade das pessoas que usam e traficam drogas. Muito menos sobreviver uma política que vise diabolizar o produto e o consumo.

Afirmamos a mudança de nossa percepção, atuação e relação com o consumo de drogas. Nessa situação, é justificável falarmos em mudança de paradigma. Se adotamos visões mais flexíveis e realistas no tocante a esse fenômeno, significa que abandonamos o olhar reducionista e assumimos sua diversidade, instabilidade, complexidade. Saímos daquilo que Vasconcelos (2006) concebe como paralisia de paradigma, uma visão unilateral e estática de mundo onde nos aprisionamos a ponto de acreditar que todas as

outras formas de pensar são totalmente inaceitáveis. Não ousamos afirmar ser uma mudança inteiramente compartilhada por toda ciência e sociedade. Morin (1991) enfatiza que a mudança de paradigma é tarefa difícil, lenta e dolorosa, pois implicam questionamentos, renúncias – de poder e de saber - e colapso de toda uma estrutura de idéias. De todo modo, qualquer mudança só pode mesmo ocorrer por meio de vivências, de experiências e de evidências, que nos coloquem frente a frente com os limites de nosso pensar. É nesse sentido que compreendemos o movimento de ampliação do conceito de redução de danos, como um novo paradigma. Não mais situada apenas como um conjunto de importantes medidas interventivas no uso e abuso de drogas, a concepção de redução de danos alargou seus horizontes para, quem sabe, um *pensar transdisciplinar*. Isso pela oposição a todo pensamento fechado, que se completa em si mesmo, como o *especialismo*, a compartimentação de saberes e não a sua interação. Oposição à exclusão, a não contextualização dos fenômenos e a tudo que persistir, tanto na linearidade de uma causa e efeito, quanto na negação da existência paradoxal do consumo de drogas e das respostas que dirigimos a ele.

De fato, todo aquele que assim percebe e atua, queremos crer, é por que mudou – e por que não dizermos, transformou - sua relação com o uso/abuso de drogas, ampliou o entendimento acerca das possibilidades integradoras oferecidas pela redução de danos, enquanto paradigma constituído na complexidade. Uma vez que concebemos *o espaço clínico* como um lugar construído para originar mudanças – ou, lugar originado na mudança – não poderia ser diferente sua implicação com o contexto apresentado.

1. Percorrendo a genealogia conceitual da Redução de Danos

Torna-se necessária uma breve retrospectiva histórica da redução de danos, enquanto movimento social, para conhecermos o lugar atual que ela ocupa na sociedade e nas atividades científicas. Trata-se, contudo, de uma rápida excursão, por não pretendermos traçar toda genealogia de acontecimentos que a constituíram¹⁴. Propomos um itinerário de recortes, visando um mínimo de entendimento para sua compreensão nos casos investigados. Acreditamos, pelo menos, apontar importantes aspectos que fazem sua natureza ser *polissêmica* (Fiore, 2009) e indeterminada. Caso terminemos num sistema conceitual *aberto* – mas não *incompleto* - trata-se não de erro ou falha de discurso ou embasamento teórico, muito menos de especulação, como aponta Demo (1999). Apenas não trazemos uma concepção pronta e acabada, por não a termos. Seria contraditório, uma vez que a criatividade histórica é sua teoria e sua prática e, sobretudo, por ter sido o conceito germinado na própria complexidade.

As controvérsias existentes são dirigidas, justificadamente, quanto à gênese filosófica de seus pressupostos. Além do já mencionado *primum non nocere*, Hipócrates, no século V a.C., fazia uma série de recomendações aos recém-chegados visitantes da cidade, consideradas por Abrams e Lewis (1999, p. xv), como verdadeira abordagem de redução de danos, “*a qual está sendo enfatizada na aurora do século XXI*”. Uma abordagem articulável a qualquer contexto de vida, inclusive o da drogadição. São muitos os exemplos cotidianos de redução de danos. Pensemos no caso da geração de mães zelosas que aconselham os filhos a ingestão de maior volume de água para diminuir o impacto do excesso de bebida alcoólica, por vezes em confraternizações familiares. Há a famosa situação apresentada por O’Hare (1994) que, ao assistir sua filha brincar no balanço, de forma perigosa, arriscada e nada convencional, preferiu não

¹⁴ Há uma riqueza de referências bibliográficas, conforme citada no final desta dissertação, para uma leitura mais detalhada.

interromper sua diversão nem proibir-lhe a brincadeira. No seu entender, a irmã o faria assim que lhe virasse as costas. Sabiamente, optou por ensiná-la maneira mais segura de exercitar-se no balanço. Reconheceu o valor prazeroso da atividade para ela, e tentou reduzir a possibilidade de riscos daí decorrentes e, com isso, prevenir possíveis danos. Podemos ir muito além se pensarmos nos tratados internacionais que visam a redução de gases poluentes, que também têm na sua origem a lógica da redução de danos. Todavia, o engodo se dá quando são aplicadas aos usuários de drogas, ficando os posicionamentos sempre vinculados a um modelo moralista.

Há importantes relatos e posicionamentos autorais que merecem ser registrados. Resgatá-los independe das discussões sobre as origens de um pensar filosófico que represente a redução de danos na história da humanidade.

O conceito de redução de danos começou a ser preconizado e aplicado por gestores públicos e movimentos sociais da Europa no início da década de 1980, frente o crescimento da epidemia do HIV, formalizado pelas trocas de seringas e tratamentos de substituição (Cruz, 2006; Fiore, 2009). Aos poucos foi reconhecido pelos seus princípios de respeito à pessoa do usuário e ao seu consumo.

Erwig (2003) relata ter origens num movimento organizado por usuários de drogas injetáveis, que reivindicavam um programa que lhes protegessem dos agravos decorrentes do consumo. Além da inserção e responsabilização individual, tal movimento visava também o uso de estratégias de controle. Medidas anteriores ao surgimento oficial dessas estratégias já eram favorecedoras para a criação de um novo paradigma em saúde pública. Um exemplo, o *Relatório Rolleston*, em 1926, na Inglaterra, estabeleceu o direito dos médicos de prescreverem opiáceos a dependentes dessas drogas, como manejo da síndrome de abstinência. O que acarretou no fortalecimento de intervenções redutoras de danos sociais e à saúde foi a grande

dificuldade do dependente em não conseguir manter sua vida normal e produtiva sem uma dose mínima de droga administrada regularmente.

O'Hare (1994) aponta ter sido em Liverpool, em 1985, a primeira experiência explícita de redução de danos conhecida como "O modelo redução de danos de Mersey". Sustentava a interação nas ruas com os usuários de drogas/álcool visando reduzir o dano causado e ao mesmo tempo mediar para conduzi-los à redução/cessação. As ações foram idealizadas por usuários participantes da Junkiebond de Amsterdam, um tipo de organização "sindical" de auto-ajuda com vistas de tornar o serviço acessível de utilização e adequados às necessidades de seus usuários. A colaboração policial no encaminhamento dos usuários detidos ao serviço muito fortaleceu as ações redutoras. A política da Clínica de Dependência de Drogas de Merseyside não limitava o tratamento ao vínculo com a instituição e equipe, mas disponibilizava materiais de higienização e organizava um serviço especializado a administrar drogas injetáveis.

Outras iniciativas foram desenvolvidas com o surgimento da AIDS, perto dos anos 80, com vistas à prevenção. Houve a implantação de programas de redução de danos (PRD) em países como a Bélgica, Austrália, Alemanha, Suíça, França e Canadá, algumas regulamentando o uso de drogas em coffee-shops, locais de uso, horários, tipos e quantidades de drogas permitidas, além da prescrição médica de metadona ou heroína, implantação de abrigos, centros de urgência, narcossalas, máquinas que fornecem seringas e auxílio na busca de emprego. Conte (2003) relata que pesquisas constataram, em vários países, a estabilização no número de dependentes, a diminuição da infecção pelo HIV e a diminuição da mortalidade entre os usuários na Europa, Reino Unido, Austrália e Brasil.

A perspectiva de redução de danos surgiu no Brasil por volta de 1989, na cidade de Santos. Foi incrementada no país, com o apoio do PNDST/AIDS/MS¹⁵, e o estabelecimento de parcerias com instituições governamentais e não governamentais. Registremos a definição conceitual de redução de danos, segundo o manual de redução de danos do Ministério da Saúde, como sendo “*um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as consequências adversas do uso de drogas, cujo princípio fundamental é o respeito à liberdade de escolha*” (BRASIL, 2001, p.11).

Assinala Conte (2004) que “... a abordagem de Saúde Pública voltada para os usuários de álcool e outras drogas parece acompanhar os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária, significando o reconhecimento de direitos e deveres dos “loucos” e, por consequência, dos “toxicômanos”. Nota-se maior visibilidade ao usuário enquanto sujeito de direitos. Colocam-se em debate aspectos fundamentais como: responsabilidade individual, responsabilidade penal, liberdade de escolha, descriminalização, diversidade de objetivos e modalidades de atendimento. Percebe-se a qualificação na interface da saúde e da lei com dispositivos sócio-culturais (esporte, lazer, cultura, trabalho) no compasso com os **princípios e as diretrizes do SUS**. A flexibilidade envolvida tanto na Reforma Psiquiátrica quanto na Reforma Sanitária é também estendida à Redução de Danos, dimensionando-se o significado de saúde para além da moral, dos preconceitos pessoais ou juízos de valor.

Podemos dizer que o eixo fundamental da abordagem da redução de danos se baseia no direito de acesso aos serviços garantidos por lei, como consta na Constituição do Brasil de 1988, em seu artigo 196, de que

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de

¹⁵ Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do Ministério da Saúde.

outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, Título VIII, Cap. II, Seção II, Art. 196).

Assegurar aos indivíduos usuários de drogas o direito à saúde e a outros direitos sociais nos remete aos princípios e diretrizes preconizados no Sistema Único de Saúde, de apoiar o acesso a outros direitos sociais. A política de redução de danos pode ser claramente reforçada por tais princípios, descritos na Lei 8.080 de setembro de 1990, quanto a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, enquanto um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; e a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos.

O Ministério da Saúde¹⁶ redefine e amplia a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003) no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e incorpora o conceito de forma ainda mais taxativa ao determinar “a adoção da lógica de redução de danos”.

No mesmo caminho, as orientações e diretrizes da Política Nacional Sobre Drogas apontam para a implantação de medidas de caráter emergencial e redefinidas de forma mais tolerante. Situa as estratégias de redução de danos, em suas orientações gerais, como medidas de intervenção preventiva, de promoção de saúde e de respeito à liberdade.

Depreende-se que a nova legislação sobre drogas, a Lei 11.373¹⁷, também tenta aproximar o uso de drogas como uma questão de saúde pública. Apesar de não

¹⁶ Portaria nº 2.197/04, artigos 3º, III e 4º, V.

¹⁷ Lei 11.373 de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad, e prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, entre outras medidas.

explicitar as ações diretas de redução de danos, a mesma propõe ações preventivas quanto ao *uso indevido*. O novo olhar jurídico contribui para reforçar a construção de propostas mais humanitárias de inclusão, uma vez que suspende a prisão do usuário de drogas.

De igual forma, segundo Sudbrack, Totugui e Sócrates (2007), o Ministério Público tem procurado, minimamente, a apreensão dos conceitos fundamentais dessa política, enquanto meio de diminuição do distanciamento entre o Estado e os usuários de drogas. Segundo as autoras, tem procurado o Ministério Público inserir-se no debate dessa categoria de interesse público e social, além de possibilitar que seus integrantes contribuam na reflexão de práticas que devem ser, senão estimuladas, minimamente discutidas.

Assim está definida no cenário brasileiro a política de redução de danos, estratégia de trabalho que problematiza os direitos humanos, contrapondo-se aos modelos jurídico-moral e médico-sanitário; que considera a impossibilidade da erradicação total das drogas na sociedade (Treaster, 1993); que focaliza os progressos gradativos feitos pelo usuário em direção ao não-uso do produto ou ao comportamento menos prejudicial (Gartner & Marlatt, 1999), e que admite, ao mesmo tempo, a possibilidade da presença de vários níveis de uso e promove ações para minimizar os riscos inerentes a ele (Bigg, 2001; Tatarski, 2002; Tsui, 2000; Marlatt, 1999).

Contextualiza Cruz (2006) que, no campo da prevenção, *“as estratégias de redução de danos significam a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso de drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o consumo dessas substâncias* (Cruz, 2006, p.15).

Comenta Ferreira (2003) que os princípios da redução de danos incluem a constatação de que o uso não-médico de drogas psicoativas é inevitável numa sociedade

cujo acesso a tais drogas é tão fácil. A hierarquização de seus objetivos diminui gradualmente os efeitos negativos do uso de drogas, dá preferência para serviços que não estigmatizem o usuário, mas, ao contrário, o ajudem a se integrar novamente à comunidade com mais facilidade.

O princípio fundamental do respeito pela autonomia do sujeito e a possibilidade de desenvolver um relacionamento de colaboração mútua com ele, incita-nos na direção da interdisciplinaridade e na construção de redes de apoio.

A complexidade do enfoque da redução de danos exige “... *ações transversais e multissetoriais que integrem, na promoção de saúde, enfoques e abordagens variadas, criem possibilidades de redução dos danos subjetivos e qualifiquem as condições para o exercício da cidadania*” (BRASIL, 2003, p.11).

Salienta Conte (2004) que “... *as ações de RD devem ter a flexibilidade necessária para que possam ser aceitos objetivos parciais, em que as alternativas não sejam impostas de “cima para baixo”, por leis ou decretos, mas desenvolvidas com a participação ativa da população beneficiária de intervenções horizontais, como propõem as diretrizes e princípios do SUS*”(Conte, 2004, p. 107).

É essencial o reconhecimento de que, mesmo para aqueles que desejam a abstinência total, esse objetivo é difícil de alcançar e de manter. Logo, o usuário é assistido conforme o uso apresentado, para que sejam minimizados os danos e agravos ligados ao uso e as conseqüências morais e sociais.

De todos os princípios, o mais citado e defendido diferencial da redução de danos é o *pragmatismo ou realismo* na abordagem ao problema do uso de drogas na contemporaneidade (O’Hare, 1994), que a situa como estratégia *que se baseia em fatos e não em crenças*, além de suas conseqüências positivas e negativas. Lembremo-nos, ainda, de Bucher (1995) ao orientar que, se não fosse possível evitar que as pessoas se

envolvessem com uso de drogas, para as que já tivessem se envolvido, ou até se tornado dependentes, era preciso oferecer melhores meios para que pudessem rever sua relação com a droga, orientar para um uso menos prejudicial, conforme o que fosse estabelecido a cada momento para cada usuário.

As considerações aqui aludidas sobre o conceito de Redução de Danos serviram para aumentarmos seu espectro, e podermos, hoje, observá-la sob focos distintos. Erwig (2003) conta que o Programa de Redução de Danos acabou se tornando no mundo inteiro uma estratégia de abordagens tanto sobre o enfoque *preventivo, educativo e terapêutico*. Se considerarmos os tradicionais eixos de prevenção - construídos com base nos diferentes tipos de envolvimento com as drogas – e sua articulação com a redução de danos, podemos levantar alguns pressupostos. Para tanto é preciso que consideremos a distinção entre *danos e riscos*.

O'Hare (1994) comenta que redução de risco e redução de danos são termos frequentemente usados como sinônimos. Todavia, o *risco* se relaciona à possibilidade de que um evento possa ocorrer. À idéia, acrescentamos que, o risco de ocorrer um dano legal, seja para o usuário seja para o dependente, deve ser trabalhado ou prevenido. Em tal caso, sugere-se aos mesmos o uso em espaços mais distantes de lugares públicos. Podemos ainda pensar que o risco de ocorrer um dano à saúde física, seja para o usuário seja para o dependente, deve ser trabalhado ou prevenido. Nessa situação, sugere-se aos mesmos o hábito de cuidar do controle de qualidade da droga. Medidas de redução de riscos no consumo de drogas são complementos indispensáveis tanto às estratégias de prevenção quanto às de tratamento. Acreditamos que *riscos* existam, em qualquer tipo de relação estabelecida com a droga e fora dela, e, portanto, *riscos* de vários níveis e natureza. É preciso que os trabalhemos, como importante aspecto em qualquer estratégia/programa de educação voltada para a saúde. Num trabalho de prevenção

primária, pensamos nas intervenções direcionadas àqueles que ainda não fizeram uso de algum tipo de droga. Pensamos não ser possível trabalhar o risco de alguém vir a fazer uso, pois não acreditamos na possibilidade de haver sociedade sem o uso de drogas. Colle (2001) fortalece essa idéia ao assinalar que a erradicação de comportamentos de risco é uma mentira escandalosa, pois é irrealizável. Diz o autor ser uma mentira política e um sonho totalitário o fato de prometermos uma sociedade que garanta a segurança absoluta em todos os domínios. Contudo, podemos sim, pela prática educacional, dialogar sobre riscos em geral, inclusive o risco dentro do uso de drogas, não visando a evitação do uso em si mesmo, mas os riscos que lhe estão associados.

Já o *dano*, segundo O'Hare (1994), deve ser visto como a ocorrência do próprio evento. Desse enfoque, evitar o dano seria uma atitude mais pragmática do que evitar o risco. Isso porque nem sempre numa situação onde há riscos, necessariamente ocorre um dano. Difícil é pensar no trabalho de *reduzir danos causados pelas drogas*, com pessoas que nunca fizeram uso. Podemos, no máximo, como já dito, trabalhar com elas os riscos inerentes à prática do uso de drogas sem os devidos cuidados. Assim sendo, a idéia que nos fica, é a de que o termo *riscos* esteja intimamente articulado ao trabalho maior e ininterrupto de *prevenção de danos* - ou *maiores danos* - em quaisquer níveis de consumo, inclusive fora dele. A ideia de trabalhar *redução de danos* não se limita apenas às pessoas dependentes de drogas, mas aos usuários de drogas em geral. Pela própria gênese do termo, há que falarmos de um mínimo de uso para pensarmos em reduzir danos advindos do mesmo.

Em razão da complexidade do conceito de Redução de Danos, o termo *danos* parece circular, atravessar e se fazer presente nos vários níveis de intervenção existente na questão do uso de drogas. Colle (2001) diz podermos pensar a Redução de Danos na prevenção primária, além da redução de riscos. Em tal caso, o autor aponta os danos

indiretos causados a crianças, sujeitos passivos de uma família de pais dependentes de álcool ou outras drogas. Sem dúvida, nesse contexto, concordamos com o desenvolvimento de ações redutoras de danos na cena drogadita. Afinal, redução de danos está voltada para a diminuição de prejuízos ao próprio usuário, mas também à sociedade. Trata-se a redução de danos de uma filosofia de ação educativa maior (Colle, 2001), que se faz presente e que circula todos os eixos com que trabalhamos a questão do uso de drogas. Diretamente, se pensarmos no desenvolvimento de ações e estratégias dirigidas, de forma pragmática, aos danos sociais e à saúde. Indiretamente, enquanto um sistema complexo, aberto e integrado, voltado para o processo de construção de possibilidades de vida a partir de ações que considerem os processos de subjetivação. Conte (2004) aponta que, quando a escola considera a existência de drogas na realidade, está reduzindo danos subjetivos. Quando a rede de saúde se pauta na redução de danos, ocorrerá maior acolhimento e estabelecimento de vínculo – pura qualidade de vida. E, quando a segurança aborda o usuário com ética, estará fazendo redução de danos subjetiva. Essa é a lógica da redução de danos, um paradigma de trabalho que relativiza as intervenções conforme a realidade, que se preocupa com a escuta das demandas, desejos e necessidades, que viabiliza e sistematiza um plano de trabalho singularizado.

Para encerrarmos esse capítulo, torna-se imprescindível a exposição de alguns aspectos que fazem da redução de danos, um tema polêmico, motivo de resistência e oposição, por parte de profissionais, instituições e de outros segmentos sociais.

2. As oposições à perspectiva da redução de danos

São várias as motivações que levam importantes segmentos da sociedade a resistir às evidências favoráveis apresentadas pelas estratégias de redução de danos. Cruz

(2006) ao abordá-las, levanta algumas hipóteses das quais nos ajudam a melhor compreender tais oposições.

As manifestações contrárias à perspectiva de redução de danos podem estar relacionadas, de acordo com Oliveira (2005, como citado por Cruz, 2006, p.20), a um equivocado entendimento de seu conceito e aplicabilidade. O equívoco inclui a compreensão de que suas estratégias sejam: a) contraditórias, além de dispensar as ações preventivas, não dirigindo as ações para a redução de oferta nem da demanda; b) interessantes a produtores e vendedores de drogas; c) produtoras de inércia em relação aos quadros de dependência; d) permissivas, e e) mensageiras de descrédito quanto à idéia de que seja possível interromper o uso de drogas (no âmbito individual) ou a de que os problemas relacionados ao uso possam ser minimizados (no âmbito coletivo).

Stimson e Fitch (2003, como citado por Cruz, 2006, p.20) mostram não haver contrariedade das estratégias de redução de danos com as de redução de oferta e da demanda. Exemplificam com o caso do uso da bebida alcoólica, com a medida de restrição dos locais de venda. No tocante à redução de oferta, com a medida de alerta para os riscos do consumo, durante a realização de atividades preventivas, além da medida de restrição de propaganda sem a proibição de seu consumo.

Karam (2003, como citado por Cruz, 2006, p. 21) aponta que o interesse aos produtores e vendedores de drogas é favorecido não pelas ações de redução de danos, e sim pelas tentativas de se resolver as questões do uso abusivo por meio de ações predominantemente repressivas, que acabam gerando o encarecimento dos produtos.

Cruz (2006) salienta que a idéia de que a redução de danos se coloca como inerte diante das pessoas dependentes não atende à realidade da atuação de profissionais redutores no campo das atividades de prevenção. Ao contrário, viabiliza o

estabelecimento de vínculos de confiança, muitas vezes seguido de pedido de ajuda e encaminhamento para tratamento.

É irreal, segundo o autor, a concepção de prática permissiva, pois a realidade de profissionais e instituições mostra que programas de prevenção e de assistência incluem a discussão em equipe e a explicitação de limites e critérios.

Por fim, destaca o autor que as ações de redução de danos se apóiam na compreensão de que mudanças nos padrões de uso são necessárias e possíveis. Tais mudanças podem significar a interrupção do uso para uns, e a diminuição dos problemas no âmbito social. De qualquer modo, o que não cabe nas referidas ações, são metas irrealistas e contraproducentes.

As estratégias de redução de danos têm sido criticadas como opositoras ao modelo da abstinência. Na verdade, o que acontece é viabilizar melhores opções para cada usuário, de maneira a evitar a imposição ou exigência de parar o uso de drogas a qualquer custo. Diz Cruz (2006) tratar-se de não se desprezar a importância da abstinência para algumas pessoas, mas de incluí-la como uma possibilidade a mais entre outras. Advoga o autor, reforçado pelo posicionamento de Oliveira (2005), que a exigência de abstinência imediata trata-se de uma dura proposta, para uma parcela do grupo de usuários, que busca o tratamento porque justamente não consegue interromper o uso da substância. Assim, ficam selecionados para tratamento apenas os que conseguem cumprir com tal exigência.

Importante destaque é dado por Cruz (2006) à idealização por parte de muitos que advogam pela causa da redução de danos. Trata-se da radicalização no debate que conduz à suposição de que todas as pessoas podem vir a fazer um uso moderado de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Aponta a realidade de que muitos dependentes de drogas precisam interromper de imediato e completamente o uso para que cessem os

agravos dele advindos e para que se beneficiem de algum tipo de tratamento. Para o autor, em outras palavras, *“da mesma forma que não se deve idealizar a necessidade de abstinência para todas as pessoas que usam drogas, não se pode também supor que todas vão poder controlar o uso”* (Cruz, 2006, p. 22).

Sugere o autor que *“as instituições e profissionais que trabalham na assistência e utilizam a lógica da redução de danos encontram o desafio de identificar os casos em que a necessidade de abstinência é premente”* (Cruz, 2006, p.22). E, para complementar, como abordaremos mais adiante, a coerência pode balizar as possibilidades e limites do manejo dessa prática, além da compreensão individualizada para cada caso. São necessários projetos terapêuticos individualizados, como fala Cruz (2006), que contemplem a diversidade dos casos.

Por ora, para finalizar, destaca o autor que *“Sem a ilusão de um consenso fácil, pode-se supor que a identificação de pontos de resistência e preocupações de defensores de parte a parte pode diminuir a incompreensão e viabilizar o diálogo construtivo. Entre as hipóteses aqui levantadas para as razões para a resistência, encontramos o efeito da mera reprodução acrítica de modelos, a compreensão insuficiente das propostas e as idealizações radicalizadoras”* (Cruz, 2006, p.22).

III – SOBRE A CONSTRUÇÃO DO MÉTODO

Considerando que o método tem a ver com a natureza do objeto estudado e que os fenômenos aqui apresentados constituem processos em mudança, optamos estudar a problematização proposta por uma modalidade metodológica qualitativa: o método de estudo de casos. Trata-se de uma exposição dinâmica sobre os pontos que constituíram a história do processo investigado, e não meramente uma descrição de suas aparências, que favoreceu o alcance das relações internas constitutivas e a intensidade do processo. A escolha por esse método deu-se pelo fato de possibilitar descrevermos e analisarmos o contexto, as relações e as percepções a respeito do fenômeno social da Redução de Danos no processo da psicoterapia. Uma opção útil pelo conhecimento gerado acerca dos eventos vivenciados, dos processos de mudança ocorridos e das bases teóricas que os nortearam. Mais adiante esboçaremos com maior riqueza importantes critérios que motivaram nossa escolha pelo método de estudo de casos. Por enquanto, importa situar que nossa escolha dependeu muito dos objetivos que inicialmente traçamos.

Nosso entendimento é de que o *design* deste estudo revela tratar-se de um estudo de casos múltiplos, cujo foco, segundo Yin (2003), está na variedade de estudos conduzidos simultaneamente. Incluímos nosso estudo de casos também na categoria de coletivo, por estender o estudo a outros casos conexos, com o objetivo de ampliar a compreensão ou a teorização sobre um conjunto ainda maior de casos. Sendo os critérios de seleção dos casos nada estatísticos, buscamos casos típicos em função das informações prévias que bem representavam nosso objeto de estudo.

1. A escolha pelo Método de Estudo de Casos

Descreveremos os critérios de base para a escolha do método de estudo de casos como procedimento metodológico de análise do nosso objeto de estudo.

Os objetivos desta investigação, as hipóteses formuladas e as questões a serem respondidas foram aspectos decisórios na escolha dessa estratégia metodológica, cujas razões lógicas poderemos compreender a seguir.

Acompanhamos o entendimento de Yin (2007) de que os critérios para a utilização do estudo de casos são muito mais epistemológicos que metodológicos. Isso por termos objetivado um estudo em profundidade de um tema tão particular - o processo psicoterápico para dependentes de drogas na perspectiva da redução de danos - , retratando a complexidade e intensidade de seu contexto e dinamismo o mais próximo possível da realidade dos acontecimentos. A tentativa de preservar e manter, o mais fiel possível, o movimento de construção e desconstrução ou de reconstrução das ideias e ações não poderia ser diferente. Essa importante característica do método de estudo de casos nos possibilitou esclarecer os motivos de um conjunto de decisões acerca da redução dos danos no uso não injetável de drogas, bem como os caminhos como foram implementados.

Caracterizou a referida escolha pelo estudo de casos o fato de o objeto desse estudo tratar-se de fenômeno social complexo e contemporâneo, inserido em contextos da vida real, com pouca abrangência de controle da pesquisadora sobre situações multidimensionais. O pouco controle está associado à existência das fontes de evidências, independente da intenção de estudo da pesquisadora.

Contribuiu de igual forma na delimitação de nossa preferência pelo método de estudo de casos, a ideia de Stake (1995) de ser o método do estudo da particularidade e da complexidade de um caso singular. Uma singularidade repleta de importantes

relações e variáveis, com ampla variedade de evidências documentada, dentro de um contexto delimitado no tempo e no espaço, podendo ser ela representativa daquilo que pretendeu nosso estudo.

A possibilidade, pela via do estudo de casos, de utilização de um esquema teórico mais aberto, sem a limitação do movimento das interpretações, mas, ao contrário, que favorecesse o surgimento de novas variáveis ou múltiplas dimensões ao nosso objeto de estudo, foi um forte argumento definidor para nossa escolha metodológica. Nesse sentido, a teoria sistêmica foi alteridade fundamental identificada para nos dar suporte e referencial no desenvolvimento das hipóteses em questão, promovendo abertura para combinar diálogos entre vários saberes a serviço da ciência. Assim, percorremos o discurso epistemológico da teoria da complexidade de Edgar Morin, o mote da interdisciplinaridade abordado por tantos autores e das mais diversas áreas, combinando, sem dúvida, o conhecimento e as vivências da pesquisadora às experiências de importantes clínicos e pesquisadores que tanto colaboram na construção de um pensar não envelhecido, meritocrático – ou gerontocrático – sobre o tema da redução de danos e o contexto do uso de drogas.

No andar da carruagem, podemos entender o que aqui dissertamos como tentativa de expandir nosso estudo a proposições teóricas. Mas por que não pensarmos numa tal generalização, seja para reforçar ou contrastar proposições existentes seja para contribuir com novas ideias?

Não se trata apenas de informar se a dimensão empírica que esta pesquisa clínica representa estará ou não confirmada. Temos sim a pretensão de trazer bases para uma reflexão e discussão em profundidade. Trabalhamos para dar maior consistência de pensar, e quem sabe continência de furores e dissabores, para uma temática que sofre

pela não generosidade de opiniões e pela ausência de respostas mais humanas e solidárias para os cidadãos que tanto sofrem sua dependência.

Viabilizados pelo método de estudo de casos, esperamos com esse percurso cruzado de pensamentos, posturas e posicionamentos, todos atravessados intencionalmente por diversas falas, poder ajudar quem por ventura se encontre permanecido seja na cegueira da desinformação ou do preconceito seja no vácuo da abstenção ou do não-envolvimento. Ajudá-lo a produzir algum ou um diferente sentido sobre o tema e tão logo implicar-se numa causa que, segundo Bucher (1995), não é de um nem de outro, mas de todos nós, de toda sociedade.

A comunicação de uma experiência, na qual situações de tratamento foram escolhidas pela pesquisadora para desenvolver seu estudo é um dos objetivos do método de estudo de casos, enquanto estratégia metodológica na pesquisa clínica, segundo Stake (2000). Seguindo esse pensar, a história clínica de cada um dos casos selecionados, a evolução das sessões e as informações delas obtidas nos serviram de base para análise. Além de referenciar nossas discussões sobre nossa proposta teórica ou a técnica clínica investigada e utilizada na condução da experiência de tratamento, nos auxiliou a contrastar e divergir de outras orientações teóricas preestabelecidas – a saber, as tradicionais propostas da abstinência de drogas e da internação enquanto espaço de institucionalização do sintoma uso de drogas, ambas ainda concebidas como prevalentes, mas que tanto colaboram para perpetuar a exclusão de cidadãos.

D'Allonnes (1989) refere que o estudo de casos e a comunicação de seus resultados cumprem, de acordo com a área e por meio de métodos de diversas naturezas, diferentes funções epistemológicas. Assim, em nosso estudo investigativo, do campo da Psicologia Clínica, nos distanciamos da avaliação e do diagnóstico característicos da Psiquiatria. Privilegiamos a evolução de uma história e de um processo, nos planos

clínico, relacional e psicossocial. Perseguindo o pensar do referido autor, nosso percurso metodológico nos remete a um modo tão particular quanto aquele encontrado por Freud, de traçar uma forma própria de documentar a evolução de um tratamento.

Neste estudo de casos ilustramos o processo e o contexto na vida real em que ocorreu. Exploramos um conjunto nada simples de situações e resultados, buscando explicar ou trazer à compreensão as supostas e complexas vinculações causais nas intervenções realizadas. Combinamos a isso, por meio de nossas explanações, as ações aos efeitos obtidos. Dessa forma, esperamos informar o aprendizado e o conhecimento – resultados – advindos do método. Diga-se de passagem, um conhecimento contextualizado e baseado em um grupo de referência que, a nosso ver, produzirá ressonância na experiência de cada um que se apropriar deste texto, permitindo-o generalizar.

Por fim, destacamos o pensar de Minayo (2007), renomada pesquisadora, que complementou os critérios de nossa escolha metodológica. Segundo ela, essa estratégia permite mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito das situações apresentadas, bem como esclarecer os fatores que interferiram em determinados processos. Evidenciamos ligações causais entre ideias, ações, intervenções e situações da vida real de cada sujeito, o contexto em que ocorreram, a direção do processo em curso ou movimento, as maneiras que pudemos interpretá-lo, além do sentido e da relevância de algumas importantes situações nos resultados de uma intervenção.

Desejamos ter possibilitado, a partir da metodologia de estudo de casos, a investigação de alguns dos aspectos ou dimensões que, com certeza, podem ter contribuído para o sucesso ou insucesso do fenômeno em estudo. Esperamos, uma vez termos selecionado nossa unidade de análise, tê-la compreendido em profundidade, sem

perdermos seu contexto, sua intensidade, suas inter-relações e sua dinâmica enquanto um processo, enfim, uma unidade em movimento.

2. A Unidade de Análise

A unidade de análise é componente fundamental a se definir no estudo de casos, segundo Yin (2005). De fundamental importância é a questão sobre qual será o foco de nossa análise. Nosso estudo focalizará o processo psicoterápico à luz da redução de danos, a partir de três casos clínicos. Para quem não se encontrar familiarizado com essa metodologia, pode parecer óbvio. Preferimos, no entanto, melhor explicitá-la, revisitando-a constantemente para não nos perdermos desse foco. Por vezes, envolvemo-nos de tal forma no estudo que podemos correr o risco de terminar por desvirtuá-lo. Ao estudar sobre o rigor na exposição dos estudos de caso, Bufoni (1987) fala da importância de sermos coerentes com nossa unidade de análise durante todo o estudo. O autor, nesse ponto, lembra, ao definirmos nossa unidade de análise, da necessidade de não nos desviarmos das clássicas perguntas de pesquisa em torno das quais se organiza um estudo de casos, a saber: desde a elaboração de nossos objetivos – **por que** estudamos o caso? –, os caminhos que seguimos – **como** se desenvolveu o estudo? – até às conclusões que chegamos – **o quê** pudemos aprender com este estudo de casos?

A ideia de unidade de análise está ligada a um tipo de metodologia que investigue os fenômenos através de uma unidade que retenha todas as propriedades essenciais do todo. Deve ser holística, uma vez que os elementos só têm significado na totalidade em que estão integrados. A unidade de análise define, assim, um campo teórico-metodológico de análise, que nos permite relacionar determinada realidade com

uma determinada elaboração teórica, se tornando nada mais que uma expressão conceitual de uma determinada realidade.

Nossa unidade de análise foi traçada a partir de características comuns constitutivas dos três casos que participaram do processo. Essas características estão relacionadas às condições de natureza física, psíquica, familiar e social dos usuários de drogas, sujeitos das intervenções aqui investigadas, ao grau de envolvimento na relação estabelecida com a substância psicoativa e às peculiaridades inerentes ao trabalho interventivo da equipe de profissionais envolvida. Consideramos, além dessas, importantes aspectos de natureza metodológica, que garantiram melhor procedimento de sistematização de nosso estudo de casos.

Ao nos reportar aos preceitos de D'Allones (1989) e Minayo (2007) acerca do processo de construção do método, nossa escolha dos casos está intimamente ligada às características por eles apresentadas, detentoras de qualidades essenciais e representativas daquilo que pretendemos em nossa investigação.

Uma vez que, numa pesquisa, não podemos tudo entrever, nosso olhar de pesquisador selecionou aspectos-chave que trouxeram algumas dimensões possíveis de desenvolver e analisar com maior profundidade em nosso percurso investigativo. Foi assim que, dentro de nosso critério limitativo, buscamos a uniformidade de elementos. Entendemos a referida uniformidade como sendo os aspectos que constituíram nossa unidade de análise, alguns dos quais tomaram a forma de três complexas dimensões, que serão abordadas no cap.V, compreendidas como inerentes às intervenções psicoterápicas propostas ao contexto drogadito à luz da redução de danos.

Aspectos constitutivos de nossa unidade de análise, que contribuíram na construção das três dimensões a serem estudadas, tomados como critérios de inclusão e seleção dos casos:

- i. Construção do processo psicoterápico **dentro** do contexto da continuidade do uso de drogas durante as intervenções;
- ii. Universo da redução de danos circunscrito ao uso não injetável de drogas lícitas ou ilícitas;
- iii. Grau de dependência na relação com a substância psicoativa, com graves complicações físicas e psíquicas, expressivos danos na vida familiar, social e profissional;
- iv. Exposição a variadas situações de risco físico, psíquico, social e legal;
- v. Pedido de ajuda quanto à diminuição do uso da substância psicoativa, motivado pelo desejo dos sujeitos de não-interrupção do uso ou por dificuldade(s) de manter-se no estado de abstinência;
- vi. Demanda em caráter emergencial de algum tipo de melhoria da qualidade de vida;
- vii. Presença da família, do trabalho e do esporte como redes de apoio, embora a primeira se apresente como rede primária frequentemente interrompida;
- viii. Demanda implícita ou explícita de construção ou de fortalecimento das redes de apoio, importante fonte de continência e consistência para o processo psicoterápico;
- ix. Presença nos usuários sujeitos das intervenções, de algum tipo de co-morbidade associada ao contexto do uso de drogas;
- x. Intervenção psicofarmacológica, com acompanhamento psiquiátrico ambulatorial, em relação à dependência e à co-morbidade em questão;
- xi. A interdisciplinaridade, com implicações subjetivas e coletivas da equipe, no contexto das intervenções, institucionais ou autônomas, públicas ou privadas¹⁸;
- xii. Período de duração mínimo de 10 meses de acompanhamento psicoterápico em todos os casos;
- xiii. Procedimento metodológico de coleta e de análise das informações realizado a partir dos registros dos casos realizados pela

¹⁸ Conforme veremos, as intervenções do processo psicoterápico ocorreram no já mencionado ambulatório do SEAD/HUB/UnB e no espaço de consultório particular.

psicoterapeuta responsável, na forma de narrativa das sessões, na época das intervenções aqui em estudo;

- xiv. Procedimento de análise realizado a partir da contextualização cronológica do processo psicoterápico.

Acreditamos ser necessário o esclarecimento sobre a inexistência de dificuldades para avaliarmos o real comprometimento na relação com as drogas por parte dos usuários de drogas, sujeitos das intervenções que investigamos. Os critérios adotados na escolha dos casos advêm de uma realidade muito conhecida e aqui descrita com muita clareza, o que nos isenta de qualquer indagação sobre possível equívoco na construção de nossa unidade de análise e do intuito de rotulação diagnóstica de nossa parte.

A participação da família foi um dos critérios de inclusão dos casos na definição de nossa unidade de análise, ainda que pela recusa (Minayo, 2007). Isso porque, seja na presença seja na ausência, podemos colocar em discussão a importância de tais atores nas intervenções com base nos princípios da Redução de Danos.

O projeto de pesquisa que iniciou este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, tendo parecer favorável (nº 070/08). Sendo os usuários, sujeitos dos casos, adultos, a pesquisadora limitou-se a sua concordância para participar do estudo e não da família, apesar de algumas terem desejado manifestar-se a favor. Foi solicitada assinatura do termo de consentimento livre esclarecido, embora dois deles não terem concordado de o mesmo conter seu registro de identificação. Para melhor uniformizar nossos procedimentos e reforçar a garantia do anonimato, por questões éticas, os nomes dos colaboradores foram alterados e os dados referentes ao registro de identificação foram omitidos nos casos aqui apresentados.

3. O contexto metodológico

3.1. Os sujeitos

Tanto o contexto metodológico quanto o referencial teórico foram definidos em 2008, na elaboração do projeto de pesquisa, um (01) ano depois de encerradas as intervenções psicoterápicas dos três casos. O fechamento das intervenções se deu no período de 2007.

Os **sujeitos** dos casos estudados referem-se a 03 pessoas dependentes de drogas lícitas e/ou ilícitas, tratados em psicoterapia e em regime ambulatorial:

O primeiro caso trata-se de um homem de 23 anos, idade com que iniciou as intervenções aqui em estudo. Solteiro, de classe média, com ensino médio concluído, residia apenas com a mãe e o contato com o pai se dava apenas pela internet. Fazia uso abusivo diário de maconha, com períodos críticos de abuso de cocaína, na forma aspirada. Não desejava interromper o uso de drogas. Presença de transtorno bipolar, com predominância de episódios de mania com sintomas psicóticos. As intervenções estudadas se deram em regime ambulatorial, e em consultório particular.

O segundo caso refere-se a uma mulher de 29 anos, idade com que iniciou as intervenções aqui em estudo. Separada judicialmente, de classe média, com ensino médio concluído, residia sozinha, mas tinha contato diário com os pais, irmãs e uma das duas filhas. Fazia uso abusivo e diário de cocaína de forma aspirada, bebida alcoólica, com períodos imprecisos de uso de maconha. Manifestava desejo de interromper o uso, mas não conseguia. Presença de transtorno depressivo grave e recorrente, sem sintomas psicóticos. As intervenções estudadas se deram em regime ambulatorial, em um serviço público de saúde.

O terceiro caso relata a história de um homem de 30 anos, idade com que iniciou as intervenções objeto desse estudo. Solteiro, servidor público, de classe média, com

ensino médio concluído, residia sozinho, com poucos e complicados contatos com os irmãos. Fazia uso abusivo e diário de merla. Manifestava desejo de interromper o uso, mas não conseguia. Presença de transtorno bipolar, com predominância de episódios de mania, sem sintomas psicóticos. As intervenções estudadas se deram em regime ambulatorial, em consultório particular.

3.2. O procedimento de coleta de dados

O **procedimento** de coleta de dados teve início no ano de 2008, um (01) ano depois de encerradas as intervenções nos três casos em questão. Nesse momento já havia sido aprovado o projeto de pesquisa no Comitê de Ética e, portanto, definida sua metodologia.

O **instrumento** de coleta de dados foi uma **pesquisa documental**. Ao expor sua visão acerca do conceito de documento, Phillips (1974) considera como “*quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano*”.

Trata-se a pesquisa documental de um método de obtenção de informação, a partir de registros de dados que não receberam tratamento analítico (Helder, 2006). Sendo a base de dados de natureza primária e originária, requer uma análise mais cuidadosa. Trata-se de uma base a partir da qual se tem uma relação direta com os fatos a serem analisados, ou seja, é o pesquisador que analisa (Oliveira, 2007).

Segundo Cellard (2008), o documento escrito constitui fonte extremamente preciosa, por permanecer, muito frequentemente, como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente. Além disso, destaca o autor que o uso de documentos em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à

compreensão social, favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, conceitos, conhecimentos, comportamentos e práticas.

As **bases de dados** foram os registros das sessões de atendimento psicoterápico. Estavam registradas sob a forma de narrativa, datadas numa cronologia que acompanhava o andamento do processo psicoterápico, bem como registradas pela própria psicoterapeuta, que descrevia as intervenções do trabalho psicoterápico, do acompanhamento psiquiátrico e outras ações que fizeram parte do tratamento.

As **fontes** foram os prontuários do ambulatório de um serviço especializado no tratamento de usuários de álcool e outras drogas, o SEAD, do Hospital Universitário de Brasília, além dos arquivos pessoais do consultório particular da psicoterapeuta responsável pelos casos.

A pesquisa documental busca identificar informações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse, conforme acentuam Lüdke e Andre (1986). Assim, em observância aos objetivos da pesquisa, os registros dos dados foram lidos e re-lidos, “garimpados” segundo Pimentel (2001), até que pudessem ser coletadas as informações e separadas em uma ficha. Nessa constava o nome do sujeito, início do tratamento, sexo, idade, estado civil, escolaridade e ocupação, contexto do uso de drogas, além das intervenções realizadas durante o processo psicoterápico.

A descrição de todo o material coletado para este trabalho foi feita de forma a facilitar o melhor entendimento de como se deu o processo construído por seus atores e a incentivar o resgate das relações entre os envolvidos e os aspectos contextuais. Os critérios de inclusão para cada caso se constituíram importantes aspectos para a definição de nossa unidade de análise.

Em se tratando de ser a psicoterapeuta e a pesquisadora a mesma pessoa, embora ocupando lugares e funções distintas, é relevante apontar, durante o procedimento de

coleta e análise, o resgate de reminiscências contextuais acerca dos casos. Ou, por que não dizermos, um percurso de *revivescência* da pesquisadora ao encontrar-se com registros já conhecidos e arquivados, realizados em período anterior ao presente estudo - no exercício de sua prática clínica. Nesse caso, as informações foram sendo acrescentadas durante o procedimento de leitura e re-leitura dos registros das sessões.

Acreditamos que tal fato não invalide nossos procedimentos metodológicos de coleta e de análise, por neles descaracterizar qualquer inclusão de novos acontecimentos ou mudança nas informações constantes dos registros da época. Tratam-se não de acréscimos de teor interpretativo, mas de maiores detalhamentos que contribuem para a apreensão mais próxima possível do processo psicoterápico em questão. Afinal, a palavra falada no cotidiano de nossa prática clínica muitas vezes se esquia de nossa escrita. É um longo caminho a atravessar, da voz à letra. E esta dissertação é justamente parte da história da travessia desse caminho. Se a ciência nos pede para torná-lo o mais viável e real possível, não podemos nos refutar o direito de fazê-lo.

Desta forma, ao falarmos de reminiscências contextuais, referimo-nos à tentativa de enriquecer, com subsídios reais, alguns dados narrados pela psicoterapeuta, muitas vezes cunhados por um excesso de síntese ou brevidade, o que poderia dificultar a compreensão no tocante à intensidade de um fenômeno tão complexo como é o nosso objeto de estudo, além dos momentos gradativos de seu processo. A legitimidade do termo *revivescência* está associada ao que Demo (2001) nos faz pensar acerca da intensidade dos fenômenos complexos, e sua forma ordenada e desordenada de existir.

Em razão da complexidade contextual presente na realidade dos sujeitos que tornaram possíveis as intervenções aqui em estudo, somada às especificidades do próprio processo psicoterápico, nossa proposta é a de que, aquele a quem possa interessar esta leitura, dela se aproxime ao máximo e da forma mais realista possível.

Conforme Penso (2003) nos fala que *assumimos a postura de que todo conhecimento é sempre parcial e incompleto e que a história narrada trata-se apenas de um inexpressivo reflexo daquela que foi vivida*. E, ainda segundo a autora, “... *ao relatar nossa experiência, sempre haverá a sensação de que **não foi só isto que aconteceu** e de que a linguagem é insuficiente para descrever as nossas vivências*” (Penso, 2003, p.66).

Penso (2003), ao comentar sobre a construção de um método de aproximação da realidade, diz que “*esse método precisa nos reconhecer enquanto sujeitos emocionais que interpretam uma realidade complexa e multifacetada. Assim, nos tornaremos co-partícipes do processo*” (Penso, 2003, p.66).

Moreira (2002) propõe que o pesquisador, de forma cuidadosa, deve tentar sentir dentro de si mesmo a experiência do sujeito da pesquisa. De igual forma, na defesa do que levantamos como reminiscências contextuais, dentro da perspectiva da complexidade, há uma íntima relação entre o pesquisador e seu objeto de estudo. Convoquemos ainda o entendimento de Morin (2001), segundo o qual, a tarefa do pesquisador deve ir além da busca da compreensão dos fenômenos e alcançar a observação sobre si mesmo enquanto os compreende, constituindo-se esta, elemento de fundamental importância na interpretação dos dados da pesquisa qualitativa, e em particular neste estudo.

Segundo Neubern (1999), ao descrevermos a história daquilo que vivemos, é inevitável a seleção, para nós mesmos e para os outros, de aspectos mais relevantes. Para o autor, é apenas uma tentativa de tornar linear, no tempo, uma realidade complexa e nada linear.

4. A análise das evidências

Nossas proposições se relacionam à crença de que a redução de danos à luz do processo psicoterápico possibilita a diminuição dos agravos e prejuízos causados pelo uso abusivo de drogas, propicia maior dimensionamento na qualidade de vida e na reinserção social do usuário na sociedade, bem como o resgate das relações familiares tão transtornadas pelo contexto de uso dos psicoativos.

Partindo dessas proposições, a fim de melhor sistematização e avaliação, num primeiro momento, realizamos uma descrição estrutural de cada caso clínico, segundo um **roteiro de análise** traçado pela pesquisadora. Considerado como nosso diário de campo, o roteiro objetivou dar uma primeira organização das informações. O mesmo compunha uma descrição da história individual, familiar e social dos casos, bem como de uma contextualização do consumo de drogas de cada sujeito, desde sua primeira experiência até o momento das intervenções.

A seguir, para abordar e discutir as especificidades do processo psicoterápico e as peculiaridades das intervenções voltadas para a questão da redução de danos foi realizada uma análise em profundidade desses contextos clínicos. Tal procedimento nos permitiu o levantamento de importantes aspectos comuns aos três casos, concebidos como dimensões acerca do nosso objeto de estudo. Posteriormente, realizamos uma análise dessas três dimensões que atravessaram nosso contexto investigativo em estudo, conforme nos sugere Stake (2000): a dimensão do processo psicoterápico no contexto da continuidade do uso de drogas; a dimensão da interdisciplinaridade; e a dimensão das redes de apoio.

A compreensão dos aspectos psicodinâmicos, trazidos em cada caso de forma implícita ou explícita, não foi objeto deste estudo. Sua inscrição e abordagem, quando feitas, acontecem com vistas ao melhor entendimento das intervenções, e assim nos

limitamos. Buscamos focar o relato das informações e sua discussão em torno da forma com que ocorreu o manejo do processo de redução de danos. Nesse sentido, podemos compreender o fato de este estudo não narrar os sucessos das intervenções, mas, principalmente, suas possibilidades.

IV - A REDUÇÃO DE DANOS NO CONTEXTO DA PSICOTERAPIA PARA DEPENDENTES DE DROGAS - ESTUDO DE CASOS

“De perto, talvez ninguém seja normal; por outro lado, de perto, de muito perto, talvez o diabo não seja tão feio quanto se pinta. O difícil é olhar de perto; afinal a exclusão esconde o insuportável”. Tarcísio Matos de Andrade (1994).

1. O Caso Alberto: A redução de danos e a fusão mãe-filho

1.1 Histórico familiar

Alberto tinha 23 anos quando foi encaminhado à psicoterapeuta. Educado, sempre muito gentil, tinha uma grande característica: não mentia, ainda que sofresse consequências por dizer a verdade.

Filho único de mãe solteira nasceu com o conhecimento do pai, levando inclusive seu sobrenome. O pai já era casado e com família constituída, com quem vive ainda hoje, fora de Brasília.

Solteira até os dias atuais, sua mãe aposentou-se da instituição da qual sempre trabalhou. Tinha um namorado fixo que conhecia Alberto de longe, já que não freqüentava sua casa. Sua mãe nunca deu abertura para falar a esse respeito, e nem a psicoterapeuta entrou em detalhes.

A família materna sempre esteve muito presente na vida de Alberto, que desenvolveu grande afinidade com um de seus tios, também padrinho. Tinha muito bom e contínuo contato com avós, tios e primos maternos. O pai de Alberto de vez em quando o visitava durante sua infância, mas não permanecia por muito tempo. Os contatos foram esporádicos, e atualmente pela via da internet. Há um irmão e uma irmã mais velhos, que nunca tiveram o interesse de conhecê-lo.

Sua infância foi aparentemente sem problemas, com muitas comemorações, festas e amizades. As infinidades de fotografias revelaram à psicoterapeuta uma grande e festiva convivência familiar, sempre posando sorridente ou fazendo peraltices.

Não havia episódios de isolamento quando garoto e, apesar de não ser chegado a estudos, sempre tirava boas notas. Somente aos 15 anos, após ir perdendo interesse pelos estudos, reprovou de ano e sua mãe o transferiu para um colégio da rede pública. Lá, seu investimento escolar e desempenho decaíram ainda mais, deparando-se com sucessivas reprovações, embora tenha concluído o ensino médio. Sua mãe diz que, na verdade, ela concluiu o ensino médio por ele, uma vez que adentrou inúmeras madrugadas fazendo deveres e trabalhos escolares, para que Alberto obtivesse aprovação. Não mais retornou aos estudos, nunca trabalhou, e sua vida social ficou restrita ao contato com um grupo de usuários de drogas, a princípio de seu colégio, depois da quadra onde residia.

Para finalizar, importa relatar um importante aspecto da relação com sua mãe. Alberto sempre se mostrou meigo e compreensivo até essa idade, quando passou a não suportar ser contrariado em suas vontades. De início essa mudança estava atrelada ao uso de drogas, mas depois, a intolerância tornou-se generalizada. Gritava muito e a agredia verbalmente, fazia chantagens e criava indícios de que iria adoecer ou ir embora caso não fosse atendido. E isso já aos 23 anos de idade, com 2 metros de altura. Já tarde da noite decidia procurar garotas de programa, avisava a mãe, que lhe dava dinheiro e o esperava retornar. Consta nos registros que, certa vez, internado e sobre forte efeito medicamentoso, Alberto pediu à psicoterapeuta para que não o deixasse e o ensinasse a ser homem.

Alberto tinha o privilégio de ter um quarto muito sofisticado, um luxo, um estúdio áudio-visual completo com equipamentos de última geração, inclusive com

vários e modernos instrumentos musicais que, aliás, atraíam seus colegas. Seu computador sempre era de última geração, como também seus jogos de internet.

O sonho da mãe era de que Alberto concluísse uma graduação, pensando em seu futuro. Apesar de ter excelente imóvel como moradia e outros que lhe geravam boa renda, preocupava-se com o futuro do filho. Tentou duas faculdades, iniciou os cursos, mas desistiu. Sempre encontrava um argumento. A mãe acatava como se fizesse parte de uma incapacidade intelectual.

1.2. Contextualização do Uso de Drogas

Aos 15 anos, transferido para o colégio já mencionado, experimentou pela primeira vez a maconha, passando a andar somente com grupos de usuários, primeiro da escola, depois de sua quadra. Na verdade, suas atividades de lazer com os mesmos eram se encontrar para compartilhar a erva.

Sem estudar, trabalhar, e cada vez mais isolado, passou a usar cloridrato de cocaína por aspiração intranasal, entrando num movimento de gastos excessivos, perda de dinheiro e pertences, bem como venda de objetos seus e de sua casa, sempre para a compra da substância.

Aos 17 anos de idade ocorre sua primeira internação, durante 45 dias. Segundo informações da mãe, Alberto entrou num surto psicótico provocado pelo uso abusivo de cocaína. Parece que praticamente destruiu paredes de seu quarto, tão violento ficou. A segunda internação, aos 23 anos por 60 dias, e a terceira, aos 24 anos com a duração de 20 dias, foram acompanhadas pela psicoterapeuta, a pedido da Psiquiatria, e depois em ambulatório. Segundo registra a mesma, Alberto foi encaminhado para atendimento psicoterápico com diagnóstico de transtorno de humor do tipo mania agravado pelo uso diário e ininterrupto de cocaína. Apresentava quadro psicótico com hetero-

agressividade. Os dados referentes ao consumo dessa substância apontam uso abusivo, sem controle e com graves consequências psíquicas, embora não houvesse um padrão de uso significativo ou exato. Ou seja, uma vez ao ano, em situações de falta de oferta no mercado da maconha, ou quando houvesse oportunidade com os amigos.

A maconha ficava em segundo plano quando se embalava no uso de cocaína, embora passada a crise, voltasse a ser o centro de sua vida. Ele não considerava o uso de maconha como problemático. Dizia ter um “padrão inexpressivo” de consumo: de 10 a 12 cigarros diários. Às vezes chegava consumir 15 “fininhos” se a maconha não fosse de boa qualidade, relatando perder a noção do quanto havia queimado. A mãe sabia que ele usava o dia inteiro, o financiava, mas não sabia o que fazer. Ambos, mãe e filho relataram não saber o que representava essa quantidade.

Como sempre tinha disponível para seu consumo, os amigos iam a sua casa e usavam livremente em seu quarto. Acabava sendo o fornecedor para os mesmos. Aproveitavam e se fartavam de um luxuoso estúdio de música.

De alta clínica de sua segunda internação, Alberto solicitou a continuidade de um tratamento ambulatorial com a própria psicoterapeuta. Além disso, foi obrigado pela Justiça a cumprir medida sócio-educativa por 06 meses em Instituição para pessoas portadoras de síndrome de down, como medida punitiva pela conduta de dirigir sob efeito de substância psicoativa, além de ter quase atropelado pessoas. Alberto cumpriu todo o período sem reclamar.

Passemos então, ao movimento de construção das intervenções que delinearão o que, posteriormente, a pesquisadora vem aqui definir como a temática deste estudo: intervenções clínica e psicossocial do processo psicoterápico na perspectiva da redução de danos.

1.3 A redução de danos no contexto da psicoterapia

O acompanhamento psicoterápico que permitiu a construção das intervenções aqui objeto de reflexão, se deu no período de Fevereiro de 2005 a Maio de 2006.

Para melhor ser compreendida a passagem internação-ambulatório é preciso que se contextualizem alguns importantes posicionamentos, concebidos como “motor de arranque” para o delineamento das intervenções.

Começemos, é claro, por Alberto. Afinal, o que poderia ser feito com aquele suposto felizardo, que não queria mais nada que estivesse fora de casa, a não ser compras e gastos que incrementassem seu quarto, que não precisava trabalhar ou estudar, muito menos correr atrás da droga e de seu financiamento, que tinha a garantia de ter amigos às suas voltas, um quarto equipado e luxuoso, carro do ano, além de uma mãe só para ele. E como se não bastasse, saía de uma internação – de 60 dias, tamanho desequilíbrio mental atingido – devido ao consumo exagerado de cocaína, e afirmava não renunciar ao mesmo. Óbvio era que a tentativa de conscientizá-lo só serviria para trincar o vínculo ali já construído com a psicoterapeuta, afastando-o da possibilidade de futuras intervenções.

Ao falar de sua relação com a droga, expressava estado de felicidade e, ao mesmo tempo, deixava escapar um discurso de apatia e dificuldade de concentração. Ingênuo, acabava ele mesmo relacionando o fato com o uso da maconha, o que serviu de abertura para o trabalho de conscientização sobre a necessidade de mudanças no contexto do uso de droga.

Contudo, diante desse contexto, Alberto deixava claro sua opção por se drogar assim que retornasse a sua casa, mesmo se encontrando lúcido, centrado e com a crítica preservada. Dizia saber da ilegalidade e dos prejuízos advindos da droga. No entanto, e por alguma razão, usar maconha fazia parte de seu cotidiano e não se dispunha a pagar o preço de arrancar essa parte importante de sua vida. Havia desinteresse em questionar

ou compreender as razões de seu uso. Não alcançava uma posição mais madura, no tocante ao tipo de uso que fazia da droga. Segundo relata a psicoterapeuta, não apresentava elementos ou recursos indispensáveis que levam uma pessoa a algum tipo de trabalho mais elaborativo, tão essencial para uma atividade terapêutica.

Alberto só não queria continuar uma guerrilha com a mãe e o resto do mundo devido ao seu consumo. A necessidade de evitar outro surto e outra internação, além da interpelação das profissionais quanto à concretude sintomatológica de apatia, desconcentração e perda da memória contribuíram para que Alberto acatasse a realidade de que, de alguma forma, precisava de ajuda. No entanto, o divisor de águas para a adesão ao tratamento nos parece indubitavelmente ter sido o fato de não ser atormentado com a decisão de ter que parar de usar drogas.

Nesse momento, a psicoterapeuta relata não ter pensado no trabalho de suspensão do uso, mas na sua moderação. O que estava para ser proposto era uma ajuda dentro do contexto da continuidade do uso da droga, no sentido de ajudá-lo a alcançar um padrão de consumo menos arriscado, mais seguro em termos de consequências diversas – físicas, psíquicas, sociais, legais – em suma, que o aproximasse de alguma qualidade de vida.

Diante dos riscos de retorno ao uso da cocaína, bem como do inevitável consumo exagerado da maconha paralelo às medicações associadas ao tratamento do transtorno afetivo, além de toda demanda de intervenções conjuntas que o caso indicava exigir, justificou-se um trabalho continuamente interativo entre a psicoterapeuta e a psiquiatra.

Havia um referencial de apoio e de confiança entre Alberto e as profissionais no momento da referida passagem para o ambulatório. A solidariedade de ambas diante de tamanha desorientação mental e intenso sofrimento psíquico dificilmente contornado

pela medicação, durante a internação, fortaleceu essa relação, associado, sem dúvida, à posição das mesmas de não contestarem sua decisão.

Importa clarificarmos, como parêntese, que tal posição não significa estímulo ou conivência com a escolha de Alberto, e sim respeito ao seu direito de decidir sobre sua vida. Não adianta travarmos um confronto na tentativa de transpormos algo que, em determinado momento, se apresenta como intransponível. Em outras palavras, para que perdermos tempo na conduta de darmos “murros em ponto de faca”, quando a direção “da cura” – e aqui no sentido de transformação, de possibilidades – se apresenta em outro registro ou caminho?

No pensar das mesmas, para um bom prognóstico psíquico e social, as primeiras providências seriam tratar do acentuado abuso de drogas, sem exigir de Alberto posturas pouco acessíveis a ele. Exigências que, além de deixar claro o seu não-comprometimento – por exemplo, o estado de abstinência – havia uma real impossibilidade de realização: a dimensão de esvaziamento ou empobrecimento do contexto individual e social.

Despachar Alberto e sua mãe, para que sozinhos procurassem uma saída, só por não aceitarem as profissionais sua recusa em deixar o contexto psicoativo esteve fora de cogitação. Já é tempo de se por fim a tendências à dominação e controle que, muitas vezes, mais perturbam que contribuem para a clínica da drogadição. Por isso, longe de um segmento “psi” moralista, facilitador de tiranias de pensar e embaraços no agir, abraçar a possibilidade de um trabalho no contexto do uso contínuo de drogas legitima a experiência de cuidar para uma direção mais cabível, e até mesmo sensata se pensarmos em termos de adesão ao tratamento. Afinal, conjecturemos que, se não o fizessem, qual a garantia de Alberto não se esbarrar em internações compulsivamente sub-reptícias e,

sabe-se lá, com menos sorte, atingiria um número acima das 47 interações “conquistadas” por Rafael, caso que deu abertura a essa dissertação?

Por mais paradoxal que possa parecer, o bom senso está associado àquilo que Alberto queria e poderia se comprometer e alcançar - e principalmente em curto prazo – bem como associado à emergência de se levantar um pouco de ordem na desordem e de encontrar um fio condutor que permitisse desenhar futuras ações terapêuticas.

Nada mais sábio e oportuno convocarmos a fala de Erwig e Bastos (2000), de que

Mediante o estabelecimento de vínculos pessoais ou institucionais, é possível constituir uma base sólida para o eventual ingresso dos usuários de drogas em um processo terapêutico futuro. Estes vínculos, criados a partir de confiança mútua, são fundamentais para que qualquer trabalho possa ser desenvolvido junto a essa população, possibilitando uma boa adesão às estratégias propostas, desde que estas se mostrem de fato plurais e tolerantes (Erwig & Bastos, 2000, p.248).

No tocante a usuários não institucionalizados ou demandantes de alternativas de auxílio ou terapia, com elevado grau de abuso e danos, Bastos (1996) nos aponta o sucesso comprovado de terapias orientadas para a imediata abstinência em determinados grupos que com tal modelo se identificam. Mas, ao mesmo tempo, há os que apresentam motivações e demandas muito opostas e diversas. Daí justificar a existência de uma política de drogas que ofereça alternativas diferenciadas a todos os segmentos de usuários de drogas, inclusive fora do contexto do não-uso.

Assim, trabalhar com a redução do uso de maconha parece ter sido o caminho mais promissor, dada a possibilidade de abertura e reversibilidade de aspectos – por exemplo, mudanças de comportamento de risco e favorecimento do retorno ao diálogo familiar - que afetavam, sobremaneira, sua dimensão individual, familiar e social.

Foi considerado e abordado pelas profissionais o aspecto factual de que Alberto não se sustentava por muito tempo no uso de cocaína, estabelecendo-se com rapidez um quadro de mania, com grandes e constatáveis riscos e prejuízos em sua saúde física e mental, e em sua vida social, inclusive legal. Assim nos parece ter sido mais apropriado o caminho escolhido pelas profissionais, de direcionar a atenção para o exercício de uma escolha menos nefasta – no caso, para o uso da maconha. Parece-nos que a lógica foi a de trocar a cocaína pela maconha, uma vez que o uso da primeira apresentava-se mais arriscado, menos seguro e mais perigoso do ponto de vista individual, social e familiar. Com o tempo, durante o processo psicoterápico, seria possível então ajudar Alberto na conscientização e responsabilização quanto a relação com a maconha, além da conquista por maior autonomia em sua vida.

Alberto demonstrou surpresa diante de um projeto terapêutico que não tentaria negar ou desprezar seus direitos e também seus limites, o que, acreditamos, ter fortalecido a adesão ao tratamento. Um projeto interventivo que propunha respeito a sua realidade – composta por um contexto social esvaziado, marcado por uma série de interrupções - e às suas escolhas – de decidir por continuar o uso de drogas.

A convicção de não parar o uso da maconha e a decisão por continuar o tratamento deram início ao delineamento de um trabalho marcado por muito esforço, integração, comunicação e, principalmente, mobilização familiar.

A sugestão do corte na relação com a cocaína e da manutenção do uso da maconha foi um movimento de concretude viável no sentido de introduzir e assegurar,

como um primeiro passo interventivo, uma forma mais segura de uso. Adjetivar segurança diz respeito muito mais à opção de conviver com uma droga que mantinha Alberto em estado de lucidez e menor prejuízo em sua saúde física e mental, e muito menos ao desenvolvimento de controle social sobre o seu uso – controle, ou tentativa de controle tão refutada por ele. O controle em relação a Alberto deve ser compreendido como o alcance de uma forma moderada de uso, possível de ser operada sem rasgar sua saúde em termos gerais. O inevitável controle social, embora possamos compreender ser algo almejado por grande parte da comunidade científica e comunidade, não é o que se busca nesta proposta de luta pela autonomia do sujeito.

A referência sobre a forma mais segura de uso remete-nos, uma vez mais, àquilo que se pode alcançar em termos de proteção e preservação da saúde física, psíquica e social daquele que usa – ou se preferir, que abusa – enquanto se forma um sistema de referências interno mais sintônico e menos caótico e assustador.

A introdução de uma proposta de trabalho como a aqui investigada, requer *a priori*, e quando necessário for *a posteriori*, muito diálogo para que haja compreensão de suas possibilidades e de suas limitações. É preciso que se compreenda o dimensionamento do **porquê** e do **como** podem essas alternativas serem viáveis e compatíveis com a realidade do usuário e de sua família. Compreender a necessidade de, ao mesmo tempo, afastar, pelo viés do conhecimento, qualquer tendência de reforço do uso de drogas, como também de aproximar a idéia de conquistar um uso moderado, capaz de sustentar uma qualidade de vida. Dito de outra forma, vincular o direito de escolha de Alberto a uma forma mais responsável, para si e também para sua família, de exercê-lo.

Foi então delineado um movimento diferenciado de (re)inserção familiar no contexto da relação com as drogas ou com a dependência do filho, pela participação na

construção conjunta de alternativas de tratamento no contexto da continuidade do uso. Um sistema de alianças singular que favorecesse a família a se **co-responsabilizar** de alguma forma pela escolha do usuário ao contrário de se culpabilizar, como também ajudar o filho a se responsabilizar pelas suas escolhas. Lembremos que Alberto atribuía a responsabilidade de financiar a droga à sua mãe, bem como muitos dos aspectos atrelados a esse uso, como exemplo, limpar o farelo e toda a sujeira dele restante nos cômodos da casa. Uma família que, reduzida à figura da mãe, ora se culpabilizava ou deparava com sentimento de incompetência pelo insucesso do filho como pessoa e insucesso de suas decisões, ora se revoltava, ora permeava pela fé cristã, e ora, por desespero, caminhava por parques inadequados constituídos de saídas nebulosas e insatisfatórias, como a não imposição de regras de conduta e convivência.

A participação materna significava possibilidade de mudança em sua relação com o sintoma uso de drogas e, como consequência, de resgate da competência de poder ajudar o filho em relação a esse uso - do qual, se não era sua escolha, dela fazia parte. Significava, é claro, a oportunidade de mudanças relacionais e de posturas no duo mãe-filho, de formas de agir, o encontro de modos mais satisfatórios de viver.

Reduzir danos pela orientação para um uso de drogas menos prejudicial também representava interromper a possibilidade de iniciar uma trajetória incessante de institucionalização do próprio uso. Longe de inferirmos que fosse essa a proposta das profissionais, que conseguiam estabelecer um vínculo de seu saber com o sofrimento de Alberto. Contudo, o lastro da nossa história nos mostra repousar comumente na prática clínica de muitos profissionais ou instituições de tratamento da drogadição, um habitual percurso verbal reducionista e de surda configuração. Um olhar incapaz de dimensionar, relativizar e, quando demanda há, de inserir-se no contexto da subjetividade do usuário e da singularidade de seu uso. Institucionalizar o uso e os resultados daí advindos é o

mesmo que engessar a perspectiva de abrangência e premência de ações clínicas e psicossociais, possíveis de serem construídas, transparentemente ausentes no referenciado caso introdutório de Rafael. *A priori*, é fora das instituições, supostamente até com mais recursos, que o usuário há de encontrar um lugar. Devemos trabalhar para ajudá-lo a reforçar seu contato sócio-familiar, intensificá-lo e torná-lo o mais constante possível, ao invés de corroborar com sua ruptura. Só assim, podemos justificar a opção das profissionais de buscar a possibilidade e necessidade de percorrer, ou inventar, uma clínica que operasse e se garantisse no **movimento de vaivém** - muito bem descrito por Olievenstein (1985) como um vaivém característico dessa população – e, de modo enfático, implícito nas estratégias e alternativas de atenção e cuidados sob a ótica da redução de danos. E cumpre-nos lembrar, um movimento de “vaivém” que sofre, errônea e constantemente, o significado moral de fracasso, como bem se costuma representar o conceito de “recaída”.

Assim, compreendamos que, acatar a escolha de Alberto e trabalhar na busca por um consumo moderado consistiu, justamente, em não perpetuar e sim em romper com a lógica da institucionalização, por mais grave ou arriscado fosse para as profissionais.

Nas questões levantadas até agora, citemos a sintonia de comunicação e integração entre as profissionais – psicoterapeuta e psiquiatra -, como um dentre os fatores importantes que fortaleceu o tratamento sustentado nos princípios da redução de danos. Tema de abordagem certamente mais ampla, que atravessa todas as intervenções clínicas objeto desse estudo, o que nos importa ressaltar é a constatação da relevância e imprescindibilidade do complexo trabalho interativo e ininterrupto para a boa evolução do caso. Um trabalho composto seja pela convergência ou seja pela divergência harmoniosa de pensar e agir, que propiciou o implícito movimento de **(des) (re) alinhar** das intervenções aqui objeto de investigação.

De início, segundo informações contidas, a mãe assumiu postura de desconfiança quanto ao que lhe estava sendo apresentado - como naturalmente é de se esperar por parte de famílias ou leigos - diante de paradigma de travessia tão incerta. Cabe uma observação fundamental para prosseguirmos: para a mãe, e é de se compreender, tratava-se de proposta de grandes desafios, estando implícito o desprendimento ou a renúncia de estruturas de pensar muito enraizados em sua vida. Referiu, segundo a psicoterapeuta, ao ato de quebrar princípios, mais que simplesmente pontos de vista. Relatou apreensão para ajudar o filho, no sentido de se colocar no terreno de uma suposta ilicitude. De igual forma que a idéia de Alberto não voltar a abusar das drogas a sossegava, também a idéia de compartilhar de alguma maneira do contexto de uso a apavorava, ainda que uma participação voltada para o desenvolvimento de estratégias de uso mais seguro. Entende-se nessa situação, uma moderação na quantidade, na frequência, inclusive nas idas ao fornecedor. Que impasse! E quanta contradição, uma vez que a mãe era cúmplice há tanto tempo.

Solicitar a uma família para se inserir em uma proposta de tratamento que, num primeiro momento, quebre seus princípios e a faça sentir-se ainda mais frágil diante do uso de drogas, pode parecer nada humano nem ético. Para muitos pode se tratar de uma causa fadada ao fracasso, e de certa maneira estaria se não abraçada e incorporada por todos os envolvidos. Conforme já dissertado, as condições de Alberto eram críticas, e muito distantes de uma mudança mais imediata ou de curto prazo.

Nosso entendimento é o de que o trabalho com a família – nesse caso, a mãe, já que ambos, como informa a psicoterapeuta nos registros, não admitia a participação de seus parentes maternos, inclusive irmãos – viabilizou e garantiu que ações terapêuticas futuras se tornassem mais contínuas e menos ininterruptas. O duo formado entre o usuário e a droga é uma relação que, com todos os seus elementos subjetivos, reivindica

muito maior tempo. Pela sua intensidade, é necessário que cuidemos para que outros espaços na vida do sujeito possam sobreviver. A família pode ser uma grande aliada nesse processo – ou movimento – de busca de qualidade de vida.

Certamente é preciso – como o foi no caso aqui em estudo - abrir um espaço para o desenvolvimento de reflexão e decisão pessoais, inclusive para que formas viciosas de pensar - até mesmo culturais - se não desfeitas, ao menos sejam amenizadas. Imprescindível foi o acurado processo de esclarecimentos para que fosse aberta uma passagem da incompreensão e medo à compreensão e implicação.

Daí justificar a importância das sessões explicativas, e principalmente de sensibilização, mobilização e orientação junto a essa mãe que, aos poucos, por compreender, perdeu o medo, e construiu um lugar de maior confiança e menor desconforto na proposta levantada. O sentido das discussões e leituras científicas oferecidas é o de facilitar o discernimento, trabalhar medos e preconceitos e favorecer mudança de paradigma. Muito diferente da abordagem do amedrontamento descrita por Sudbrack (1999) que se insere no registro da perseguição, da negação do problema, da impotência, amplificação da violência e isolamento social, a abordagem utilizada parece ter colaborado e fortalecido sua mudança de posicionamento e conseqüente participação, além de minimizar o sentimento de colaborar dentro da ilicitude. Sua inclusão foi facilitada pela apresentação de exemplos de programas, experiências e intervenções, como também pela homologação da redução de danos na Lei e em programa oficial do Ministério da Saúde.

Descompensada e cansada emocionalmente por carregar uma história de insucessos e frustrações, algumas questões muito subjetivas da mãe foram se encenando, o que justificou a indicação para uma psicoterapia individual, que visasse a compreensão relacional da **co-dependência**. Cada vez mais claro estava que, em

momento futuro, haveria de acontecer indicação para um trabalho sistêmico de orientação familiar, onde pudessem ser mais abordados alguns aspectos relacionais. Aliás, a intolerância à frustração, a agressividade verbal e chantagens emocionais que quase sempre convenciam a mãe pelo cansaço provocaram debates e embates nos momentos posteriores de atendimento familiar, que passaram a ser mais constantes e com uma terceira profissional – uma assistente social, terapeuta de família.

A idéia de que, inicialmente, Alberto - que considerava fazer uso inexpressivo da droga – procurasse algum meio de registrar os períodos em que fosse “queimar um fino”, embora possa remeter a uma postura controladora, parece ter acordado mãe e filho quanto à gravidade da situação. A **estratégia de registro** não representa um controle no sentido foucaultiano do vigiar e punir. A concebemos como um auto-gerenciamento, e o que muda é a forma de se propor. Trata-se de estratégia cujo resultado espelha sua própria realidade, que possibilita uma re-significação do uso. Referimo-nos a estratégias pontuais, e não impositivas, que favorecem a auto-observação e o autoconhecimento.

Aliás, sem a intenção de aqui formular receitas sobre como agir, mas sugestões com base na experiência clínica vivida pela pesquisadora, enquanto clinica, nos casos aqui apresentados e em outros, um tema muito enriquecedor diz respeito ao conceito de uso/abuso/dependência aplicados ao sujeito. Trata-se de tema que agrega e embala diálogos não persecutórios entre usuários de drogas e que desembocam na conquista de percepção sobre si mesmos bem mais próximas da realidade. Necessário é, para tanto, iniciarmos uma discussão **horizontal** – no sentido de desprovida de intenções maniqueístas de o outro subjugar, e sim conscientizar, com base no diálogo e troca de experiência e informação -, mas também **vertical** – no sentido de maior profundidade sobre a situação.

Após uma semana, com a ajuda da mãe, Alberto fez uma tabelinha com relatos de seu dia-a-dia. Tamanho detalhamento partiu de Alberto e da mãe, e lhes serviu de base sobre a rotina de atividades, os horários mais críticos de uso. Com isso, a mãe já se encontrava participativa. Percebemos aqui a reversibilidade do quadro de resistência da rede primária de Alberto. Relevantes aspectos do dia a dia, como a condição vulnerável no período vespertino, foram pontuados por eles. O próprio Alberto, ao deparar com o fato de ser sua média de consumo de maconha em torno de 12 a 13 cigarros diários, mostrou espanto. Nesse processo, reconheceu a necessidade de rever seu padrão de consumo e elencou e reforçou, ele mesmo, algumas razões para tal conduta: problemas de memória e concentração, além de aspectos financeiros e legais.

A redução do uso da maconha, em frequência e quantidade, inicialmente foi difícil para Alberto. Enquanto rede de apoio primária, espontaneamente solicitou ajuda da mãe, que por sua vez se colocou mais disponível e num clima de menos tensão. Ela concordou ajudá-lo a monitorar seu consumo desde que não usasse em outros cômodos da casa que não fosse seu quarto e que sua participação se desse apenas nesse período de redução. Deixou clara sua posição desfavorável no tocante ao uso de qualquer tipo de droga, mas que o ajudaria nesse processo de busca de qualidade de vida. Sempre que possível e necessário, ela retomava as razões de sua participação. A família da mãe – irmãos e irmãs, cunhados (as) – sabiam da nova proposta de tratamento para Alberto e não se colocaram contrários, não os perturbando com opiniões adversas. A psicoterapeuta se propôs explicar para a família extensa o “tratamento” que estava sendo construído, uma vez que sua mãe tinha fortes ligações familiares. Mas o discurso materno a respeito da proposta da redução de danos parece ter feito ressonâncias.

A gradativa diminuição do consumo de maconha – segundo consta nos registros, de 12 cigarros por dia para 10, depois 08, e assim por diante, até chegar em 02 cigarros

ao dia - não foi imposta pela psicoterapeuta ou pela psiquiatra, que sempre respeitaram as possibilidades e limitações do usuário. O trabalho de conscientização sobre os riscos quanto a sua saúde e aspectos legais, a perspectiva de caminhar para “desmedicalização”, em suma, foram aspectos mobilizadores para que o próprio usuário se inserisse nesse movimento. Alberto trazia o fato de ter dado um passo a mais, como por exemplo, diminuir o cigarro da parte da manhã e passar a aumentar seu horário de caminhada. Como a parte da manhã lhe era mais crítica, matriculou-se em um curso de guitarra, do qual há muito tempo queria retornar, mas a apatia não contribuía.

Em momento algum houve solicitação de medicação SOS para lidar com uma possível falta da droga – e aqui não nos reportamos a algo da ordem física, mas sim psíquica.

Com o passar do tempo, foi interessante Alberto prestar mais atenção aos fatores que o motivavam a querer usar mais ou menos a droga. E aí podemos apontar que todo trabalho de redução de danos não se tratou pura e simplesmente de um levantamento engessado de estratégias comportamentais, mas de um processo de conscientização e responsabilização do próprio usuário quanto a sua relação com o produto.

Uma vez sendo acompanhado pela psiquiatria, houve – por vezes a pedido da psicoterapeuta, da mãe ou de Alberto - uma melhor adaptação quanto aos horários dos medicamentos, de forma a possibilitar a execução de novos afazeres. Voltemos a reforçar a notória postura de envolvimento e ética da psiquiatra. Ainda que percebesse a ameaça concreta e iminente dos riscos¹⁹ de algumas estratégias, inclusive sob sua responsabilidade psicofarmacológica, inseria-se como legítima co-partícipe no processo,

¹⁹ Os riscos referidos nesse momento tratam-se da necessidade de prescrição medicamentosa ligada a existência de co-morbidade, que precisava ser tratada, mas considerando-se o contexto da continuidade do uso da maconha. Assim, as profissionais – e principalmente a psiquiatra – tinha de **conciliar** o fato de que o usuário não abria mão do uso da droga e, ao mesmo tempo, necessitava da medicação – estabilizadores de humor, anti-depressivo e ansiolítico. O que se descreve são os elementos que constituem a complexidade, como a contradição, a aposta, o desafio, a interdisciplinaridade e a implicação.

sempre atribuindo créditos à boa evolução terapêutica. Sublinhava a mesma que, no andar da carruagem, melhor era apostar numa mudança – com todos os riscos que ela apresentava – do que perseguir uma trilha de ações conhecidamente mal sucedidas, pela incapacidade de ou má vontade profissional de ousar atitudes complexas diante de situações complexas.

Podemos fundamentar ainda o aspecto da redução do uso da substância, considerando a sugestão dada para que Alberto *gelasse* os cigarros de maconha – neste caso, significou a idéia de queimar ou usar de metade em metade. A proposta constituiu alguns importantes contornos a se avaliar.

O primeiro, relacionado ao produto, diz respeito ao excessivo padrão de consumo estabelecido pelo usuário e à composição química da substância, de qualidade suspeita. Tratava-se de grande incógnita a constituição da erva – cujo caráter “natural” perdeu-se na história - e o nível de toxicidade, sem qualquer controle de qualidade.

Aliás, a estratégia de um **controle de qualidade** pelo usuário sobre o produto nos parece claramente necessário e viável, no sentido de instigar uma cultura de controle de qualidade sobre o produto. Esta estratégia se confirma em outros contextos da redução de danos, inclusive na Justiça, como ocorreu em projeto desenvolvido pelo PRODEQUI, do qual a pesquisadora foi coordenadora técnica. Trata-se de atendimento psicossocial oferecido a grupos de usuários, sob a jurisdição da Justiça e encaminhados pelo Ministério Público²⁰. Percebemos a grande contribuição de com eles debater a necessidade de um maior “controle de qualidade” sobre o produto adquirido. E mais além, um trabalho ampliado de educação para a saúde que os assegure uma postura questionadora, de maior responsabilidade e consciência sobre a forma com que se colocam na relação com a droga. Constatamos nesse trabalho que, embora a maioria não

²⁰ Referimo-nos a Projeto Piloto desenvolvido pelo PRODEQUI/PCL/IP/UnB no ano de 2007, em parceria com as 1ª e 7ª Promotorias de Justiça Especial Criminal de Brasília – PEC/MPDFT e o SETAD/HUB/UnB, sob a coordenação técnica da pesquisadora, para o atendimento dos jurisdicionados usuários de drogas (Totugui, 2007, 2008), em função da Lei 11.343/06.

traga uma relação que configure uma dependência, grande parte encontra-se em situação de abuso, ou muito próximo deste, sem bases indispensáveis para a construção de um posicionamento indagativo mais apurado. Se não podemos interferir em suas escolhas ou optamos por – inutilmente - não as confrontarmos, podemos e devemos, minimamente, ajudar aos usuários a vivenciá-las de forma mais segura e menos danosa para si e para os que com ele convivem. E, assim se encaminhou os cuidados de atenção com Alberto.

Há um segundo aspecto favorecido pela redução do uso de Alberto. Refere-se a real condição de ilegalidade que expunha o usuário, e a estratégia de reduzir os contextos com o fornecedor. O mesmo encontrava-se várias vezes ao dia com seu fornecedor. Sabemos que riscos havia de qualquer natureza e em qualquer situação. Entendemos ser ainda menos arriscado um usuário estar com seus fornecedores uma vez a cada quinze dias, que incontáveis vezes na semana, ainda que se exponha a situação de portar quantidade maior do produto. Das alternativas levantadas e refletidas para mudar a frequência de idas e vindas da boca de fumo, foi essa a escolha feita por Alberto, por parecer-lhe a menos arriscada. Ouvimos que determinado (a) promotor (a), ao atender um jurisdicionado usuário de drogas, estampou surpresa diante da tática de enterrar um pequeno “tijolo” de maconha para consumo próprio, a fim de evitar o constante traslado à boca de fumo. Nesse caso, e embora defina a situação como surreal, para a autoridade seu espanto teve conotação positiva, uma vez que tal procedimento estava vinculado a uma série de cautela e proteção individuais tomada pelo detido. Por que não incrementarmos um trabalho de prevenção de danos e/ou redução de danos - e aqui novamente nos remetendo à fala de Andrade (2008) - junto à população usuária no contexto da Justiça e da Polícia?

Um relativo estreitamento na relação de Alberto com a droga - se não na função psíquica da relação, pelo menos na concretude de um afastamento – foi um terceiro aspecto que, queremos crer, foi favorecido pela redução do uso, e diz respeito a estratégia de ampliação do espaço relacional. A idéia foi a de criar um espaço para a entrada de outras atividades, a introdução de um “terceiro” naquele duo fusional – é claro, como bem dissemos anteriormente, muito representativo do duo com a mãe. A redução implicou mudança de rotina, na tentativa de ajudar Alberto a remeter-se em algum outro espaço, inclusive fora do grupo de usuários. Levar o usuário a buscar diferentes investimentos relacionais, com atividades ou com pessoas. Lembremos que o cumprimento de medida sócio-educativa imposta pela Justiça mencionada inicialmente, segundo o próprio usuário, serviu-lhe não apenas para tirar-lhe da ociosidade e do abuso das drogas, como também para refletir sobre sua posição de cidadão na sociedade.

Aproximadamente de 05 a 06 meses depois de iniciado o tratamento na perspectiva de redução de danos, Alberto passou a ter um padrão diário de 02 a 2,5 cigarros de maconha, usados, aos poucos, no decorrer do dia. Quanto à cocaína, segundo informações registradas, a substância saiu da cena desde o acordo de substituição pela maconha e a manutenção desta última.

Sua mãe queria muito que ele concluísse um curso superior e de início foi trabalhada essa idéia. Havia prestado vestibular e cursava Letras, apesar de ter mudado de curso tempos depois. Ficou muito persecutório ao se defrontar com a prática de ensino exigida no curso, interrompendo-o. Alguns meses depois tentou um curso superior na área de informática conhecido como “Desenvolvimento de Jogos”, escolha ligada à criação de jogos eletrônicos, seu maior lazer. No segundo mês de curso sentiu-se perseguido com certo professor que esboçou posicionamento contrário ao uso e usuários de maconha, acreditando Alberto que a chamada estava lhe sendo direcionada

– e, diga-se de passagem, ainda por um homem, autoridade, simbolicamente representante da lei, da interdição. Com certa dificuldade, desidentificou-se como alvo, mas não como parte da população usuária de maconha. Dois meses depois “caiu fora”, o que foi lamentável por ser seu interesse pela informática importante “nó vincular” da rede profissional.

Se uma leitura analítica acerca dos aspectos psicodinâmicos do caso tivesse sido traçada pela pesquisadora como objeto desse estudo, provavelmente adentraríamos alargando a discussão sobre o que foi trabalhado a respeito desse e outros episódios. Ao contrário, e por enquanto, apenas nos deteremos a apontar a visão interessante de que, a conduta persecutória de Alberto de romper com o curso se associava, para a psicoterapeuta, à vivência de ataque àquilo que perpetuava o duo fusional entre mãe-filho, ou seja, a maconha – compreendida sistemicamente como o sintoma familiar.

Não foi possível ajudar nesse sentido, muito menos a estratégia de levantar um projeto de vida, pelo que representava em termos de conquista da autonomia. E, a essa altura as profissionais tentavam uma mobilização materna no sentido de conscientizá-la a aceitar e procurar ajuda. Mas também não dava certo.

O interesse pela informática ajudou Alberto a sair do isolamento e criar novos espaços de convivência e amizade, fora do mundinho dual mãe-filho. Seus amigos passaram a freqüentar sua casa, e o ponto comum passava não mais ser a maconha, mas a música ou os jogos no computador. Apesar do lado saudável dessa situação, notemos que, e uma vez mais, há o estabelecimento de uma forte relação de co-dependência - nesse caso, de Alberto com o grupo, com seus pares – onde o elemento-chave é novamente a maconha.

Certa vez foi pego fumando maconha pela polícia civil e ao ser indagado sobre a posse de mais drogas, confirmou o estoque para uso próprio e que essa conduta tratava

de estratégia que fazia parte de seu tratamento. Surpresos com tamanha ingenuidade, e desconfiados, os policiais o acompanharam até sua casa e sua mãe, desesperada e sob intenso choro, mostrou-lhes a bateria de medicações psiquiátricas do filho e o relatório de suas internações e tratamento. Falou de seu posicionamento contrário ao uso de drogas, mas ajudava o filho a trabalhar para uma redução de danos e que incluía a diminuição do uso da droga. Relatou ser essa proposta parte do programa oficial do Ministério da Saúde para dependentes de drogas, conforme orientada pela equipe desde o início do tratamento.

Nessa época ainda não havia sido promulgada a nova Lei sobre drogas 11.374 de outubro de 2006. Os policiais o aconselharam a se cuidar mais e escolher melhor suas companhias. Surpreendentemente Alberto não foi detido pela polícia. Levaram as “trouxinhas” espalhadas pela casa entregues espontaneamente por Alberto. Fizeram uma revista - mesmo sem um mandado -, com consentimento da mãe, que se encontrava paralisada, em estado de choque.

A sugestão, um pouco mais enfática ou firme, para que não usasse a droga fora de casa, como também que o grupo de usuários com quem “queimava o fumo” não fosse usar em sua casa, foi compreendida e seguida “por uns tempos”. Isso pois Alberto conseguia driblar a insatisfação materna.

Aos poucos reconheceu as situações de risco pelas quais estava expondo a si e principalmente sua mãe, cuja opção não era usar drogas, mas que se submetia à proposta de ajuda, desde que dentro de um contexto do qual ela não sofresse implicações legais. Alberto concordou com tais medidas.

Era muito intolerante a frustração, quase sempre a convencendo pelo cansaço. Tal aspecto parece ter provocado alguns debates e embates nos momentos de

atendimento familiar, que passou a ser mais constante no contexto de atendimento familiar com assistente social, terapeuta de família.

Algum tempo depois Alberto foi diminuindo suas idas à psicoterapia chegando a interrompê-la. A mãe dizia lamentar, mas não tomava posição muito clara a respeito.

Na verdade, a questão estava em outro lugar. Para mãe e filho, diminuído o uso, a psicoterapia não mais justificava, até por que a medicação também estava sendo retirada aos poucos. Não demorou muito para voltar ao uso de cocaína, quando ocorreu então a terceira internação. Após alta clínica, retornou à psicoterapia, com um padrão de consumo um pouco aumentado para 03 a 3^{1/2} cigarros diários, o que não deixa ainda de ser um ganho, já que não havia re-estabelecido o uso de 12 cigarros como antes.

Sempre que a psiquiatra atendia Alberto durante a consulta entrava em contato com a psicoterapeuta. Ele e a mãe solicitaram que se trabalhasse a possibilidade de retirada da medicação que tratava episódios de mania. A psiquiatra concordou em sua diminuição até que se pudesse retirá-la totalmente.

Com o avançar do acompanhamento psicoterápico, a mãe estava muito satisfeita com os ganhos obtidos via redução do uso e dos danos atrelados a ele, de forma a não mais questionar ou atentar para determinados aspectos do filho que, na opinião das profissionais, necessitavam mudanças. Aspectos como o contexto profissional e social de Alberto, sua falta de investimento fora de seu “mundinho e amigos”, o medo e angústia que apareciam em qualquer tentativa de pronunciar-se para a vida.

Foi explicado à mãe que o ganho de uma proposta de redução de danos sociais e à saúde não se limitava à diminuição no padrão de consumo, mas deveria ser ampliada em busca de qualidade de vida da relação mãe/filho. Havia preocupação quanto ao conformismo materno e sua adaptação a apenas uma rotina não mais de riscos externos.

Conforme os prejuízos ligados ao uso de drogas desapareciam enquanto um grande problema, a mãe se acomodava, passava a não demandar outros tipos de mudanças, e com isso Alberto também se adaptava à situação, dizendo estar “tudo ótimo” como nunca antes esteve. A diminuição de 12 para 02 cigarros diários de maconha parecia ser suficiente para o trabalho de mudança de qualidade de vida. Mas, como bem fala Marlatt (1999), redução de danos não pode ser lida como redução de uso. Essa está implícita na primeira.

Indagamos se, a redução de danos realmente significa avançar ainda mais ou se bastar nesse resultado? Havia inegavelmente conquista de qualidade de vida, diminuição de riscos e agravos de variada natureza que claramente satisfiziam Alberto e sua mãe. A equipe ajuda na escolha do melhor percurso, mas significa que ela define até onde chegar e quando parar, ainda que provida de melhor discernimento e responsabilidade? Difícil polêmica, pois é adentrar na ética e no direito de escolha do usuário. Estimular uma maior evolução é sem dúvida investir ainda mais no espaço psicoterapêutico? Enfim, eram questionamentos comuns tanto à psicoterapeuta quanto à psiquiatra que, embora tendessem a reforçar a busca por uma vida ainda “mais saudável” – pelo menos no entender das mesmas – colocaram a questão para ser discutida. E a qualidade de vida da mãe, não estava sendo considerada pela mesma.

Algumas condutas maternas apontavam a urgência de um trabalho na relação entre mãe e filho. Alberto mostrava intolerância diante de qualquer frustração provocada pela mãe. Era agressivo em suas palavras, fazia chantagem emocional, perturbava insistentemente sua mãe até que ela cedesse. Foi encaminhada a uma terapeuta especialista no trabalho com família de usuários de drogas para orientações bem pontuais. Aspectos importantes foram trabalhados, desde os mais práticos como o acordo de uma mesada fixa para Alberto, onde incluía o dinheiro para a compra de uma

quantia de maconha, até a convocação de uma referência masculina – o tio que mais admirava – no caso de ameaças ou agressões verbais para com a mãe. Alberto não suportava seu pedido negado pela mãe. Tinha três guitarras importadas e queria adquirir uma quarta. O filho a agredia verbalmente nesses momentos, não a deixando em paz, perseguindo-a insistentemente com objetivo de ganhá-la pelo cansaço. Alberto aos poucos ficou intolerante às sessões familiares, passando a não mais participar.

Algumas diretrizes foram definidas, e ao perceber a relevância e os avanços na dinâmica familiar, Alberto não mais quis participar, ameaçando parar sua psicoterapia, o que fez sua mãe ceder e abandonar as sessões de orientação. Ficou muito enraivecido com a terapeuta familiar por ela dizer-lhe que, diante de tantos agravos e riscos, não deveria mais fazer uso da maconha. Usou tal fala para boicotar o trabalho. Acredita a terapeuta que, se introduzisse uma figura masculina, a reação de Alberto pudesse ser diferente. A mãe se mantinha passiva, sem pronunciamentos a favor ou contra. Ficava claro que não havia interesse em avançar na dinâmica relacional mãe-filho. Afinal, filhos que crescem são filhos que se vão; os dependentes, ficam. O sofrimento maior relacionava-se com os prejuízos mais diretos causados pelo uso de drogas. Estando esses “contornados”, houve retirada paulatina da mãe e depois do filho. É bom que se levante a questão do que seja a proposta de redução de danos, enquanto paradigma de dimensão muito maior do que uma proposta baseada numa concepção curta e meramente intervencionista.

Não demorou muito para que a mãe comunicasse novo isolamento do filho e interrupção de suas atividades - aulas de guitarra, atividade física, matrícula em curso superior e ingestão das medicações psiquiátricas. Alberto estava deprimido, retornou ao antidepressivo, mas não à psicoterapia.

Um ano depois de iniciado o procedimento de coleta de dados, em março de 2009, por orientação da psiquiatra, o próprio Alberto procurou a psicoterapeuta. A cocaína continuou fora do cenário. Embora tivesse “sob controle” o uso da maconha – aproximadamente 08 cigarros diários – sintomas como apatia, desinteresse e a síndrome amotivacional eram visíveis. O consumo de maconha aumentou, remetendo a mãe ao desconforto e preocupação. Ao solicitar ajuda da psiquiatra, essa os re-encaminhou à psicoterapeuta. A mãe encontrava-se apavorada, já que sua casa novamente havia se tornado um ponto de encontro de uso de maconha. A droga estava espalhada pelo quarto do filho, a vista de qualquer visitante que lá entrasse. Havia muita maconha de má qualidade exposta nas prateleiras, que Alberto se recusava a consumir, mas também não a jogava fora. Os gastos voltaram a ficar incessantes e sua mãe também não conseguia negá-los.

A psicoterapeuta sugeriu à mãe que retomasse de imediato sua psicoterapia, expressando impossibilidade de trabalhar Alberto sem que ela revisse suas questões que, segundo o pensar da profissional, reforçavam o circuito de dependência do filho. Referiu-se a uma relação simbiótica entre mãe e filho, caracterizando uma necessidade materna da dependência com o filho. Para a psicoterapeuta, o contexto da dependência de drogas por Alberto estava representado como sintoma dessa simbiose. O medo e a angústia de separação do contexto da droga estavam, no pensar da profissional, diretamente associado com a possibilidade de ruptura desse vínculo. É com base nesse entendimento que podemos compreender o encaminhamento da mãe à psicoterapia. Não se trata de “uma terapia a mais”, mas algo mais integrado com um trabalho pessoal para a retomada do processo. Vemos aqui a redução de danos como uma condição inicial para que fosse iniciado ou desencadeado um processo de mudança. Como pano de fundo, percebemos o que mobilizava a mãe a, inconscientemente, se colocar numa

perigosa posição de passividade, chegando não somente a financiar o uso de drogas de Alberto, como também entrar arriscadamente no circuito de riscos, inclusive legais.

2. O Caso Berê: A redução de danos e o resgate da família

2.1 Histórico familiar

Berê tinha 29 anos quando iniciou o processo psicoterápico aqui objeto de investigação. Seus pais tiveram quatro filhos, três mulheres e um homem, esse, dez anos mais novo que Berê, a caçula das meninas. Casou-se grávida aos 16 anos de idade e separou-se após dois anos, tendo nascido dessa relação sua primeira filha – Sandra, de 13 anos. Havia também Janaína, de 03 anos, que morava com o pai, vinda de outro relacionamento. Sandra era criada pela tia Josefa, apelidada de “coronela”, devido suas características de se apropriar do quadro familiar, das dificuldades e decisões, além de possuir um emprego muito rentável, cuja função familiar ia além da financeira. Berê chorava muito pelo apego entre Sandra e a irmã “coronela”.

Havia uma rede de apoio familiar, embora muito interrompida, como veremos adiante. A explicação era o cansaço e descrença que a problemática das drogas impunha aos familiares. Para eles, essa justificativa legitimava sua recusa de ajuda financeira sempre que farejavam o retorno de Berê às drogas. Aliás, o consumo de bebida alcoólica era oficial, enquanto que o de outras drogas ainda era uma incógnita para seus pais. As irmãs apenas desconfiavam a possibilidade de consumo de algum tipo de substância ilícita.

Berê também não queria envolvê-los em seu tratamento por uma questão de “orgulho”. Manifestava firmeza nessa decisão, embora, aos poucos, certa presença familiar se delineava mesmo a distância. A família nunca se apresentou. Dizia não esconder decepção e raiva, além de verbalizar clara indisponibilidade para socorrê-la.

Certa vez, após tentativas frustrantes de ajuda, os familiares assumiram os gastos com sua internação em instituição de tratamento para dependentes de drogas. No dia seguinte de sua alta clínica, retornou ao uso da bebida, e de outras substâncias, causa de muita revolta familiar. Portanto, não haveria mais apoio para qualquer tipo de ajuda que necessitasse para se tratar. Segundo Berê, no pensar da família, se com total desintoxicação ainda assim ocorria a recaída, a verdade era que não tinha boa vontade para suplantar o uso de drogas.

Sua relação familiar estava muito conturbada. O pai apostava em sua melhora, mas era um idoso com sérias complicações cardíacas. A mãe reclamava muito das ausências da filha, mas não suportava por muito tempo sua companhia, sempre com adjetivos maldosos sobre a mesma. Bem mais nova que o marido, era portadora de problemas de coordenação motora devido à recente isquemia cerebral. Berê sofria acusações de favorecer os problemas de saúde dos pais. De qualquer forma, seu pai diariamente a esperava para o lanche da tarde, ritual que, segundo a filha, era uma forma de se certificar que naquele horário ele a veria e a controlaria. Ela gostava disso.

Não conseguia assumir a maternidade. Ao sair com a filha mais nova – quando se dispunha – perdia a menina nos lugares ou a esquecia na pracinha enquanto ia se drogar, fato muitas vezes presenciado pela pequena.

Coincidentemente, ao procurar a psicoterapeuta anos mais tarde, a filha Sandra, já com 19 anos, se queixou muito pelo fato de, na sua adolescência e com a ajuda dos amigos, ter carregado sua mãe, que se apresentava drogada e cambaleando nas calçadas.

2.2 Contextualização do Uso de Drogas

Berê referiu uso de bebida alcoólica a partir dos 15 anos em festinhas. Nessa época, experimentou maconha com amigos na escola e conheceu um rapaz numa “roda

de maconha”, seu futuro marido e pai de sua primeira filha. Esse desenvolveu anos depois dependência de cocaína, sendo preso por tráfico.

Foi aos 21 anos que fez uso de cloridrato de cocaína (pó) por aspiração intranasal, já com uma relação abusiva e ininterrupta da bebida. Daí em diante, a cocaína passou a fazer parte de seu repertório drogadito, com algumas inexpressivas paradas ou diminuições, até a época em que iniciou o processo aqui em questão.

Havia passado por alguns curtos trabalhos de psicoterapia, não se mantendo por muito tempo nos mesmos. Seus esforços para tratar da dependência referiam-se a estratégias levantadas pela família. O único tratamento mais prolongado foi o período de 30 dias em que esteve internada.

Compareceu ao ambulatório do SEAD/HUB, aos 29 anos de idade, em março de 2003, com sintomatologia pertinente a quadro depressivo de moderado a grave, com preocupante ideação suicida. Havia claro pedido de socorro, embora uma demanda pouco clara: estava afundada nas drogas e não sabia o que fazer.

Nomeou-se dependente de cocaína e bebida alcoólica, com uso diário de ambas, sendo o uso da primeira apontado pela usuária como prioritário e expressivo em termos de prejuízos sociais e à saúde, embora o da bebida fosse mais antigo.

Sua situação no trabalho era das mais complicadas devido às inúmeras faltas e ausências repentinas do Setor, apesar de nunca ter sido flagrada sob efeito das citadas drogas. O (a) profissional que a acompanhava numa unidade de psiquiatria foi quem a ajudou inúmeras vezes com atestado médico. Berê era servidora de um serviço emergencial de saúde. Fazia acompanhamento psiquiátrico para depressão nessa mesma Instituição – cujo tempo não sabia precisar muito bem, talvez por alguns meses -, sendo o mesmo, restrito ao fornecimento de receitas pelo (a) profissional.

Residia em um dos “points” noturnos famosos da cidade, freqüentado por pessoas de bom poder aquisitivo, repleto de bares e tráfico de drogas. Seus fornecedores não a deixavam em paz. Volta e meia aparecia com marcas de agressão física ou amanhecia desmaiada nas calçadas. Um dos traficantes foi seu namorado, o que complicava a situação, presenteando-a gratuitamente com cocaína.

O acompanhamento em ambulatório, cujas intervenções são objetos desta investigação, deu-se durante aproximadamente 16 meses ininterruptos, no período de Fevereiro de 2003 a Maio de 2004, época em que as profissionais saíram do SEAD, afastando-se do caso.

Passados 03 anos, a psicoterapeuta deparou-se no ambulatório do SEAD com Berê, em 2006. Muito receptiva e empática relatou, de imediato, que continuava “limpa” do pó, e que a bebida e a depressão estavam sob controle. Continuava em psicoterapia e com a mesma proposta de trabalhar com vista a uma redução de danos. O consumo de cocaína foi interrompido pelos 05 anos e alguns meses seguintes. A presença da bebida não caracterizava abuso, embora pudesse representar riscos, daí Berê não abandonar o tratamento ambulatorial no mesmo Serviço, embora com outra psicóloga.

Vale registrar outro contato posterior mantido por Berê com a psicoterapeuta, em setembro de 2008, com demanda para a filha mais velha, Sandra, que estava consumindo muita bebida. Sem adentrar na demanda da filha, a intenção de aqui registrar tais atendimentos refere-se às informações trazidas sobre Berê, que em muito contribuem para melhor compreensão do presente estudo.

No meio do ano de 2008, ao entrar aos poucos num movimento de interrupção e posterior abandono do tratamento ambulatorial, ocorreu o retorno ao pó, com o agravante de a mesma estar fazendo uso de crack. Em meados de 2009, Berê retornou,

passando a ter presença mais regular no Serviço. Foi nessa época que, a pedido da pesquisadora, autorizou a inclusão de seu caso na presente investigação.

2.3 A redução de danos no contexto da psicoterapia

As duas primeiras conversas com a psicoterapeuta serviram para, além dos encaminhamentos médicos, investigar e avaliar, com urgência, os procedimentos que o contexto exigia.

O agendamento para clínica médica esteve diretamente relacionado à visível necessidade de cuidados clínicos apresentada por Berê, além de ser procedimento de rotina do próprio Serviço²¹.

A priori, o quadro sintomatológico de depressão e, *a posteriori*, as intervenções conjuntas - dirigidas ao consumo da bebida e da cocaína - que o caso indicava exigir, demandou uma constante e necessária interação entre a psicologia e a psiquiatria. Daí a prioridade emergencial do encaminhamento psiquiátrico.

A difícil possibilidade de comunicação e integração entre os profissionais das duas instituições de saúde envolvidas com Berê – a que vinha assistindo sua depressão e as do SEAD que estavam assumindo o caso naquele momento -, motivou a sugestão de que a mesma optasse pela continuidade do tratamento psicofarmacológico - tanto da depressão quanto da dependência - no HUB, e não em outro hospital.

O trabalho interativo e ininterrupto dessa equipe, a convergência harmoniosa de pensar e agir, queremos crer, propiciaram o movimento de (des) (re) alinhar de intervenções mais rápidas e adequadas, o que contribuiu para o aumento das chances de melhora na qualidade de vida da usuária.

²¹ A clínica médica e psiquiatria no SEAD/HUB/UnB são especialidades voltadas para o tratamento de dependências de drogas.

À exceção das duas primeiras semanas de intervenção, a continuidade do uso de drogas não foi colocada em questão, tendo sido todo o trabalho posterior desenvolvido no sentido de trabalhar *o uso* da droga *no (dentro do)* do próprio contexto de uso. Isso pelo fato de a psicoterapeuta resistir à idéia de submeter Berê a propostas ou situações de impossibilidade de cumprimento – como a de manter-se abstinência - que posteriormente pudessem ser mais uma fonte de frustração e constrangimento, favorecendo o não retorno ao Serviço, o que seria muito pior para a usuária.

E, quanto a isto, há os que acreditam que fora do “setting terapêutico” não somos responsáveis pelo que o outro poderá fazer. No entanto, diante de tamanho sofrimento e de uma realidade tão complexa e conturbada, desprovida de uma rede de apoio mais contínua, seria desumano, nada ético e solidário, não lutar por construir ou assegurar uma vinculação com Berê, ainda que mantido o contexto da continuidade do uso das drogas e toda dimensão de riscos envolvidos, para ela e também para as profissionais.

Deixá-la ir, exposta e sozinha, sucumbindo cada vez mais na dor da dependência ou esperar o surgimento do saudável **desejo para se tratar** não seriam caminhos eminentemente adequados naquele momento. Berê apresentava demandas interventivas num plano mais imediato e concreto, até para poder fazer sobreviver o psíquico, garantindo um trabalho futuro acerca de seu desejo e relação com a droga.

Sudbrack (2003), ao falar do tratamento da demanda e a motivação para o tratamento, aponta-nos que a ausência de um pedido de ajuda constitui a especificidade da clínica de dependências de drogas, o que torna um grande desafio para as equipes no próprio contexto de saúde. O trabalho de motivação para um tratamento é etapa inicial – o acolhimento - onde se busca a vinculação e a confiança. Do ponto de vista dessa autora, a intervenção sem demanda expressa do usuário – ou por demanda de um

terceiro – é o dia a dia do terapeuta de dependentes de drogas. Desenvolver motivações positivas pela vida e pela saúde constitui função e competência de profissionais da saúde.

Numa compreensão sistêmica da demanda, Neuburger (1984) diz ser preciso identificarmos o sistema composto pelas pessoas que apresentam os diferentes elementos de uma demanda, como por exemplo, o próprio sintoma do consumo de drogas. Se a máxima lacaniana de que a demanda do sujeito ocorre quando a necessidade se transforma em desejo, é por que podemos trabalhar a evolução desse desejo. Então compartilhamos com o pensamento de Eiguer (1986) de que a demanda é um desejo que pode evoluir, a partir do acolhimento, seja do usuário ou de um terceiro, num processo que Sudbrack (2001) denomina de tratamento da demanda.

Bastos (2000) fala que devemos buscar o dependente, ao invés de adotarmos uma postura passiva de aguardar que nele brote um desejo de tratamento, ou a conscientização de sua aproximação com a morte. É preciso a promoção de contextos reflexivos, geradores de novas possibilidades de expressão e comunicação, de continência, confiança, compreensão e disponibilidade para ajuda. Pereira (2007) coloca que na perspectiva da redução de riscos, o tratamento coloca-se como movimento da dependência à liberdade - em contraponto com o paradigma da abstinência – e isso nada mais é do que a transformação advinda do trabalho no contexto da demanda, ou de sua falta. E no nosso entender, a redução de danos entra como parte dessa etapa da demanda. Um trabalho que fortalece, vincula, re-significa o próprio uso e, ao mesmo tempo, trabalha com a subjetividade.

Olhar a usuária, sem o acolhimento de sua demanda e limitações impostas por seu contexto, nos parece ser conduta passiva de aceitação de sua desistência. E, pelo que nos consta, motivos havia para Berê desistir. Profissionais que se elegem cuidadores da

saúde (mental), não podem furtar-se o dever e o compromisso da não-desistência. Atitude comum e cômoda, que distancia o profissional ou a instituição da possibilidade de insucessos e da vivência de angústias e apreensões, que o legitima a não se responsabilizar e o protege da impotência. Assim é, para muitos, o tal do encaminhamento. Longe da idéia de sermos desfavoráveis ao ato de encaminhar. Decisão difícil, muitas vezes necessária, envolve a sábia capacidade de renúncia, aceitação e humildade, respeito às nossas limitações pessoais, profissionais ou institucionais. A questão é que isso não pode ser banalizado, como tem sido, e com freqüência, por aqueles que lidam com causas vividas como complexas e onerosas de energia.

Fundamental é que, diante de uma demanda de ajuda tão específica, miserável de recursos – e de pensares -, banhada de complexidade assustadora, haja o exercício do acolhimento e não do encaminhamento. Lutar pela vida é, *per si*, uma caminhada que a todos onera, com toda recompensa que dela possamos tirar. Fazer isso trabalhando em prol da continuidade de um uso com menos riscos, onera ainda mais. Não se trata de ônus material, mas ônus de energia psíquica, ônus de persistência, de comunicação, de despreendimento de juízo de valores. Há ônus mais caro? Talvez, para alguns, o ônus da morte.

De igual forma, postura nada compassiva, em casos como os que aqui apresentamos, seria trabalhar pelo completo não uso das drogas. Daí entendermos ter sido necessário e viável a introdução da proposta de redução de danos. E a inviabilidade do afastamento do uso das substâncias, pelo menos de imediato, foi compreendida, aceita e abraçada como causa pela equipe. Afinal, o usuário demanda alívio para seu sofrimento e não que a Instituição a subjogue a mais dor e impossibilidades.

Alguma intervenção sobre o consumo deve ser feita, mas de forma paulatina e viável, acompanhada minimamente, e na medida do possível, de um trabalho de educação para a saúde. O afastamento teria de ser trabalhado aos poucos, e de maneira a compatibilizar a introdução de muitas vertentes, tais como, de início, a medicação antidepressiva.

Durante as referidas duas semanas iniciais anteriormente citadas, o sentido de desenvolver estratégias de proteção estava atrelado à garantia de que Berê pudesse suportar o período de abstinência – em relação ao produto e também ao contexto drogadito – podendo a psiquiatra obter maior segurança e rapidez no alcance da eficácia terapêutica.

O quadro de depressão e as idéias de morte a ele vinculadas podem ser concebidos como realmente prioridades naquele momento. O imprescindível estado de abstinência das drogas como medida necessária diante do risco de vida precisa ser, de modo cauteloso, abordado, argumentado e contra-argumentado, com ênfase no respeito à sua escolha quanto ao uso de drogas. Pelo que percebemos na descrição do caso, Berê não se mostrou desfavorável diante do cuidado com que estava sendo acolhido seu pedido de ajuda e sua situação de fragilidade.

Aliado a essa questão, há outro importante aspecto a ser considerado. A concepção era de que, para um bom prognóstico psíquico e social, as primeiras providências seriam tratar da acentuada depressão e, ao mesmo tempo, re-assegurar a permanência no trabalho, espaço que a mantinha conectada com sua vida. Entretanto, a garantia desse espaço, num contexto tão delicado, somente poderia ser viabilizada pelo afastamento médico do trabalho para o tratamento de sua saúde física e psíquica. Um afastamento de início arriscado, diante da inconsistência de suporte de apoio que amparasse o contexto psicoativo tão incontinente. Mas, relata a psicoterapeuta, caso não

fosse afastada de imediato, seria muito provável sofrer processo administrativo, o que a levaria a se afundar na rua.

Certo era que o retorno às atividades laborais deveria ser uma das prioridades a retomar logo que terminada a licença médica. Trabalhar lhe assegurava todo o esforço empreendido até aqueles dias e a esperança de novas aberturas em sua vida. Parece que, apesar de aos “trancos e barrancos”, o trabalho era uma parte boa ainda preservada e que justificava sua sobrevivência. Além dos percalços familiares, sua maior conexão com a vida estava ligada ao trabalho, e expressava preocupação diante da possibilidade de perdê-lo.

Afastada, e ainda que restrito ao espaço ambulatorial, por mais arriscado fosse, precisava a psicoterapeuta ajudá-la a cavar e a se instrumentalizar de recursos e medidas protetoras para lidar com período tão crítico e temeroso, já que vencer os primeiros quinze dias de medicação anti-depressiva²², em estado de abstinência de drogas, representava grande ganho.

A responsabilidade e o papel da Psiquiatria foram essenciais, principalmente para referendar a importância da psicoterapia no tratamento. Contudo, sua sensibilidade para com a situação apresentada foi maior. Afinal, como introduzir uma medicação anti-depressiva, sabendo-se da vulnerabilidade – física, psíquica e social - de Berê diante do consumo das drogas? Lembrando o já exposto, por algum motivo a usuária estava sem sua família e residia num *point* noturno. Além disso, pelo que relata a psicoterapeuta, sua compreensão era de que a cocaína trabalhava “em prol” do bem-estar psíquico de Berê, o que favorecia sua procura, como um ímã na busca de seu pólo complementar, nos momentos de baixa de humor.

²² Cruz (2000) fala de co-morbidades associadas à dependência de drogas, como quadros depressivos, que exigem tratamento psicofarmacológico específico sem o qual a abordagem da dependência pode ficar inviabilizada. Diz o autor que muitas vezes a associação entre a psicoterapia e o uso de psicofármacos facilita a adesão ao tratamento.

Tentou-se conscientizar Berê sobre a importância do apoio familiar, principalmente naquele momento de tamanha vulnerabilidade e sofrimento. A mobilização familiar permitiria mudanças intrapsíquicas e na interação interpessoal, com modificações de postura, de formas de agir, e principalmente o encontro de modos mais satisfatórios de viver. Mas sua recusa era firme

Uma curta internação seria justificável com vistas à desintoxicação, à inserção psicofarmacológica mais segura e ao corte no repetitivo e mórbido ciclo de agravos e prejuízos sociais e a sua saúde física e mental. Um local em que pudesse ficar mais protegida e fortalecida de si, do ambiente social. Pelo menos nos momentos em que se apresentava sozinha e em difíceis condições de angústia, sem conseguir interromper o uso compulsivo, apesar de seu esforço e interesse. Onde encontrar tal paraíso, longe de unidades psiquiátricas – no caso, públicas - ou de propostas de longos períodos de afastamento? Centros emergenciais voltados para a causa e necessidades drogaditas? Bem, só se fora do Distrito Federal.²³

Outra opção, caso a família se dispusesse, seria a internação domiciliar com a ajuda dos familiares, que poderiam compartilhar seu sofrimento e, inclusive facilitar o resgate de uma maior implicação e responsabilização para com sua causa que, na verdade, não era só sua. De maneira enfática ela as recusou.

Assim, sem o trabalho e exposta ao vácuo da desocupação e ociosidade, imprescindível era a ida diária de Berê às sessões de psicoterapia, ou compreenda-se aqui como sessões de apoio. De início, com duração mais longa, passando às vezes de 01 hora; depois, com encontros de até 15 minutos. Na verdade se tratavam de

²³ Durante o processo, a psicoterapeuta aventou a possibilidade de solicitar ajuda aos Redutores de Danos do Programa de Redução de Danos do Distrito Federal. Equivocadamente não o fez, por acreditar na restrição de atendimento aos UDI's – Usuários de Drogas Não Injetáveis – o que é lamentável, uma vez que, caso não existisse na época intervenção mais abrangente, poderia ter possibilitado a construção de uma nova parceria institucional. De qualquer forma, vale a percepção atual da necessidade e possibilidade de articulação para um trabalho integralizado, interdisciplinar. Que possa ser repensada e melhor investigada tal proposta.

atendimentos de apoio realizados com objetivo de ajudá-la a construir outro tipo de vinculação e referencial, dentro do uso de drogas. A idéia era de se quebrar um circuito diário de uso, tanto no nível real quanto no simbólico, de forma a colocar algo novo em seu dia a dia. Também, é claro, no sentido de fortalecer a permanência apenas na medicação antidepressiva. Houve a prescrição de um recurso ansiolítico como SOS, que a deixou menos “ligada” aos episódios de fissura, ou ao menos num limiar suportável para manter-se em casa. Na prescrição estava o uso de uma medicação ansiolítica e por vezes o uso de um anti-álcool – como a carbamazepina -, já que a bebida também era um de seus problemas.

A sugestão de ir à casa de seus pais para lanche no meio da tarde foi aproveitada, o que muito a beneficiou, já que os períodos vespertinos de grandes picos de fissura a tornava vulnerável. Os cuidados para com o pai – que na verdade era muito mais dele para com ela, apesar de idoso - a ajudaram a se distanciar da rua no final do dia. Lá lanchava e adormecia até a noite, quando sua irmã passou a levá-la para casa. Desde que estivesse dentro das normas aceitáveis pela família, recebia alguma ajuda. Do contrário, a rede familiar se interrompia, restando raiva, ressentimento e decepção. O oferecimento de caronas para Berê no final do dia e por parte da “coronela” ocorreu diante dos visíveis efeitos colaterais da medicação. A família passou a perceber que a usuária estava naquele estado por estar se tratando e não sob efeito da bebida. Tal percepção os comovia e mobilizava a serem um pouco mais receptivos. Aqui podemos perceber que a idéia de se elasticizar a rede, ainda que resistente a uma maior participação, pode ser melhor compreendida. Interrompida, como dissemos, mas uma rede possível de ser re-aproveitada.

Tal aspecto foi aos poucos sendo pontuado em psicoterapia, no sentido de Berê também se flexibilizar diante do posicionamento familiar quanto ao uso de drogas.

Apesar de muitas vezes apresentar coerência em sua fala, no tocante ao funcionamento familiar, ela não estava em condições de tentar diálogos. Estar com eles era importante para seu contexto. Fortalecer o resgate e não rompimento da rede era necessário. Apenas isto.

Passadas as semanas de abstinência solicitadas pela Psiquiatria, a psicoterapeuta mobilizou-se no sentido de alinhar - e re-alinhar, e desalinhar, quantas vezes preciso fosse - estratégias de proteção, fortalecer os possíveis recursos disponíveis de Berê, identificar riscos reais existentes, e intervir rumo à diminuição dos danos de natureza variável, além de ajudá-la a apaziguar suas consequências.

Antes de iniciada qualquer intervenção, a psicoterapeuta esboçou a proposta de trabalho e o sentido da mesma. Foi-lhe explicado desde aspectos básicos – como o sentido da origem de Programas de Redução de Danos e sua repercussão atual no Brasil enquanto Política Nacional do Ministério da Saúde – até aspectos mais complexos do trabalho que ali se desenvolveria – como o posicionamento da equipe diante dessa proposta e da continuidade do uso de drogas, a necessidade de transparência nas relações entre todos envolvidos, o desenvolvimento de confiança, a aceitação de um contrato verbal.

Ampliamos aqui a própria noção de um trabalho no contexto da continuidade do uso de drogas, uma vez que a usuária estava abstêmia. Obviamente não significa que a equipe tenha liberado o caminho, uma vez alcançado o efeito psicofarmacológico esperado com o antidepressivo. Significa sim que, embora sem drogas e com a intenção de assim continuar, o contexto de Berê era muito delicado, frágil e complexo para ela levar adiante uma promessa de tão grande alcance. Evidentemente foi valorizado e acolhido o contexto de benefícios e conquistas até aquele momento; no entanto, com o cuidado necessário de não reforçar expectativas fantasiosas.

Sem usar o pó por aproximadamente seis semanas, foi perceptível seu retorno. Toda desconcertada, com grande pesar e muito choro, relata à psicoterapeuta seu uso. Sem sofrer repreensão, Berê conversa sobre tal retorno, seu significado e começa-se a re-alinhar novas estratégias que pudessem garantir um mínimo de moderação e segurança no uso. Houve conversas e sugestões quanto ao uso de maconha, sua frequência, quantidade, horário e local, inclusive o lugar de menos riscos onde ela pudesse comprar. Tudo isso era trazido por ela e compartilhado com a psicoterapeuta, que investia sugestões no sentido de diminuir riscos e proteger sua saúde e bem-estar. A usuária tinha conhecimento sobre os cuidados com algumas medicações, por exemplo, seu SOS, e providenciava para não usá-la sob determinadas circunstâncias.

A comunicação entre as profissionais era constante, principalmente durante o preocupante período da intervenção medicamentosa e o não retorno ao pó e à bebida. A Psiquiatra sabia dos riscos quanto à ingestão das substâncias e da sua mistura com os remédios, por isso contava muito com o apoio e acompanhamento da Psicologia.

Ambas caminhavam um pouco na berlinda, talvez num campo minado, esticando as pernas de um lado para o outro e, por vezes, voltando ao passo anterior. Em alguns momentos, quando a saída parecia muito distante, se reuniam para repensar a situação. Cada passada, por menor que fosse, representava uma grande conquista não somente para Berê, como para a equipe. As angústias e dificuldades eram compartilhadas, o que muito ajudou, uma vez que Berê as apreendeu como partes de sua vida, sem cair necessariamente na desesperança.

Certo dia, muito constrangida e convicta de que sofreria censura, relatou à psicoterapeuta o uso de maconha. Acreditamos possivelmente ter sido a confissão mais saudável que poderia acontecer nesse caso e naquele momento. Isso por que as tentativas de reduzir o uso de cocaína estavam ainda muito preocupantes. Berê

encontrava-se em estado de grande vulnerabilidade física, psíquica e social. Havia ainda incompatibilidade do uso terapêutico da medicação com as drogas, e todo espectro psicossocial e familiar envolvido nessa questão.

Domânico e MacRae (2006), ao examinarem um projeto pioneiro em São Paulo, textualizam sobre o uso de maconha como forma de tratamento de usuários de crack, e comentam

“ que usuários referiam ao uso de cannabis como forma de atenuar seus sintomas de abstinência do crack, como a redução da ansiedade e mudanças subjetivas de comportamento. Com o tempo, deixavam de receber qualquer medicação para sintomas de abstinência. Ao final do tempo, 70% reportaram ter deixado de usar crack e, após um aumento inicial, a própria frequência do uso da maconha tendia a diminuir”. (Domânico & MacRae, 2006, p.375).

As profissionais aproveitaram a oportunidade e, com muito entusiasmo, sentiram-se livres para pactuar um acordo com Berê, que exigiria muita transparência por parte da mesma.

Um acordo que iria além da diminuição do uso de cocaína, mas sua interrupção. Permanceria apenas com o uso da maconha. Mais uma vez, foi discutida a concepção da Redução de Danos, e toda a dimensão favorável para a situação naquele momento. As profissionais deixaram claro sua posição neutra quanto ao uso de maconha, enquanto direito de escolha de cada um. Tentaram descartar qualquer possibilidade de estimular ou instigar uma apologia ao uso de qualquer tipo de droga, lícita ou ilícita.

Domanico e MacRae (2006) comentam ainda que

“devido à natureza ilícita do uso da cannabis, projetos de substituição encontram grande resistência por parte das autoridades de saúde e de médicos em geral, tornando-se de difícil execução

*e replicação, o que é **lamentável** tendo em vista as dificuldades apresentadas pelo tratamento clínico da dependência de crack e a necessidade de novas maneiras de abordá-lo. (Domânico & MacRae, 2006, p.375).*

Na verdade Berê confessou que fazia uso da maconha como forma de conter ou controlar o uso do pó e da bebida. Usava principalmente para dormir, embora não estivesse mais dando tão certo.

Foi elaborado com Berê um plano inicial de uso para a maconha na presença das medicações, levando em conta as particularidades que ela trazia de seu dia a dia. Trata-se de, segundo MacRae (2006), sugestões protetoras, a partir de um diálogo aberto e democrático, diante da persistência da intenção de uso, voltadas para o reforço de normas e regras de conduta, rituais sociais condizentes com o uso controlado, incluindo modos de evitar efeitos indesejados, a escolha de ambientes físicos e sociais de natureza tranqüila e menos arriscada.

Apesar da medicação SOS para os sobressaltos de fissura, por vezes ela se escorregava, mas prevenia-se não fazendo uso de algumas das prescrições que sabia ser incompatíveis ingerir nesses momentos. Quando isso acontecia, chegava assustada, com muita culpa e sentimento de fracasso. Tentava esconder, mas acabava por se abrir no final da sessão. Mostrava-se muito persecutória, fato acentuado pelos efeitos da cocaína.

Vários foram os momentos que agredia a psicoterapeuta, falava sobre a incompetência da mesma para dar conta de sua “doença”. Dizia não mais voltar àquele serviço ou que mudaria de profissionais. E algumas vezes a psicoterapeuta temia pela usuária, pois parecia que realmente não retornaria. Sumia por duas ou três sessões. Ou voltava devido ao telefonema da psicoterapeuta, ou por conta própria e sem ter usado o pó. De soluções, se acusava, supunha que iriam desistir dela.

Apesar de toda dificuldade para se desvincular do contexto ligado à cocaína, após algum tempo, acatou a sugestão das profissionais de mudar de residência. Já com o uso do pó fora de cena, como também das bebedeiras que infernizavam a família, conseguiu o apoio financeiro da irmã “coronela”, que se sensibilizou com seus ganhos e percebeu o esforço de buscar alternativas fora das drogas. Alugou uma quitinete numa quadra comercial perto da casa de seus pais. Lá passou a almoçar todos os dias.

A depressão foi tratada sem interrupção da medicação por parte de Berenice, mesmo nos momentos de uso da maconha, que era respeitado dentro do contexto da mesma. Havia grande dificuldade com o sono de madrugada. Estava claro para as profissionais, desde o início, o limite da alternativa medicamentosa e todos os riscos envolvidos, principalmente no tocante ao SOS. Na verdade, parece que quaisquer direções que tomassem seriam tortuosas e sempre apontariam um risco. Mesmo a escolha pelo uso da maconha continuaria sua vulnerabilidade diante dos fornecedores que, obviamente, iriam tentar seduzi-la a retornar à cocaína – e, como efeito dominó, à bebida.

Podemos aqui pensar em alguns princípios tão fundamentais e inerentes à prática da redução de danos, como o desenvolvimento de confiança, vinculação e transparência nas relações. Somente com base em tais princípios pode-se aceitar um trabalho tão complexo de riscos, de idas e vindas.

O uso de maconha permaneceu, sendo retirada medicação ansiolítica. A relação custo-benefício naquele momento favorecia tal escolha.

Longas conversas foram realizadas entre Berê e a psiquiatra, quanto aos riscos do uso da medicação e as drogas que vinha utilizando.

Certa vez a psiquiatra ameaçou com firmeza não mais atendê-la, caso não fosse transparente e não avisasse da impossibilidade de estar seguindo os acordos

estabelecidos com as profissionais, e isso não dizia respeito ao uso de maconha, mas principalmente quanto ao uso de álcool junto à medicação. O problema não era quebrar algum trato, e sim não avisar que o fizera, uma vez que impossibilitava as profissionais tomarem providências e ampliar o campo de atuação.

Pode-se perceber o receio de Berê diante da possibilidade de perder o apoio das mesmas. Tinham a clareza de seu estado quanto a algumas escorregadas e o trabalho médico foi delineado de forma a considerar tais possibilidades.

O que havia sido esclarecido e acordado era a transparência quanto às intercorrências fora do acordado como “esperado”, fato que havia sido escondido pela usuária, num contexto em que um pacto de confiança foi colocado como imprescindível. Em momento algum sua ida ao Serviço foi condicionada ao estado de abstinência, nem mesmo em relação à cocaína – inclusive nas já comentadas primeiras semanas de tratamento medicamentoso, quando houve a escolha de aceitar tal proposta e por certo tempo. A retirada do pó foi trabalhada de forma direta, com a introdução do procedimento medicamentoso justificado pelo estado depressivo e de ideação suicida. A proposta de substituição da cocaína pela maconha foi reforçada diante de um quadro de intensa instabilidade, além da fragilidade das intervenções, com tão poucas alternativas e possibilidades de apoio mais próximo e contínuo.

Com o tempo, aparecia mais fortalecida, fazendo uso apenas de maconha. Alguns meses depois, e cada vez mais, a paciente já não se via em situação de risco perante a cocaína. E tão importante quanto, não se sentia vulnerável perante seus fornecedores nem aqueles que ainda faziam parte de um contexto que tanto a fragilizava. Chegava a beber, mas conseguia não tropeçar nas próprias pernas nem desembocar no pó. O contato familiar estava mais tranquilo, embora não houvesse abertura de total confiança em sua pessoa. Seu trabalho havia sido preservado,

mantendo-se até os dias atuais. O caminho para adentrar no contexto de psicoterapia estava bem mais livre, uma vez que não havia a invasão de demandas tão reais em sua vida, que dificultavam sua adesão ao tratamento. Durante o início do atendimento psicoterápico, em muitas sessões, prevaleceu o discurso sobre o contexto drogadito e sua relação com o produto. Pouco a pouco, outros conteúdos foram surgindo, questões ligadas a sua relação com a droga, dando abertura para acentuadas mudanças intrapsíquicas e na interação interpessoal.

O forte e saudável vínculo entre Berê e as técnicas que a assistiam, fortaleceu uma relação de referência com o Serviço, uma vez que as profissionais saíram do Hospital, Berê foi encaminhada para outras profissionais, de mesma linha e proposta de trabalho e continuou o mesmo tratamento na Instituição durante anos.

A passagem para outra profissional foi trabalhada com antecedência, se efetivando com alguns encontros a três, até que Berê estivesse tranqüila.

Durante os 05 anos seguintes, Berê assumiu a interrupção no uso de cocaína, embora temesse o retorno e por isso mesmo, deu continuidade às medidas de proteção. Assumiu o uso – e não abuso - de maconha. Parece que a bebida continuou presente, embora não mais fosse encontrada desacordada nas ruas.

3. O Caso Toni: *A redução de danos e o abandono familiar*

3.1 Histórico Familiar

Toni tinha 30 anos de idade quando foi encaminhado à psicoterapeuta e iniciou o trabalho aqui objeto de investigação.

Caçula de quatro irmãos, sendo a segunda sua única irmã. A exceção de Toni, todos eram casados e com filhos. Seu irmão primogênito tinha o diagnóstico de

esquizofrenia, embora em plena atividade laboral, e o terceiro irmão apresentava depressão e isolamento social.

Os pais se separaram quando tinha 10 anos de idade. Embora desejasse continuar morando com sua mãe, contra sua vontade o pai o levou. Alguns anos depois, o pai se casa. Não se entendeu com a madrasta e, aos 15 anos, arranhou um canto para morar e trabalhar. Nessa época sua mãe já havia falecido.

O pai era conservador, detentor de regras rígidas, alimentava dissabores e rancores para com as mulheres, definindo-as como pertencentes a um submundo atrasado. Agressivo, instável, tendente à depressão, o pai não suportava choro, dificuldade ou falhas de Toni. Durante o tempo em que viveu com o pai, que faleceu demenciado, a casa era muito desorganizada.

A mãe era dócil e muito submissa. Toni não a perdoava por ter deixado que seu pai o levasse consigo na época da separação. Chorou durante muito tempo pelo fato de a mãe não ter brigado pela sua permanência.

Referiu que ter sofrido abuso sexual, aos 12 anos, de um parente muito próximo.

Inteligente, sem problemas no colégio, suas notas eram sempre superiores às da turma. Sua grande paixão era o ciclismo, montando ele mesmo suas próprias *bikes*.

Trabalhou desde muito cedo, nos mais variados empregos, até ingressar para a Instituição da qual ainda faz parte. Sua carreira foi interrompida quando estava em seu maior cargo e, pelo que consta, não houve uso de drogas. Um quadro sintomatológico de euforia e gastos excessivos justificou a queda no trabalho, bem como o início de uma série de internações. Apesar de seu brilhantismo e eficiência, o clima de pressão e tensão inerente às suas atividades contribuía para a exacerbação do quadro eufórico.

Sofreu sua primeira internação em instituição de saúde mental em 2001, aos 26 anos, com duração de 45 dias, com sintomatologia pertinente a um quadro de mania.

A partir dessa data até o ano de 2008, último contato estabelecido com a psicoterapeuta, fez uso prescrito e ininterrupto de Carbolítio e Frontal, esse último como medicação SOS nos momentos de intensa ansiedade. Por vezes, sob efeito de merla, implorava pela famigerada dupla “HF” – apelido atribuído ao duo Haldol e Fenegan.

A presença da família no tratamento, quando havia, resumia-se nas figuras da irmã e do cunhado. Ambos exerciam alto cargo institucional que os impediam estar mais disponíveis, comunicando-se com a psicoterapeuta quase sempre por telefone.

Acolheram-no em sua casa após algumas internações. Havia um especial apego para com os sobrinhos, o que o mantinha por maior tempo nessa residência. Nessa época, Toni deixava todos os seus cartões de crédito com o casal, que também controlava mais de perto suas finanças.

Profissional de notório conhecimento e competência em sua área, quase insubstituível – como dizia uma de suas chefias – Toni era extremamente requisitado em tarefas com o prazo para “ontem”. Chegou a assumir cargo de alta responsabilidade em órgão público.

Conheceu uma mulher, em 2005, que o ajudou a desconstruir o paradigma da mulher submissa e desvalorizada herdado do pai. O início da relação trouxe momentos bons e marcantes. Passou a abrir-se para as mulheres. Fizeram projetos, chegando a morar juntos. Contudo, a instabilidade emocional de ambos levou ao fim da relação após 05 meses. A namorada acreditava que a melhora de Toni passava somente pela sua boa vontade.

Em 2007, quando internado, conheceu a filha de uma interna e com ela manteve relacionamento que também lhe trouxe benefícios. A namorada mostrava-se sensível a sua problemática, colaborava na manutenção de estratégias levantadas para ajudá-lo, muito diferente de seu primeiro relacionamento. Sua irmã e cunhado ofereceram

resistência, proibindo a ida da namorada em sua casa. Algo se passava nessa relação que Toni, sem estar sob o efeito da merla, certo dia a espancou, indo parar na Delegacia. Em outra ocasião, a namorada foi experimentar sua droga, e acabou na UTI.

Havia vinculação afetiva de Toni para com os sobrinhos, sempre mantendo planos de casar-se e constituir uma família com muitos filhos. Expressou muito apego ao filho de 08 meses dessa última namorada.

Toni tinha poucas amizades, apesar de ser muito conhecido no trabalho e sempre ser convidado para festas e eventos.

3.2 Contextualização do Uso de Drogas

Meses depois da primeira internação, aos 26 anos, Toni experimentou a substância psicoativa *merla* e com ela estabeleceu um grau intenso de dependência. Garante o usuário que, até então, nunca havia usado qualquer tipo de droga. Nem mesmo bebida alcoólica chamava sua atenção. Justificava esse desinteresse pela via dos esportes, sua grande paixão. Na verdade, já havia experimentado maconha há pouco tempo, mas continuou fumando merla. Sua percepção era de que o uso de merla estava ligado ao efeito de acalmar seu estado de agitação, euforia, pensamento acelerado e momentos persecutórios, ao contrário da maconha, que o deixava prostrado. Vale ressaltar o fato de Toni só ter se envolvido com a droga aos 26 anos de idade, numa crise de mania, e daí não mais tê-la deixado.

Um ano depois, ocorreu a segunda internação, porém dessa vez motivada pelos agravos advindo do abuso da referida substância. Toni tinha a certeza de que a mania preludiava o uso de merla.

Destituído de senso crítico, se envolveu inúmeras vezes com gastos excessivos em função da droga, esbarrando-se em muitas dívidas. Em momento algum recorreu a

seus familiares ou a terceiros para quitá-las, assumindo posição por vezes de muita dificuldade, como o racionamento da alimentação. Sua postura sempre foi a de arcar com inteira responsabilidade e administrar com firmeza e sózinho os prejuízos financeiros advindos do consumo.

No período em que engatava no uso de merla não se alimentava, perdia muito peso e chegava a expor literalmente os ossos das pontas dos dedos das mãos. Costumava fazer curativos para evitar serem vistas no trabalho. Sua equipe no serviço era muito antiga e o preservava de possíveis interrogatórios. Sabia-se, mas não se tocava no assunto. Alguns colegas novos na seção não entendiam ou não aceitavam, levantando piadas sobre um possível privilégio por parte da chefia.

Certa vez, passados alguns dias, por não retornar ao trabalho, sua chefia fez contato com o serviço de segurança da Instituição que, por sua vez, mobilizou a Polícia Federal. Sorte sua não o encontrarem, pois estava no entorno de Brasília, numa região de muito tráfico e uso de drogas. Ao retornar a sua casa para pegar mais dinheiro, sua irmã e cunhado já alertados pela sua chefia e colegas mais próximos, o esperavam para a terceira internação. O envolvimento com drogas nunca foi oficializado na Instituição, mas somente as crises de mania.

Normalmente sua fala era alta e acelerada, levando à suposição de um permanente estado de euforia – hipomania -, quadro que mudava sob o efeito da merla, se apresentava calmo, fala desacelerada e de tom baixo. A merla não o deixava inconsciente nem desmemorizado.

Acompanhado pela psicoterapeuta no período de outubro de 2005 a novembro de 2007, as cinco internações seguintes foram curtas e sempre por solicitação de Toni. Segundo registros, chegou a solicitar internação por três dias, fato que será abordado posteriormente.

Toni planejou ir ao evento do Universo Paralelo²⁴ no Estado da Bahia, interrompendo a psicoterapia. Muito eufórico, ao voltar à Brasília, não retornou ao trabalho e se afundou no uso de merla. Desesperado e com medo das críticas dos familiares, tentou suicídio. Dizia nunca ter se deparado com ideiação suicida. No entanto, naquele momento, a morte foi sua única forma viável de paralisar o uso. Sabia da necessidade de parar, mas não conseguia imaginar como seria sua vida sem a droga. Recolhido de helicóptero pelo Corpo de Bombeiro sofreu 05 paradas respiratórias no trajeto para o hospital. Internado, ficou em coma por 10 dias. Ao sair, voltou à psicoterapia. Referia vergonha, impotência e descrença em si.

Nos registros feitos pela terapeuta, informa que, segundo Toni,

“algo crescia dentro dele e não dava conta de dominar. Depois vinha o uso da droga. Sentia-se então dominado por dois monstros. Não queria mais guerrear com a merla; mas não sabia como viver com ela.”

A metáfora do *Incrível Huck*²⁵ trazido por um dependente de álcool num grupo terapêutico serviu para Toni expressar seus sentimentos em relação ao produto.

A segunda namorada não fazia uso de drogas ilícitas e, embora tenha abusado do álcool certa época, não se caracterizava dependente. Chegou a usar maconha junto com ele, mas não dava continuidade por não ser “sua praia”. Certo dia resolveu experimentar merla e foi parar na UTI de um hospital geral.

Um acontecimento em Brasília mudou não apenas a direção do tratamento, mas a vida de Toni. O narcotráfico retirou definitivamente do mercado brasileiro a substância psicoativa merla, reforçando a comercialização de *crack*.

²⁴ Trata-se de evento musical festivo, no Estado da Bahia, onde instala-se inclusive apoio paramédico oficial para socorrer o público participante.

²⁵ A metáfora refere-se ao processo vivido pelo personagem principal do seriado televisivo “O Incrível Huck”, que ao entrar em contato com sentimento de raiva, transforma-se em uma espécie de monstro de cor verde.

Nessa época Toni passava por muitas e preocupantes dificuldades, que o exigiam demais. Era final de ano e havia uma sobrecarga nas atividades do trabalho, apesar de sua chefia tentar poupar-lhe ao máximo. Havia uma crise no relacionamento com a namorada, que se encontrava em conflito familiar, favorecendo muitas desavenças entre ambos. Estava muito afastado de sua família. Não havia procura de ambos os lados.

Sem opção, experimentou a droga que diziam ser melhor que a merla. Aliás, ou usava o crack, ou iria atrás de merla fora de Brasília, ou entrava no mercado da cocaína, o que lhe encareceria diante de tanto acúmulo de dívidas. Em questão de dias a merla tornou-se coisa do passado. A frequência à terapia e ao trabalho passou a diminuir. As mentiras, antes não presentes, passaram a fazer parte de seu discurso.

Dias antes de interromper a terapia, em novembro de 2007, Toni expressou que

“a merla foi só prá esquentar; o crack entrou de cabeça e tá nadando de braçada.”

Descreve sua experiência com o crack e menciona alguns importantes aspectos vivenciados durante o uso. Um deles muito nos chama a atenção. Reporta-nos a uma espécie de jogo ordálico, muito intenso e além de um “adolescimento”, onde a pulsão de morte se escancara, sem piedade, indo as vias de fato com o usuário - e indiretamente com toda sociedade.

“após inspirar, o corpo entra num ritmo muito acelerado, o coração e as batidas parecem sair da boca, fica tudo muito próximo de uma parada cardíaca, como um grande e mobilizante “estrondo”... mas passa logo e dá vontade de reviver tudo de novo.”

Cena ritualística, onde a pulsão de morte, tal como uma cobra “trépida e faceira”, parece dançar, durante segundos, o bote esperado. Bote interrompido ou pelo “grito desesperado da vida, que consegue se safar”, ou pelo alívio da morte. Quando aos poucos tudo parece se normalizar – ou acabar -, restam os malditos traços mnemônicos de uma experiência ordálica, *per si* prazerosa, deixando no lugar a frustração e a depressão, que também é social.

Dois meses depois Toni foi internado por 50 dias, fora de Brasília. Ao sair, já de alta clínica, deixa um bilhete na sala da psicoterapeuta, com palavras de agradecimento pela dedicação e respeito, que não teria sobrevivido em muitos momentos sem sua ajuda, e que algum dia voltaria.

A mesma relata tê-lo encontrado tempos depois na rua, impregnado e como um robô andando pela calçada. Recuperava-se de outra internação de 45 dias. Estava morando com um de seus irmãos, novamente estava sem seu canto, já que sua família havia desfeito sua moradia. Aguardava o término de sua licença médica para retornar ao trabalho, já em outra seção e com outra chefia.

3.3 A Redução de Danos no contexto da psicoterapia

Passemos, então, ao processo de análise longitudinal ou em profundidade das intervenções, a partir de sua contextualização cronológica no processo psicoterápico.

Quatro anos após iniciado o uso de merla, Toni foi encaminhado por um psiquiatra à psicoterapeuta para cuidar do estado de dependência.

Favorável ao trabalho de redução de danos, o psiquiatra havia iniciado um tratamento de substituição da substância merla pela Metadona²⁶, o que parece ter

²⁶ Segundo Domânico e MacRae (2006), “em várias regiões onde predomina o uso de opiáceos, tem considerável sucesso o recurso a tratamentos de substituição ... onde os dependentes são incentivados a diminuírem o uso dessas substâncias com o uso de outro opiáceo, como a *metadona*, embora causadora

contribuído para que Toni se mantivesse abstinência por 11 meses, fato inédito para o usuário que, até então, vivia numa série freqüente de idas e vindas com o uso de merla. Nessa época, direcionava outras condutas medicamentosas basicamente ao transtorno de humor.

Nos registros da época, relata a psicoterapeuta surpresa pela forma de pensar da psiquiatria. Conta que, no seu entender, tratava-se de solicitação de natureza além de um trabalho de reforço à substituição e à manutenção da abstinência da droga. Sua leitura foi a de estar diante de um pedido de maior abrangência, com a perspectiva de ampliar intervenções que pudessem acolher e cuidar dos aspectos psicossociais, aumentar chances de qualidade de vida do usuário. E é claro, interromper o ciclo de repetidas internações, quando bem sabemos que a vida do usuário fica suspensa.

No decorrer desta análise podemos constatar o movimento no sentido de desenhar e construir uma nova maneira de experienciar e avançar nossa concepção acerca da redução de danos, não apenas como uma proposta de estratégias interventivas e pontuais, mas como um paradigma no trabalho com usuários de drogas.

Na visão da psicoterapeuta, um trabalho mais voltado para a psicodinâmica do caso seria secundário e lento, o que nos é compreensível, dado o contexto não apenas de agitação e superficialidade vividos por Toni, como também de frágil vinculação social.

Num primeiro momento, permeou uma relação “rasa” entre ele e a terapeuta, até por que sua relação com as mulheres era descrita como desprazerosa. Suas idas ficaram restritas a uma espécie de relatório verbal do seu dia a dia, como exemplo, seus esforços para não recorrer ao uso. Mantinha-se na concretude de operacionalizar importantes medidas de proteção para se manter sem a droga. Muitas dessas medidas estavam ligadas principalmente a sua prática do ciclismo. Na verdade Toni focava todo seu

de dependência, mas considerada menos danosa... até agora pouco se tem feito nesse sentido com dependentes de cocaína”. (Domânico & MacRae, 2006, p.374).

esforço em torno da questão de manter-se abstinente, sua opção e não seu desejo, não prestando muita atenção ao estado de euforia e aos elementos favorecedores dessa condição que, como analisaremos adiante, tinha um papel preponderante na instauração da mania.

Relata a psicoterapeuta ter valorizado, e nele se incluído, o referido discurso de centrar-se em medidas que, ao menos *a priori*, poderiam garantir a continuidade de uma vida profissional e social, inclusive suas idas à psicoterapia.

O início lógico de um trabalho como esse está na demanda e no contexto trazido pelo usuário, associado às ações integradas, de constante interação, para que seja alcançado um mínimo de fortalecimento dos meios reais de sobrevivência encontrados por ele. Se para o usuário essa for a configuração de sua demanda, é essencial que qualquer tentativa de trabalho se desenvolva dentro de sua escolha. Pelo que sabemos dos registros das sessões, Toni estava aflito com a possibilidade de retorno ao uso de merla com todas as suas nuances negativas. Naquele momento o único “setting” que lhe importava era mapear situações de seu dia a dia que pudessem colocá-lo em risco, além de, dentro dessa dinâmica, delinear com a terapeuta medidas que poderia continuar a adotar para se proteger. Uma concretude de condutas comportamentais e legitimamente imprescindíveis ao processo de busca por uma qualidade de vida dentro do contexto do abuso de drogas.

Destacadamente, essas eram as **vivências** do usuário. Era o que transcorria, a cada instante, em sua subjetividade: a contradição entre a impossibilidade de sustentar-se no uso e também fora dele. E é nessa estrutura de pensar que precisamos provocar aberturas e articular e intermediar possibilidades diversas de saída.

Precisamos insistir na coerência de privilegiarmos, quando preciso for, o externo. Indaguemo-nos sobre como cuidar de nossas experiências internas, se descuidamos, ao mesmo tempo e em igual proporção, dos acontecimentos externos que interpelam nosso corpo, nossa percepção, nossa decisão, enfim, nossa vida em comunidade?

Holanda (2003) discorre sobre a noção de vivência – a qual tão bem nos remete a uma visão sistêmica da realidade psíquica – e propõe a compreensão de uma “corrente de vivências” constituída pelo entrelaçamento de fenômenos subjetivos e de acontecimentos externos, na qual um necessariamente leva ao outro. Este argumento é uma definição inclusiva que nos chama a atenção pelo tom e caráter significativo atribuído ao que é real no fenômeno da drogadição – obviamente, e como já dissemos, sem detrimento da realidade interna.

Por ora, voltemos a nossa contextualização do caso, quando fizemos menção sobre um envolvimento “raso” na relação terapêutica.

Um “nó vincular” com a terapeuta começou a se desenvolver quando Toni adentrou emocionalmente em sua primeira relação amorosa, emaranhando-se com conteúdos diretamente ligados a sexualidade.

Faremos nesse momento um corte nesse contexto. Isso porque, não nos propomos a analisar nesse texto conteúdos psicodinâmicos e seus elementos constitutivos, como a relação transferencial que tanto contribuiu para o dimensionamento da vivência de Toni com a figura feminina. Apenas enfatizemos a enorme contribuição, é claro, da saudável transferência estabelecida por Toni com sua terapeuta, assegurando inclusive a boa evolução das intervenções. Em especial na clínica da drogadição, para quem tanto sofre na ilegalidade de sua “doença” e por isso

mesmo carrega consigo demandas emergenciais é condição *sine qua non* o estabelecimento de uma relação de referência e de suporte.

Outro importante fator de fortalecimento do vínculo foi Toni ter solicitado ajuda da profissional fora do tradicional e suposto “setting terapêutico”, e a mesma, de pronto e sem constrangimento, tê-lo socorrido.

Esta é uma limitação que nos cabe aqui destacar. É comum no *metiê* clínico presenciarmos o discurso de que trabalhar com drogaditos é ter que se disponibilizar demais. Ora, então podemos afirmar que, no contexto da continuidade do uso, trabalhar com a drogadição é travar uma disponibilidade de espectro muito além. É o mesmo que lutarmos por um alvará de licença peculiar, fora dos ditames oficiais de aprovação, já que, inclusive, a clandestinidade se fará, em algum momento, presente, ainda que com a existência de uma legislação.

Toni atribuía um sentido para seu pedido de internação por curtos períodos que ultrapassava a função de desintoxicação física. Compreendemos como mais uma busca de proteção diante da chegada da fissura, enfim, do risco do uso abusivo que não dava conta de conter. Tratava-se de movimento distante de algum tipo de institucionalização do uso de merla.

Foi assumida a postura de estimular Toni, ao solicitar ser internado, a fazer uma passagem de curta duração. Além do claro e tradicional objetivo de desintoxicação física – que também o deixaria mais fortalecido – havia o sentido de quebrar ou interromper o auge de um circuito mórbido da relação com a droga. Na verdade, o usuário não tinha uma relação referenciadora com a rotina institucional que o acolhia. Ao contrário, sua presença tumultuava e favorecia desencontros com os internos, com a equipe e as atividades institucionais. Mas era o porto seguro mais acessível que

conseguia encontrar, que o compreendia e acatava seu pedido, além do que, por ali estarem no dia seguinte os profissionais que o assistiam.

Vulnerável, Toni buscava essas curtas internações sempre na iminência do uso. Parece-nos uma proposta que se acomodou em sua vida, muito facilitada pelo frágil panorama das relações familiares e sociais. A família enquanto rede primária se disponibilizava sem ter que dispor de seu tempo.

A descontinuidade da presença familiar enquanto rede primária de apoio possivelmente explica sua procura institucional de imediato e emergencial. Podemos compreender o aspecto da curta periodicidade durante as internações como um fator muito peculiar, distante da tentativa de institucionalizar seu próprio uso, mas realmente como estratégia de proteção escolhida por Toni.

Sua rede ficava mais restrita aos profissionais que lhe assistiam, à sua chefia, por vezes alguns colegas mais próximos, nos últimos tempos a namorada, além de algumas estratégias levantadas por ele e pela psicoterapeuta para se proteger.

Podemos, novamente, questionar a inexistência em Brasília de um centro de acolhimento emergencial específico para usuários de drogas, capaz de abraçar as especificidades de sua demanda. Emergencial também cobre aqui o sentido da transitoriedade e de passagem, muito distante do conceito de institucionalizar.

Isolado, o usuário só contava com seu trabalho, importante rede de apoio e grande fonte de inspiração. Representava o “fio terra” em sua vida. A real possibilidade de perdê-lo desencadeava o pedido das curtas internações – ainda que por dois ou três dias -, como medida de proteção ao seu trabalho. Havia uma pluralidade de condutas prementes voltadas para sua preservação.

Havia, contudo, um sentido implícito - e possivelmente inconsciente – que precisamos aqui apontar. A psicoterapeuta estava inclinada à convicção de que o estado

exacerbado de euforia e agitação, desencadeador do uso da merla, tinha o trabalho como fonte motivadora de suas crises.

Longe de um pensar reducionista de a tudo atribuir uma lógica, a complexidade da função do trabalho para Toni tinha uma dimensão disparadora do estado de mania, condição supostamente também fonte de prazer. Apesar de expressar desgosto e intolerância à sobrecarga inerente as suas atividades laborais, Toni não batalhava sua saída do setor, mas ao contrário, sempre limitava as possibilidades de uma realocação profissional. Assim, indagamos aqui sobre sua contribuição para o insucesso das tentativas da psicoterapeuta em sugerir à chefia a sua mudança de setor.

Falamos de dois lados da mesma moeda: o trabalho protegendo Toni do uso e ao mesmo tempo desencadeando sua mania.

Durante todo caminhar da carruagem, a cada movimento de descarrilhamento, acordos entre a profissional e o usuário eram (des)(re)alinhavados.

Um importante momento foi o acordo da inclusão terapêutica no cenário do uso, diante das sinalizações de descontrole. Não havia uma regra sobre a inclusão dos atores nesse processo. Uma pequena e importante corrente de envolvidos foi tomando forma: a terapeuta, a chefia, depois a namorada. A família assistia fora do “palco”, de início nas primeiras filas, depois no meio, até chegar quase à última – embora nunca se retirasse totalmente, daí considerá-la como uma rede interrompida e não fragilizada. Afinal, quando se reuniam, tinham muita ascensão sobre os sentimentos de Toni.

A psicoterapeuta atribuiu a esse vaivém familiar um valor de conveniência do tipo “estamos cansados, precisamos respirar ... enquanto isso, a senhora o assiste”. Essa é uma questão com muitas brechas para discussão, que gostaríamos de adentrar com maior profundidade, mas nela não nos prolongaremos nesse momento. Apontamos também a conveniência do decreto de incompetência pela família, para justificar a não

responsabilização, e quaisquer indícios de culpabilização. Enquanto incompetentes, não havia titularidade que pudesse lhes ser levantada sobre o caso. Assim sendo, sua convocação não podia ter trânsito livre, ficando os mesmos um pouco mais resguardados de qualquer demanda de participação, além de protegidos do próprio sofrimento.

A solicitação de Toni para que alguém o ajudasse a interromper o uso, caso, no dia seguinte, não reaparecesse ao trabalho foi acolhida pela sua rede de apoio. Sua chefia isentou suas idas, limitando-se à comunicação com a terapeuta sobre a ausência do funcionário no setor. Sua preocupação em relação ao subordinado indica sua real colaboração.

Na primeira vez em que foi interrompido, Toni deixou clara a necessidade de intervenção medicamentosa para cortar seu “transe”, por não conseguir se retirar do ambiente de uso. Consta que, embora não ficasse agressivo, dizia ele haver uma ligação muito intensa, muito além do físico, com toda aquela cena. Precisava de um “terceiro” para por limite e fim àquele estado, digamos aqui, de êxtase. A medicação era o eleito por Toni, e, queremos crer, num primeiro instante, pela rápida ação psicofarmacológica.

Certa vez foi necessária a presença da Psiquiatria para ajudá-lo a retirar-se daquele contexto. Registra a terapeuta, na época,

“como um filme em câmera lenta, olhava como um bebê sorrindo, ... havia mais de 20 latas de merla em seu quarto escuro, de janelas trancadas para que o odor de queimado não saísse do apartamento. Morava ao lado da síndica, seu colchão mais tinha furos que pano, o auxiliar de enfermagem resistiu entrar naquele ambiente, não quis tocar em nada, com muito esforço recolheu, a meu pedido, as latas, colocando-as num saco de lixo”.

Apesar de ser a redução de danos uma proposta reconhecida oficialmente no terreno da legalidade, o exercício de sua prática, para muitos profissionais, ainda se faz sob o teto da clandestinidade. Embora seja uma prática bastante comum e recomendada como sensata em diversos países, segundo MacRae (2006), ainda pode acarretar, entre nós, severas penas de prisão sob o regime proibicionista atualmente em vigor.

Com base nesse pensar compreendemos a temerosidade de muitos segmentos da sociedade, desde famílias a profissionais, diante de um cenário como o narrado, se pensarmos um pouco mais além, e fizemos uma parada na dimensão jurídica e legal implícita ao contexto. Reiteremos: compreendemos sob esse ponto de vista, pois o que nos impulsiona a não aceitar é o horror escancarado e cunhado por uma carga profundamente moralista na forma de conceber a drogadição.

A própria terapeuta relata seu medo, em alguns momentos, diante do risco de sua conduta de resgatar ou ajudar a interromper rituais de uso. Apesar de a legislação brasileira oficializar a redução de danos, inclusive regulamentando-a em Portaria Ministerial, trata-se de frágil situação e de muita exposição.²⁷

Em outra ocasião, frente à dificuldade de viver sozinho seu estado de fissura, Toni demandou a ajuda da psicoterapeuta, que registra o seguinte:

“o usuário disse precisar se drogar, e que dificilmente não iria fazê-lo... não estava disposto a se dopar com SOS, nem reviver a desaprovação familiar sobre sua fragilidade diante do produto... não usava a droga havia mais ou menos umas 10 semanas ... não queria perder esse “fio” ... não passaria de uma lata e meia... e que a outra metade seria para se desacelerar”.

E ainda:

²⁷ Comparamos aqui a posição dos agentes redutores de danos credenciados no DF e apontamos a necessidade de centros de urgências, ou de serviço de teleresgate em campo, como foi construído para os casos do UDIs.

“Toni se esforçava para cumprir... Por sua própria sugestão, entregou-me seus cartões bancários e dinheiro em espécie que, segundo ele, retirou do caixa eletrônico por garantia, já que, uma vez acabado o dinheiro, sabia que não teria como se endividar. Deixou seu celular ligado e disse-me telefonar antes de escurecer. Essa série de precauções tomadas por Toni ocorreu algumas vezes. Certo dia, não telefonou e fui a sua casa. Receptivo, solicitou, aos choros, que o ajudasse a parar... tive a impressão de que “um caos foi preparado para ter um início e um fim”.

(...) realmente não havia mais drogas, e sua medicação SOS estava já preparada por ele, o que lhe possibilitava poder encarar o dia seguinte e limpar ou desfazer todo traço do ambiente que constituísse o ritual do uso. Disso faziam parte limpeza do apartamento e mudança da posição da mobília, bem como destruição e sumiço de todo aparato drogadito, até os vídeos eróticos que eram reproduzidos sem som. Sugeri comprar apenas o suficiente para o dia, mas foi assediado por seu fornecedor com um “brinde”. Ele sabe que Toni engata”.

O difícil era a finalização, é claro. E entendemos que a cena toxicomaniaca não será transformada pela simples inserção de um singelo terceiro medicamentoso. Mas, no pensar analítico da pesquisadora, a entrada em cena da terapeuta, que levava cuidados para o usuário – que tanto sofrimento relacional carregava com as mulheres – era muito significativa. Esse tipo de *setting* contribui para uma proteção real, e principalmente para re-configurar algo do interno.

Vale dizer que nem sempre Toni podia usar o recurso SOS medicamentoso na véspera do trabalho. Por vezes e conta própria ingeria dosagem além da prescrita, e ainda assim não conseguia se acalmar nem dormir. Dentro desse contexto, o perigo se impunha e juntamente a necessidade de proteção. A força que mobilizava o *Incrível*

Huck – cuja representação em Toni se associava ao despertar da mania - vinha “a galope”.

Toni transparecia seu mal-estar, deixava pistas de contextualização sobre o perigo iminente de uma suposta crise de mania, de retorno ao uso, ou de abuso. Com o passar do tempo, não apenas ele e a psicoterapeuta, mas também sua nova chefia ficou mais atenta para tais indícios. Sempre que essa o percebia mais tenso e acelerado, o chamava para conversar e/ou comunicava à psicoterapeuta. Toni não se incomodava com tais diálogos, mas, ao contrário, dizia aos profissionais se sentir mais apoiado e protegido.

Tornou-se comum que, no dia seguinte ao uso, caso ele demorasse ou não aparecesse no trabalho, a chefia procurava a terapeuta, tamanha preocupação com a situação de vulnerabilidade e exposição do servidor. Solicitava orientação sobre como agir, ou sobre algum procedimento necessário durante as atividades laborais que melhor colaborassem com o bem-estar e o bom desempenho de seu subordinado.

No decorrer dos atendimentos, Toni ao se perceber um pouco mais agitado, pedia ajuda. Demandava “cortes interventivos” imediatos, inicialmente via medicação; depois, quando estava para “arrebentar” uma crise, solicitava internação e, com o passar do tempo, optou pelo aumento das sessões de psicoterapia.

Era assim que chegava a ficar em torno de 09 a 10 meses sem usar o produto, e aprendendo a lidar com suas crises de euforia. Às vezes não se continha, fazendo um uso moderado e interrompendo um ou dois dias depois, conforme a psicoterapeuta sugeria e ele acordava.

A sobrecarga mais intensa de trabalho solicitada sempre culminava em crises de grande agitação, embora conseguisse suplantar e cumprir suas metas. E crise referiu a psicoterapeuta ao estado de intensa euforia que claramente antecedia a busca pelo

produto. Muitos foram os momentos em que referia grande carga de estresse e tensão, que procurava amenizar com horas de intensa atividade física, como correr até suas pernas não agüentarem. Se não o fizesse, sua agitação predominava, e se debruçava no uso da merla. Lembra a pesquisadora que, ao atender alguns cocainômanos numa instituição de tratamento, era comum o pedido para ser trocado o caminho composto por pedras de brita, que tinha a função de tapete para ser pisado nos momentos em que a fissura aparecesse. Melhor era entrar em contato com a dor física do que com a psíquica.

Certa vez o usuário foi pego de surpresa com a mudança de chefia. Fundamental foi a compreensão de Toni – embora inicialmente resistente à idéia - sobre a necessidade de articular uma comunicação com sua nova chefia.

A princípio, Toni informou a sua nova chefia o fato de sofrer de Transtorno Bipolar, e todo lastro que isso representava. Com o passar do tempo, como eticamente era o esperado, esclarecer toda a situação para a chefia foi uma condição *sine qua non* para a terapeuta continuar na mesma direção de tratamento.

Leiga, sua chefia procurou informações sobre a dependência de drogas e se colocou como colaborador no tratamento do servidor. Deixou clara sua disponibilidade para ser um aliado nos cuidados para com Toni. De conversas a encontros, foram muitas as explicações dirigidas pela psicoterapeuta à chefia, que por vezes demandava esclarecimentos sobre o uso de drogas e a presença de co-morbidade. Realçar a Bipolaridade para a chefia e amenizar o uso de drogas aquietava Toni. Algumas vezes essa colaboração evitou que o usuário sofresse conseqüências legais muito sérias.

Como foi mencionado, o trabalho era elemento agregador que mantinha o usuário “vivo”. Após poucas, mas claras, comunicações, sua chefia compreendeu e “vestiu essa camisa”. Empenhou-se, de forma ímpar e surpreendente, com ética,

compaixão e solidariedade, como pouco se vê. Distante do olhar romanesco e repressivo tão presente no terreno da Saúde, a contribuição da chefia teve importância superlativa para a formulação de estratégias de proteção de Toni. Conforme narrou a terapeuta a respeito da chefia,

“ao saber que Toni, por vezes, usou a droga e voltou a trabalhar no dia seguinte, e com o meu conhecimento, a chefia ficou desconfiada, apreensiva e questionadora sobre “essa coisa de reduzir danos”. Chegou a procurar no site do Ministério da Saúde. Nunca comuniquei a chefia, nas vésperas, que Toni iria usar. Reconsiderei muitas vezes sua posição institucional e suas limitações de ordem pessoal. Enfatizei a importância de seu lugar enquanto rede de apoio”.

Não se colocou em momento algum na contramão das propostas sugeridas. Não julgou, não condenou. Foi tolerante, apaziguadora diante da equipe de trabalho, **se envolveu** realmente na ajuda a que se propôs. Atendeu a sugestão da profissional e ao pedido do servidor para flexibilizar possíveis mudanças de turno de trabalho, no sentido de dar tempo da recuperação de Toni, para que ele não chegasse ressaqueado pela droga – ou pela medicação usada em função do consumo de merla - no dia após o uso.

Podemos entender que a não comunicação à chefia nas vésperas – como às vezes era comunicado à psicoterapeuta – teve a conotação de evitar o risco dela não suportar tamanha liberdade e de o usuário vivenciar como controle social. A solicitação para que o servidor não assumisse atividades que muito lhe exigissem ou o colocassem em estado de tensão foi bem compreendida pela chefia, principalmente nos casos acabados de mencionar, ou quando estava à beira de um ataque seja de euforia ou de raiva.

A elasticidade incorporada pela psicoterapeuta - no sentido de que já não cuidava apenas do usuário, de sua família, mas também da angústia e das questões de

sua chefia – nos traduz e reforça a necessidade de se trabalhar com flexibilidade de alternativas, que podem ou devem ser (des)(re)alinhavadas quantas vezes preciso for.

Apesar de ter o conhecimento sobre a dimensão da ajuda da chefia e a surpresa advinda desse fato, a família não mobilizou maior participação.

A elasticidade e flexibilidade de posturas e ações são formas de estar e trabalhar no contexto do abuso de drogas sob a ótica da redução de danos, inerentes ao que nomeamos como reversibilidade do processo. Como bem pudemos testemunhar, a todo instante presenciamos a tentativa necessária de criação ou o fortalecimento da(s) rede(s) existente(s), bem como de ampliá-la com o aproveitamento de aspectos pertencentes ao cotidiano do usuário e pela via da entrada de outros segmentos profissionais, institucionais ou sociais, e principalmente integrantes do sistema público de saúde.

Desprovidos da intenção de nos tornar sub-reptícios, para melhor dimensionar nossa concepção a respeito do que seja trajar-se do paradigma da redução de danos, argumentemos a noção de *pacto interdisciplinar* como elemento que deve estar alojado na própria base do paradigma em questão. Analisemos, para tanto, importante registro de um episódio ocorrido no caso ainda em estudo.

Narra a psicoterapeuta que o usuário, certa vez,

“se encontrava em casa e em estado deplorável, emagrecido absurdamente e desidratado. Para socorrer o usuário solicitei a ajuda profissional. Quase dois anos de atenção e cuidados, o profissional não mais se disponibilizou a ir. Percebo cansaço e descrença. Ficou igual a família”.

Por vezes, cansada ou esgotada, diremos inclusive que em alguns momentos tão isolada quanto o próprio Toni, a terapeuta buscava aliados. Tarefa árdua e difícil.

Fundamental sua dinâmica de constante interação e a harmonia de pensar. Entendemos como imprescindíveis na composição de qualquer trabalho com usuários de drogas.

É nesse espaço de articulação de saberes – “intersaberes” – nos parece se instalar e viabilizar o paradigma da redução de danos, na tentativa de diminuir as diversas situações de vulnerabilidade dos usuários e, ao mesmo tempo, buscar o bem-estar social, lhes assegurar o exercício dos direitos enquanto cidadãos, independente de suas escolhas de vida.

Uma vez mais percebemos que o conceito de redução de danos, enquanto paradigma maior, e não limitado a apenas intervenções de substituição de droga, deve estar presente em toda prática clínica e psicossocial ligada ao uso de drogas. O trabalho com usuários de drogas que se oriente nessa perspectiva não pode estar restrito apenas ao produto, mas referir-se a toda idéia e conduta voltadas para outros aspectos, como a inserção social e inserção profissional. E, no caso em questão, reduzir danos era reforçar a vinculação ao esporte e principalmente ao trabalho enquanto redes de apoio. Embora uma rede que precisasse ser melhor adequada. Reduzir danos era resignificar o trabalho como referência de qualidade de vida de Toni.

Ao anunciar que seria muito difícil não usar, aceitou a sugestão de fazê-lo somente após seu retorno do trabalho e numa certa quantidade. Quando acontecia de conseguir ficar no que havia se comprometido, realmente usava somente na volta do serviço e, muitas vezes, chegou não passava de meia lata. Havia episódios que escorregava na quantidade, mas procurava ajuda antes que se aprofundasse.

Inverdade seria afirmarmos que sempre deu certo – mas o que significa “dar certo”? – pois não se postula o reducionismo. O que constatamos é que, entre idas e vindas, entre um turbilhão de prejuízos, alguns são interrompidos, deixando

possibilidades de viver mais sanidade e menos adoecimento. Afinal, não é justamente o que importa à humanidade, viver na saúde, na paz e no bem-estar?

Um ponto já comentado, e que merece uma breve e importante pausa refere-se a percepção do usuário de que seu pensamento acelerado e comportamento agitado e eufórico eram como “porta aberta para o uso da merla”.

A dimensão funcional da substância psicoativa Merla como uma droga que acalma merece maior reflexão e estudos posteriores. Descreve a terapeuta não ser o primeiro caso, durante sua prática clínica, de sujeitos com quadro de mania conseguir certa estabilidade com o uso de merla. Em alguns casos, onde encontramos uma comorbidade e principalmente ligada ao humor, a substância se agrega como que para acalmar, propiciar um estado de bem-estar perdido, resgatar certo equilíbrio, com maior rapidez e intensidade. Fica aqui o questionamento: seria a merla favorecedora de uma travessia para depressão? Ou, não fosse tal uso, haveria a possibilidade da passagem para a depressão?

Enfim, passados cinco meses, Toni havia se fortalecido e se reorganizado. Foi-lhe sugerido o retorno a sua casa, ao seu “canto”, sempre com vistas a preservar sua autonomia, sua capacidade de lidar com tais dificuldades, e também de proteger seu espaço relacional.

Desde o início do tratamento foi estabelecido contato com sua família. Inclusive ao sair de uma de suas curtas internações foi orientado a voltar a morar por mais um período com sua irmã, até que pudesse refazer-se. Era na família que, acolhido, poderia aceder a outras escolhas e levantar forças para sobreviver. Houve época que literalmente foi sugerido seu afastamento da irmã, dada intolerância, impiedoso julgamento e indisponibilidade interna para ajuda e co-participação. É claro, não se pode negar o sentimento de impotência e de sofrimento familiar. Mas, naquele momento, a ausência

de crença na possibilidade de mudança era tudo que Toni não podia vivenciar, principalmente vindo de figura tão significativa para o usuário. Daí a sugestão para que voltasse a morar sozinho, mas que não perdesse o contato semanal – almoço nos Domingos – com a irmã, cunhado e sobrinhos. O estilo de vida de Toni, os dribles e as alternativas que levantava para escapar da merla, como por exemplo, a sugestão de amenizar a fissura com o uso da maconha, os horários incertos de suas atividades, enfim, a família não conseguia se inserir, limitação que precisava ser respeitada. Não aceitavam a idéia de trabalhar alternativas de sustentação no contexto de droga, entendendo a mesma como “recaídas” – e todo o valor moral que ainda se emprega ao termo. Aquela arcaica crença já por nós conhecida, de que, se quisesse, poderia estar sem usar drogas, pois era uma questão de força de vontade. As tentativas de acolher a família para um trabalho de sensibilização e responsabilização sempre foram em vão.

Difícil embate foi a conscientização da família sobre a importância da presença da segunda namorada, inclusive como real medida protetora para alguém tão só. Ela se incluiu no contexto de Toni e o ajudou a interromper várias situações de risco.

Em comum acordo, houve constante contato, *feedback* e articulação da psicoterapeuta com a psiquiatria, a chefia, a família e a namorada. Toni sentia-se mais aliviado, referindo proteção e menos sensação de abandono. Ainda que a família não se pronunciasse ou se mantivesse metade-presente, a psicoterapeuta fazia questão de noticiá-la sobre o percurso do trabalho. O sentido era de dizê-los que sua inclusão independia de sua presença, mas estava implícita. Uma maneira de apostar numa inclusão, ou aproximação, nem que fosse por osmose. Afinal, diz o dito popular que “água mole em pedra dura, tanto bate que até fura”.

De qualquer modo, talvez não a falta de ampliação e sim de fortalecimento de sua rede primária tornou-se fator desvantajoso nesse caso. Lembremos, afinal, que

“quando a rede é furada, só passa água, não entra peixe; não tem comida e ninguém cresce”. A rede de Toni estava furada, interrompida em lugares estratégicos para a sua evolução.

Toni nunca desaparecia. Quando o fazia, avisava e se dava um prazo. Mas a retirada da merla foi um acontecimento rápido demais, embora já corresse boatos de que tal fato ocorreria. Toni já havia tecido breve comentário sobre essa ameaça. A merla era muito bem aceita e comercializada no mercado brasiliense. Provavelmente, para alguns grupos específicos - de profissionais da saúde, da justiça, bem como usuários de drogas - o prolongamento de um drama que já é tão vivido em outros estados não foi tão surpreendente, já que, afinal, o lucro tirado na comercialização do crack parece ser muito vantajoso, não apenas no tocante ao aumento nas categorias de usuários, como também na sua mão de obra. O assustador, na época, foi a rapidez estonteante com que “crackou”. Será ter havido uma mudança funcional de percurso? Antes Toni viajava da mania à merla, da merla à calmaria; depois, da mania ao crack, do crack ao gozo pela morte. Toni procurou a psicoterapeuta, após um ano, convidando-a a um importante evento de sua vida. Disse estar freqüentando o grupo NA – narcóticos anônimos – e tem encontrado sustentação entre os seus pares. Agradeceu à profissional, dizendo não ter sobrevivido se não fosse a dedicação e aposta da mesma. Continua sozinho, sem família, morando perto do irmão que também sofre de problemas mentais.

Esperamos ter delimitado, por meio de mais esse caso, um dado fundamental: a função de (des) (re) alinhar estratégias e condutas que visem amenizar os agravos sociais e na saúde do usuário parece apenas uma das vertentes de um todo complexo que aqui compreendemos como redução de danos. Um todo nada estático - cujas partes circulam nesse terreno de vulnerabilidades - que se contextualiza em diversos níveis de intervenção, da prevenção ao processo psicoterápico, deste se constituindo não apenas

como ações interventivas, mas a própria essência do processo de transformação. Em outras palavras, por ser um paradigma complexo no contexto do consumo de drogas, faz-se mister que seja – realmente – um movimento sistêmico, aberto e elástico.

V – CONSTRUÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS SOBRE O PROCESSO PSICOTERÁPICO NA PERSPECTIVA DA REDUÇÃO DE DANOS

Refere-se o presente capítulo a algumas construções teórico-clínicas acerca de importantes aspectos constitutivos do processo psicoterápico na perspectiva da redução de danos. Esperamos que estas construções sobre o que de agora em diante denominaremos de dimensões do processo, possam no futuro servir de vetor para discussões e novas pesquisas. A partir de alguns recortes, faremos uma imersão em três das dimensões que atravessaram nosso eixo temático. Ressaltamos nesse fatiar, a exclusão de alguns itens recorrentes ou semelhantes, para evitar um estudo demasiadamente extenso. Assim, não será possível retomarmos a abordagem de todos os elementos que se projetaram no cenário, de formas variadas e nos diversos contextos. Evidentemente, foi inevitável a lógica aqui adotada de dialogar, durante a descrição e análise dos casos, com muitos desses aspectos constitutivos das três dimensões. Indispensável foi discorrermos sobre eles com maior aprofundamento e no tempo em que apareciam. Isso se deve à própria natureza do nosso objeto de estudo – processo nada absoluto e linear, de essência aberta e incompleta -, o estilo clínico da pesquisadora e a maneira como se constrói um estudo de caso.

Tentaremos nos reportar aos casos, e, na medida do possível, privilegiar situações potencialmente interativas, registrar e preservar ao máximo toda base de complexidade e intensidade implícitas, e nos esforçar para esclarecer e ampliar tais categorias. Esse percurso não significa gerar concentração de valores em torno das dimensões e suas variáveis aqui privilegiadas, em detrimento de outras que possamos vislumbrar durante a leitura. Acreditamos tratar-se de dimensões de complexa implicação no pensar da redução de danos, enquanto paradigma ou estratégia interventiva, e em particular na realidade aqui em estudo. Dimensões que se inter-relacionam, se interagem e se

integram, por isso mesmo a dificuldade de sobre elas falar, de modo isolado, como se incomunicáveis e alienantes fossem. Sem a intenção de sequer cogitar tal desconexão, ainda assim, persistimos na adoção de um caminho didático para sua maior apreensão. Contudo, não travamos um diálogo enumerado de nossas idéias e construções; ao contrário, procuramos manter uma linha mais livre e ininterrupta de pensamento.

Passemos, então, à análise das dimensões e suas variáveis, concebidas como nossas categorias de análise: a dimensão do processo psicoterápico no contexto da continuidade do uso de drogas; a dimensão da interdisciplinaridade e a dimensão das redes.

1. A dimensão do processo psicoterápico no contexto da continuidade do uso de drogas

Dos muitos aspectos desejáveis a uma abordagem como a que está em pauta neste estudo, está o de acentuar a **implicação de todos os atores**²⁸ da cena drogadita. É preciso que se apresente ao usuário de drogas um espaço favorecedor de discernimento sobre o que é melhor para si e para os outros, e assim poder fazer suas escolhas conforme seu próprio pensar e sua própria vivência. É inconcebível a idéia de recebimento passivo de estratégias terapêuticas que venham de fora do indivíduo, como bem o faz o modelo médico.

Bem sabemos não haver processo de transformação interna que ocorra de fora para dentro, e por isso mesmo não será a escolha isolada de profissionais ou instituições, por melhor técnica, procedimento ou tratamento, que levará a uma mudança no processo de subjetivação e de adesão às propostas formuladas.

²⁸ E atores aqui, conforme já dito em nossa Introdução, consideramos todo aquele que se perceba envolvido, direta ou indiretamente, na questão ou no contexto do consumo de drogas.

Para além do cuidado de não isolar o desejo do usuário, de suas escolhas e de seu pensar, e dele nos distanciarmos, o trabalho à luz da redução de danos implica também que o *aproximemos de sua responsabilidade*, tanto no que diz respeito ao seu tratamento quanto às consequências daquilo que pratica durante o uso, seja em direção a si seja ao outro.

Implicar o usuário em suas escolhas significa, antes de tudo, ajudá-lo no resgate do direito de exercer sua liberdade, quesito essencial da noção de cidadania, um direito tão tutelado num passado tão presente. Oportunizamos a ele a apropriação de sua condição de cidadão – ou a construção de um saber sobre a mesma -, ao convidá-lo a se implicar, não na renúncia de seu objeto de prazer ou de gozo, e sim num projeto de consumo mais responsável, seguro e consciente. Um projeto que viabilize o exercício de sua própria escolha - a continuidade de sua relação com a droga -, num nível mais próximo da preservação e proteção de sua saúde. Todavia, trata-se, ao mesmo tempo, de convocá-lo a não se despojar de suas responsabilidades sociais e compromisso para com o bem-estar coletivo.

Diferente daquilo que muitos autores incessantemente vêm denunciando como segregação das escolhas e vivências drogaditas, favorecedora de mais riscos, declínio moral e social, a idéia aqui concebida de *implicação* é ampla e complexa, e não se refere apenas à implicação do usuário. Por isso mesmo reverte o trilho para a *desinstitucionalização* do consumo e nos coloca a caminhar na contracultura de posturas radicais dentro dos modelos da abstinência e da internação.

Movimento indispensável é o de nos remeter constantemente ao outro lado da moeda: a *implicação institucional ou profissional* ao trabalhar dentro do contexto da continuidade do uso de drogas, com todas as consequências que esse aporte contextual impõe, inclusive legais. Tarefa difícil, provavelmente doída, esse tipo de envolvimento.

Entendemos, não apenas pela realidade imposta ao processo, como também pela necessidade de envolvimento e de compromisso emocional, afetivo e social, além do imprescindível despojamento moral e de julgamento por parte dos atores que se elegendem cuidadores²⁹. Essa é a essência da prática na perspectiva da redução de danos.

Evidentemente, falamos do processo de desenvolver uma *escolha compartilhada* – ainda que no solo da divergência de pensar – cujo alcance só é possibilitado pela via do que Morin (2005) aponta como imperativo da *ética, compreensão e solidariedade*. Ao discorrer acerca da compreensão e da auto-ética implícitas nesse tipo de escolha, o autor fala que

“... compreensão indica envolvimento, algo que abraça, nos sentidos cognitivo e afetivo... a compreensão complexa não reduz o outro a somente um de seus aspectos, traços ou atos, mas toma em conjunto suas diversas dimensões ... insere nos seus contextos simultaneamente as fontes psíquicas e individuais dos atos e das idéias de um outro, suas fontes culturais e sociais, suas condições históricas. A auto-ética é um ato transcendental que nos liga às forças vivas de solidariedade, anteriores às nossas individualidades, originárias da nossa condição social. Une-nos ao outro, incita-nos a compreender a condição humana, com seus desvios, ilusões e delírios, reclama-nos a reforma, o amor, a fraternidade, o perdão, a redenção. (Morin, 2005, p.142).

²⁹ Embora concebamos uma idéia mais ampla e complexa, da qual cuidador seja aquele que cuida de sua relação com a questão do uso de drogas, nos referimos aqui como **cuidador, àquele que cuida** do cenário drogadito – desculpem-nos a redundância, mas é o sentido literal que estamos reivindicando. E, em alguns momentos, é claro, inevitável é desdobrar alguns preceitos à Justiça e à Segurança.

Uma escolha compartilhada que passa a fazer parte de uma trajetória de luta e investimento coletivos, promotora de conhecimentos e responsabilização conjuntos. Trabalhar à luz da redução de danos significa buscar construir uma *participação coletiva*, na qual em algum momento, suspendemos o desencontro de idéias, nos abstermos de ganhar discussões e compartilhamos opiniões sem hostilidade, para então sermos capazes de pensar, juntos, o sofrimento do outro. Referimos a provocar uma *consciência participativa*. Ao invés de persuadir e convencer, arrancar ou eliminar pressupostos, participar com a sua suspensão naquele contexto, para que o *pensamento coletivo* possa se construir e fluir. Já adentramos, nesse momento, numa concepção interdisciplinar. Como de início avisamos, essa é uma discussão de temas eminentemente entrelaçados.

Ora, só o diálogo pode dirigir “tal cena”. Acselrad (2000) destaca que, diante da dependência, o discurso preventivo referendado pelos órgãos oficiais – que muita influência tem na formação de pressupostos coletivos – opta ainda por ações drásticas e potencialmente marginalizadoras. Segundo Acselrad,

“fala e escuta não estão intercambiáveis. Está claro, nessa construção, procedimentos de exclusão do envolvimento coletivo, a negação da possibilidade de esclarecimento e da reflexão sobre o cotidiano” (Acselrad, 2000, p.184)

“O discurso de cópia não incentiva a autonomia, considerada um perigo em si,, as respostas estão incluídas em um texto anteriormente dado, onde todas as verdades foram dispostas claramente, sem espaço para dúvidas” (Acselrad, 2000, p.185).

A autora deixa-nos claro que o diálogo entre os atores resgata o *saber coletivo*, onde todos são considerados sujeitos de transformação e não meramente agentes de repetição.

Podemos trazer o trabalho realizado com a família (mãe) de Alberto, nosso caso 01, que mesma afeiçoada a seus valores e pontos de vista, mobilizou-se dentro da divergência e incerteza. Também reportemos à atitude da chefia de Toni, nosso caso 03, que ao disponibilizar-se ao diálogo, à escuta, ao conhecimento, compreendeu com ética e solidariedade, dificilmente vistas. Assim foi – e é - possível a ruptura do isolamento, em si favorecedor de situações de risco, e de certa forma, com uma tradicional função de “*vigiar e punir*”, como bem lembra Acselrad (2005).

Concebemos o processo de implicação nesta proposta como um *colocar-se no contexto ou submundo da droga* - o que envolve uma reconciliação do conflito de nossa relação com o uso de drogas. Todo aquele que se propõe à reflexão sobre o fenômeno do consumo de drogas, deve necessariamente integrar-se nesse contexto. Não propomos aqui a experimentação das drogas, e sim que se coloque no lugar do outro, no sentido de criar um olhar humanizado ao seu adoecimento. Não um olhar devorador ou acusador, como se devesse o usuário reparar a família e a sociedade – até porque, já basta a auto-reparação que precisará dar conta.

Longe de apologias acerca do uso de drogas, falamos de um tipo especial de postura que exige mútuo trabalho de *inclusão*. É um pensar complexo, pois exige mais que parceria, digamos, certa trama de pensar e agir, e por que não dizermos “conluio”, já que conversamos sobre um trabalho cuja prática profissional, também se passa dentro de um contexto “clandestino”, de ilegalidade, embora não o seja no texto da lei. Não nos aflijamos, pois veremos que a contradição faz parte da natureza de toda complexidade, e não seria diferente em nosso contexto. Afinal, fazemos parte de uma sociedade onde o

direito legal parece ser relativamente mais fácil de ser construído, do que o *direito moral* de ser alcançado.

O contexto da implicação e inclusão dessa clínica favorece a *comunicação* entre seus atores. Aliás, Morin (1983) afirma que a dificuldade de estarmos no contexto da complexidade relaciona-se a fazer comunicarem-se as instâncias separadas do conhecimento, e aqui aludimos, uma vez mais, a uma postura interdisciplinar.

O fortalecimento da persistência necessária ao ininterrupto re-alinhar de ações e reflexões, bem como a tão desejável e temida ousadia de riscos nas intervenções que “assistimos” em nossa leitura nos remete à concepção de *apostar*. No pensamento complexo agir significa decidir, escolher, mas também apostar. Ora, a aposta implica a consciência do risco e da incerteza, e o pensamento moderno compreende que nossas crenças mais fundamentais são objeto de uma aposta. Em todos os casos aqui apresentados, muitos foram os momentos em que seus atores caminhavam na “berlinda” – no risco, na incerteza, nas derivas e bifurcações, e como registrou a psicoterapeuta “... *num campo minado, esticando as pernas de um lado para o outro e, por vezes, voltando ao passo anterior...*”, sempre à procura de maiores possibilidades de vida. Apostar é lutar contra o acaso, que é muito aleatório, incerto. Impõe imprevistos, incontáveis mudanças de rumo. Supõe a complexidade, iniciativa, consciência dos desvios e das transformações. Tudo isso nos obriga à vigília, nos faz esbarrar com o inesperado, nos coloca à inovar... “*se o crack está te deixando muito noiado, tenta mesclar com a maconha*” ou “*se está difícil não usar de noite, muda seu turno de trabalho, assim voce não se expõe aos riscos de*”. Significa construir “espaços de tolerância” voltados para o cuidado. Se não é possível termos um Centro de emergência, ou as conhecidas “salas de tolerância” holandesas (Marlatt, 1998), que possamos criar tais espaços nas relações. Significa, segundo o pensamento complexo, mudar de itinerário, alternar com base na

intuição, na *reflexão* e também na *prudência*. Estar na complexidade do fenômeno do uso de drogas à luz da redução de danos é não nos deixar mobilizar pelas insuficiências do determinismo, da clareza e da ordem, embora não os recuse – afinal, se alguém já perdeu um de seus rins, seu caminho não pode ser tão indeterminado. É puro *desafio*, característica inicial do pensamento complexo norteador do contexto de uma clínica movimentada pelo paradigma da redução de danos. E já que chegamos a este ponto, ao falarmos de aposta e desafio, Morin (2005) fala que o *perdão* é uma aposta, um *desafio ético* na possibilidade de transformação. Acrescentemos que o favorecimento dessa possibilidade é direito à cidadania.

Neste momento nos referimos a princípios preconizados como fundamentais e inerentes à prática da redução de danos, como o desenvolvimento de *confiança*, *vinculação* e *transparência* nas relações. É somente com base em tais princípios que se pode aceitar um trabalho tão complexo de riscos e represado de idas e vindas. Um trabalho onde o problema na relação dos envolvidos é muito menos o retorno ao uso, e muito mais a sua não comunicação, pelo significado que tem de “meia” confiança e transparência. E já afirmamos que confiança se desenvolve somente no terreno da compreensão, da solidariedade e do perdão.

É preciso que se construa um senso comum na clínica da drogadição, onde o alto grau de verticalidade e distanciamento nas relações entre o usuário, a família e os profissionais dê espaço ao diálogo, e principalmente à escuta. Uma clínica complexa e movimentada pela articulação com os princípios da redução de danos. Podemos falar em descentralizar o problema que é convenientemente unilateral; ou descentralizar o estigma do dono ou produtor do problema ou da doença; ou, ainda, entender como uma questão de compartilhar poder e não de exercer poder. De qualquer forma, se é

participar para transformar, todos somos sujeitos co-partícipes desta função subjetiva, mas também coletiva.

Destaquemos ser o diálogo um dos três princípios básicos implícitos para pensarmos a complexidade (Morin, 1991). O princípio dialógico envolve a existência simultânea de aspectos complementares e antagônicos – e não antinômicos. Aspectos onde, no conflito entre a ordem e a desordem, se suprimem um a outro, mas por vezes, se colaboram e produzem organização. Assim é a natureza do nosso objeto de estudo. Como visto nos casos apresentados, uma natureza que não pensa a fragmentação de saberes. Focaliza as relações possíveis e necessárias entre as alternativas da realidade e efetiva as contribuições. Uma natureza que se caracteriza na interdisciplinaridade.

Para adiantarmos, tratam-se os outros dois princípios, o da *recursividade* e o princípio *hologramático*. A noção de recursividade refere-se ao movimento de tornar a correr, de percorrer de novo. O inesgotável movimento de vaivém das ações implementado no processo em estudo. A recursividade encerra o importante aspecto da contradição - tão característica de nosso objeto -, que precisa ser aceito e superado, ao contrário de encaminhada, como adiante mencionaremos. A recursividade no fenômeno da drogadição pensado à luz da redução de danos refere-se a não-linearidade dos acontecimentos e das intervenções entrelaçadas, àquilo que provoca o contínuo movimento de re-alinhar modos reflexões. Assim é que contextualizamos o fenômeno da dependência, concebendo-o como sistemas complexos, com múltiplas interações inscritas numa causalidade nada linear.

E, por fim, a relação do terceiro princípio moriniano com o nosso objeto de estudo está na concepção de que *não apenas a parte está no todo, mas o todo está na parte*. Se não podemos conceber o fenômeno da dependência sem considerar suas vertentes biopsicossociais, também não podemos pensá-las isoladamente como

suficientes para emergir tão complexo fenômeno. Assim, a complexidade do fenômeno da drogadição na perspectiva da redução de danos nos leva a entrelaçar tais princípios.

Uma das possibilidades desta clínica é poder *re-significar os lugares de cada um*. Não é tornar a família cúmplice de um ato ilícito, como pensava a mãe de Alberto (caso 01) e pensam muitas famílias ao ouvir sobre esta abordagem, mas torná-la co-partícipe de um problema que é antes de tudo também seu. Esse é um dos pontos de partida desse tipo especial de trabalho: *tirar o problema do usuário e distribuir participação e competência*. Buscar uma redefinição e *re-pertencimento* daquilo ainda conhecido por doença, desvio ou falta de caráter. Enfim, acabar com a concepção de que há um autor de um mal, alguém que buscou a doença, o mal-estar, o adoecimento coletivo. Um autor que deve reparação e a quem cabe o recebimento da vingança e punição sociais. Isso é perverso, e o paradigma da redução de danos vem para interromper o circuito dessa perversão, na medida certa de sua proposta de implicação, inclusão e re-pertencimento. Vem para denunciar - e nada nos parece mais pertinente arriscar - a camuflada “*Lei de Talião*” *do olho por olho, dente por dente* referenciada por Morin (2005), que pela via do castigo e punição, acaba segregando nossa capacidade de compreensão e transformação.

Pensar sistêmica e complexamente exige mudança de crenças muito básicas. Exige persistência e compromisso profissionais de levar o social a ampliar suas relações com a questão do consumo de drogas e não apenas com o usuário. Isso representa proceder à contextualização do problema, tirar o foco daquilo que é conveniente – seja para o usuário seja para família seja para a sociedade – e incluí-lo ou reintegrá-lo nas relações.

É uma proposta de fazer com que todos lidem com a *tolerância ao diferente*, o que nos remete à forma com que lidamos com nossa própria natureza contraditória. Para

não perpetuar o problema do uso desenfreado de drogas, se preciso for, trabalhar dentro dele, inserir-se ou abraçar o contexto da sua manifestação real e direta, nos inter-relacionando com os sistemas triangulares nele envolvidos, tão bem descrito inclusive por Olievenstein: a droga, o sujeito e o contexto.

O paradigma da redução de danos convoca a todos enquanto co-autores e co-autores, cada qual possuidor de responsabilidades e possibilidades diferenciadas, num tempo também diferenciado, para adentrar em seus *sistemas triangulares*. E essa forma de pensar e estar no contexto da dependência de drogas tem suas raízes no sofrimento, na incapacidade ou impossibilidade do usuário de vivenciar o problema/sintoma na condição de não-uso. Associamos a dificuldade de se manter na abstinência, não somente ligada ao contexto mental – quando a droga funciona como espécie de suporte automedicamentoso amenizador de angústias existenciais ou transtorno mais acentuados. Muito menos ligada somente ao contexto social, onde o contexto da dependência expressa uma real garantia de socialização e dependência dos pares, como Alberto, nosso caso 01. Atrelemos a esse último o contexto psíquico, ligado aos aspectos psicodinâmicos, onde a retirada da droga significava ruptura numa relação mãe-filho fusional e provavelmente sustentada ou reforçada pelo uso da maconha. Um contexto a ser talhado/trabalhado/tratado segundo o movimento de possibilidades dos envolvidos nessa relação.

Ainda situados no mote da singularidade do vínculo estabelecido entre os usuários e os profissionais – uma vinculação inerente à construção de redes de apoio - avancemos um pouco mais e na abordagem da passagem de uma relação “rasa” para uma *relação de referência*. É certo que estamos falando de uma relação que possa produzir “ondas magnéticas” de compreensão, solidariedade e respeito no processo iniciado. Uma relação que ofereça espaços possíveis de identificação e pertencimento,

de continência e consistência. Lembramos que Elkaim (2000) fala sobre o fenômeno da produção de *ressonâncias*. Acreditamos permear sobre essa concepção, por ser algo que acontece e ecoa por todo campo onde se situam os atores do cenário drogadito. Algo que nos é trazido - embora pré-exista e com ele nos relacionemos antes mesmo de com o outro chegar -, e que, quando em contato, nos leva a rever uma série de aspectos da nossa própria realidade individual, familiar e social. Esse estado de ser e de estar nas relações, que ao transformar o outro, inevitável é nossa transformação. Por isso, queremos crer, engana a si aquele que acredita que implicar-se significa submeter-se ao contexto do uso de drogas. Ilusão é acreditar poder se excluir de sentir e pensar essa questão.

A lógica desse trabalho está naquilo que queremos ou faremos com a demanda e o contexto que nos são trazidos. E assim deve ser desenvolvida qualquer tentativa de cuidados, ainda que sob riscos e incertezas. Ao contrário de aqui provocar ou escandalizar tradicionais e pensantes clínicos, é preciso compreender que, o usuário, melhor que ninguém, sabe a configuração do tratamento que suporta aderir.

Recorremos ao que preconizou Freud, ainda nos anos 20, que o analista deveria adaptar a técnica às singularidades do sujeito, e esse ajuste deveria ser constantemente redefinido. A pesquisa realizada vem corroborar com esta concepção de que, o único setting possível, em determinados momentos, é aquele mapeado pelo usuário. Isso tem a ver com o que alguns psiquiatras fazem ao abordar seu paciente: “o anti-depressivo irá ajudá-lo muito: prefere o que vai lhe acarretar aumento de peso, ou o que diminuirá sua libido? E por que não: é muito ruim o espectro de prejuízos sociais e a sua saúde relacionados com a cocaína: podemos fazer uma tentativa de ficar só no uso da maconha? ...ou podemos experimentar uma troca pela maconha? ...ou podemos pelo

menos ficar com o uso no período noturno?...ou podemos tentar só meio cigarro a cada vez que fumar?”

Essa é a dinâmica relacional a construir para ajudar quem está em pleno adoecimento a buscar meios reais de sobreviver: nós profissionais é quem temos condições de nos adaptar a essa realidade, ou minimamente construir tais condições. Uma dinâmica definida por uma concretude de ações legitimamente fundamentadas nas vivências do usuário e imprescindíveis a sua qualidade de vida. É assim concebendo que provocaremos aberturas, que iremos articular e intermediar possibilidades diversas de saída dos agravos e das condições de risco, e assegurar sua boa evolução.

O pedido de ajuda que implica nossa saída do tradicional e suposto “setting terapêutico” marca a singularidade desse tipo especial de vínculo. É como se levantássemos um alvará de licença peculiar para funcionar fora dos ditames oficiais de aprovação, inclusive porque a clandestinidade se fará, em alguns momentos, presente. E aqui referimos também a saída da família de seu sistema de pressupostos, para adentrar-se numa seara, *a priori*, repleta de riscos e incertezas.

Apesar de ser a redução de danos uma proposta reconhecida na legislação brasileira e portar o status de programa oficial do Ministério da Saúde, o exercício de sua prática, para muitos profissionais, ainda se faz sob o teto da clandestinidade com todos os riscos a ela inerentes. Até mesmo para os legalmente reconhecidos redutores dos programas oficiais de redução de danos. É nesses termos que compreendemos o medo e a angústia de muitos segmentos, diante de um cenário como o relatado em nossos casos, se pensarmos na questão jurídica implícita ao contexto. Uma questão que propicia sentimento de solidão por parte dos profissionais, empurrando-os muitas vezes ao desgaste, à desistência e à paralisia de ações. A própria psicoterapeuta relata sua apreensão, em alguns momentos, diante da conduta de ajudar a “interromper” rituais de

uso, ou de se esbarrar com duvidosas quantidades de drogas ou resquícios delas no momento de “resgatar” o usuário. Uma exposição que coloca a si e à equipe em riscos reais – como exemplo, serem abordados pelo aparelho policial -, deixando em suspense certa cumplicidade, por vezes vivido como constrangedores.

E já que falamos de medo, podemos aqui mencionar os possíveis e justificados temores e preocupação médica, durante o trabalho num campo minado pela falta real de garantia nas ações interventivas levantadas. A função de amenizar o sofrimento do outro e ajudá-lo na proteção de sua saúde legítima a postura médica de ousadia, coragem e persistência. *Per si*, a não imposição de procedimentos que pudessem ser fonte de frustração e mais constrangimento aos usuários, de distanciamento das intervenções e isolamento na rua, rondavam a decisão de não encaminhar.

Acolher, trabalhar com o restrito, com o que se apresenta – muitas vezes sem nos dar o prazer de fatiarmos a parte com maior perspectiva de bons resultados. É trabalhar o risco e no risco, o que envolve sobremaneira a dinâmica relacional do diálogo e da negociação.

Já nos reportamos à idéia olievensteiniana de uma clínica do movimento, e aqui a concebemos como sua característica o vaivém de (re)construções ininterruptas de pensar e agir. Traremos agora o que Silveira (2006) expressou como uma *clínica da negociação*. Entendemos ser uma clínica onde se sugere e nada se impõe; no máximo se negocia. Um trabalho movimentado por acordos de participação mútua, em que a cada descarrilhamento é visto como natural, e de pronto novos caminhos são mobilizados e (re) alinhavados. Um espaço para várias e diferentes falas, onde se presencia o desmanche de preceitos discriminatórios e de julgo moral, que se sustentam numa restrita visão do produto, como é o famigerado e tradicional conceito de recaída. Um lugar de novas produções de sentido, onde a concepção de retorno ao uso – ou repetição

- que tanto aflige o usuário, não mais representa fracasso, mas *condition sine qua non* de todo processo de transformação interna. Negociarmos não é o ato de apenas ajudar na instrumentalização de recursos e medidas mais protetoras. É principalmente oferecer uma relação identificatória mais saudável a alguém que se encontra represado por um modo de funcionamento mórbido de sobrevivência psíquica e social. Essa noção de negociar está atrelada à idéia de *fazer com*, de *juntos garimpar* frestas. No pensamento complexo diz-se que não se trata de acordar e sim de, pela via da complementaridade, superar antagonismos e contradições. Acrescentamos aqui, a flexibilidade de posturas e ações como forma imprescindível de estar nesse contexto. Só assim poderemos esperar alcance sobre as condições de riscos e de agravos presentes no cenário do consumo de drogas, sobre aspectos que afetam, sobremaneira, a dimensão individual e coletiva, como as mudanças de comportamento de risco e o favorecimento do retorno ao diálogo.

Aspecto de incontestável importância é a compatibilização de nosso objeto de estudo com outros eixos de prevenção – como visto no capítulo II – e outros níveis de intervenção. Além do regime ambulatorial, preconizamos como conciliável o trabalho de conscientização acerca da perspectiva da redução de danos ainda que no regime de internação. Acreditamos ser mais adequado ajudarmos o usuário a enfrentar suas escolhas, do que junto com ele negá-las – por medo ou conveniência – e promovermos mais uma tentativa, por si só e desde o início, frágil de sustentação. Pensemos em Rafael, caso referenciado na introdução desta dissertação, que bem poderia ter se beneficiado com propostas distantes da institucionalização de sua dependência, se não lhe fosse apresentada uma visão compulsivamente fechada na manutenção das condições de não-uso, fora de seu desejo, e principalmente distante de sua capacidade de lutar pela autonomia diante do consumo de drogas.

Esse é o cenário enfrentado pelo *terapeuta redutor de danos* (Delbon, 2006), que trabalha na incompletude e no desafio de permanecer na flexibilidade, sem perder de vista que, a todo instante, ele é a referência de limite entre as partes da relação terapêutica. Satisfazer-se com poucos ou pequenos ganhos e com objetivos que nem sempre perduram.

2. A Dimensão da Interdisciplinaridade

“O olhar e a escuta que se sustentem de natureza diversa são a metáfora que instaura e subsidia a interdisciplinaridade, e auxilia sua efetivação” (Ivani Fazenda)

O conhecimento acerca do lugar de onde se fala é *condition sine qua non* para investigarmos como nasce e se desenvolve uma postura interdisciplinar no cotidiano da prática psicoterápica, e em especial, da drogadição sob a ótica da redução de danos. Façamos, então, breve caminhada pelas principais “avenidas” conceituais, cujo roteiro está propositadamente dirigido para nosso objeto de estudo e interesse.

Por mais familiar que o termo possa nos parecer, a definição de interdisciplinaridade já envolve uma atitude de abertura e complexidade, sendo necessária, a chamada de autores e pensantes que se dedicaram ao estudo da interdisciplinaridade – educadores, pesquisadores, psicoterapeutas, psicanalistas, sociólogos, juristas, matemáticos, enfim, pareceu-nos interminável a revisão da literatura nos mais variados campos de conhecimento. Alguns foram importantes fontes de referência para abordarmos a trilha interdisciplinar realizada em nossos casos clínicos.

A interdisciplinaridade surgiu no final do século XIX, pela necessidade de dar uma resposta à fragmentação positivista na concepção dos fenômenos. Após longas

décadas convivendo com o reducionismo científico, a idéia de interdisciplinaridade foi reclamada com vistas ao restabelecimento do diálogo entre as diversas áreas do conhecimento científico (Fazenda, 1994).

Na visão de Fazenda (1991), fazer interdisciplina não se trata de simples trocas de informações, mas uma busca de envolvimento, compromisso e reciprocidade entre os diversos saberes. Requer autêntica vontade de cooperação, de diálogo, de abertura ao outro.

A construção de *atitudes e condutas interdisciplinares*, como as expostas em nosso objeto de estudo, é uma forma sistêmica e integrada de lidar e sobreviver a causas compostas por vertentes de naturezas muito diferenciadas.

Considerando a gênese do fenômeno da drogadição como o encontro – “*infeliz*”, segundo Bucher (1992) – do sujeito com a droga num momento sócio-cultural, não há como escaparmos de uma apreensão sistêmica e interdisciplinar voltada para sua complexidade. Um encontro de causas que reclamam atitudes relacionais pautadas no reconhecimento de competências e incompetências, possibilidades e limites da nossa própria disciplina e saber, como também, no reconhecimento e valorização do saber alheio. E, acrescentemos ao reconhecimento do saber científico, o saber do próprio usuário de drogas e de sua família.

Foi pelo pensar interdisciplinar que o processo investigado conduziu à criação de expectativas de prosseguimento e abertura de novos enfoques, aportes ou alternativas de vida, ainda que, algumas mais permanentes, outras mais temporárias. Aliás, de acordo com Fazenda (2001), o caráter *provisório*³⁰ das alternativas ou situações é inerente em todo trabalho interdisciplinar, como bem podemos perceber em nossos casos clínicos. Isso se explica, pelo fato de nele povoar uma *pluralidade* de concepções, que, muitas

³⁰ Segundo Ramos (2001), Heráclito (2.500 a.C.) afirmava que o único elemento constante no mundo é a mudança, pois tudo é devir, nada permanece, tudo é provisório.

vezes, desemboca na ambigüidade ou contradição. E é justamente, a partir desse encontro heterogêneo que se constrói o olhar interdisciplinar: na contradição de situações, onde os discursos não se anulam, mas se integram na busca de um objetivo comum, nos incitando a superações ou reformulações. O encontro com a *ambigüidade*³¹ facilita o estabelecimento dos mais diferentes diálogos, a recursividade das múltiplas conversações. Pressupõe abertura, movimento, desapego. Leva à compreensão de que o sentido da vida é relacional, e que “... *somos todos cúmplices de algo neste mundo*”.

Essa visão sistêmica e contextual, que reconhece que tudo está interconectado, entrelaçado, da impossibilidade de encontrar a totalidade ou as verdades acabadas, está implícita na articulação de um pensamento interdisciplinar.

Na contraposição de diálogos, existe um caminho que se faz e se refaz, alinhava e se re-alinhava, que ora se conclui, ora muda de horizontes.

“É nesta convivência pacífica-conflitante entre Eros e Tânatos mantida por tênue equilíbrio que surge o homem” (Fazenda, 2001, p.42).

E, ainda,

“É neste devir, no ir e vir interior e exterior, onde se faz quebrar os espelhos do Narciso que habita no âmago de cada um, no desarticular da trama do conflito, que concebemos a verdade, mesmo que momentânea” (Fazenda, 2001, p.43).

Surge então, da ambigüidade, e como princípio da dimensão interdisciplinar, a *coerência*, que dá consistência ao olhar, ao agir e ao falar. Fundamenta Fazenda (2001), que a coerência faz com que nosso desejo individual adquira força suficiente para se transformar em vontade coletiva, em um projeto interdisciplinar. Contudo, alerta que, para se chegar à coerência é preciso se conhecer e conceder-se a capacidade de mudança e abertura, humildade, respeito e desapego.

³¹ “Atuar na ambigüidade é atuar na interdisciplinaridade. Ser ambíguo é permitir-se oscilar entre diferentes contextos, mas estar dentro do processo. É permitir-se trilhar na emoção e na razão” (Fazenda, 2001, p.42).

Num itinerário de idas e vindas, fundamenta Fazenda (1999), estabelecemos *parcerias* com iguais e diferentes – categoria maior de uma atitude interdisciplinar -, significamos as coisas e as relações, aprendemos que a intersubjetividade é muito mais que uma simples troca, pois o segredo está na *vontade e na intenção* da troca.

Nos processos investigados, as relações intersubjetivas, surgidas da atitude interdisciplinar das profissionais, se pautavam num desejo e numa busca comum de transcender o sofrimento do outro. A postura interdisciplinar praticada nos referidos processos, parece não ter sido balizada por métodos ou verdades inacabadas. Ao contrário, se alicerçava em indícios ou vestígios, nada lineares. Na incerteza desses vestígios, se articulou a conduta interdisciplinar, de forma gradual, na tentativa de, intuitivamente e com base nos conhecimentos, encontrar alternativas às inquietações implícitas no pedido de ajuda dos usuários de drogas.

Fazenda (2001) referenda tal movimento como uma *espiral interdisciplinar*³², onde se articula ponto a ponto, num constante movimento, que está longe de ser acabado. Uma mobilização que implica o incômodo e o desafio de se trabalhar e se pensar a partir da desordem, longe de toda forma convencional.

Na perspectiva da autora, parte-se de uma liberdade científica, antes de tudo fundada no desejo de inovar, de criar ou de transformar uma realidade. Uma liberdade sustentada no diálogo e na cooperação. O olhar interdisciplinar deriva da vontade de articular saber, conhecimento e vivência, pressupondo sua integração. Trata-se de movimento indispensável ao tratamento de fenômenos multifacetados, como a drogadição, e, principalmente, no contexto configurado pela continuidade do uso da droga.

³² Vasconcelos (2002), de igual forma, traz a idéia similar de uma *espiral sistêmica*.

Constatação produtiva no trabalho psicoterápico na perspectiva da redução de danos em estudo é essa extensão ininterrupta de troca e cooperação entre seus atores. Conduta interdisciplinar que permitiu, muitas vezes, a entrada de um terceiro, se não rompendo, ao menos interceptando, em algum momento, o circuito dual com a droga, de natureza pulsionalmente intensa, exclusiva e auto-destrutiva. O *amparo interdisciplinar* andou participativamente de “mãos dadas” no enfrentamento das condições psíquicas e psicossociais dos usuários de drogas sujeitos das intervenções, como no enfrentamento das condições de seus cuidadores – que levantaram maiores chances de não caírem na descrença e no cansaço, como foi o caso de um dos profissionais envolvidos com Toni, nosso caso 03. Afinal, trabalhar na ambigüidade dos fatos envolve certa confluência de movimentos engendrados na ousadia, na paciência e na espera. Somente na trilha interdisciplinar que se sobrevive às urgências demandadas pelo usuário de drogas.

A interdisciplinaridade remete ainda à idéia de poder. Ela não anula as formas de poder que todo o saber comporta, contudo, requer *disponibilidade* para compartilhar um saber, do qual ninguém é proprietário. Daí ser imprescindível tornar nosso saber público, discursivo e acessível à compreensão do outro. E aqui falamos em *reciprocidade, um regime de co-propriedade com vistas ao diálogo e à compreensão* (Fazenda, 1994).

Ao falarmos em atitudes interdisciplinares como a vontade e a disponibilidade, há que introduzirmos o pensar de Giongo (2003): “há o desejo de interdisciplinar?”.

A autora reflete que

“a aposta numa postura interdisciplinar surge a partir da necessidade de uma intervenção que busque tomar um sujeito, sem compartimentá-lo nas diferentes disciplinas que dele possam se

ocupar. O trabalho clínico – e aqui inserimos, da drogadição à luz da redução de danos - é uma escola de interdisciplinaridade, pois muito nos ensina sobre a importância de escutar e recorrer a outros saberes, além de nos convocar a intervir em conjunto”. (Giongo, 2003, p. 13)

Ainda na visão de Giongo (2003), a experiência mostra que o desejo de interdisciplinar do analista surge no interior de uma análise, quando ultrapassamos as fronteiras do simbólico e imaginário. Melhor dizendo, quando, por alguma razão, algo do real se põe na cena. E aqui podemos perceber a aproximação com as prática psicoterápicas desenvolvidas nos casos em estudo, onde, no sentido literal da palavra, **o real transborda**.

Em nossa prática clínica psicoterápica, muitos são os momentos que necessitamos de outros campos de saberes que cooperem nas diferentes e necessárias direções demandas por uma realidade de sofrimentos diversos. Saberes que, de alguma forma, trazem sustentabilidade ao processo de mudança, bem como abertura para alternativas que muitas vezes está além de nós, psicoterapeutas.

Verbalizar pedido de ajuda, recortar escutas de outras áreas e inseri-las em nosso trabalho é *viver a e na interdisciplinaridade*. Se não há generosidade e atitude de humildade para com nossas limitações, também não há como ensiná-las àquele que sofre, e fazê-lo alcançar a imprescindível ampliação do foco de seu sofrimento.

Encaminhar é verbo que deveria contar obrigatoriamente com “interdisciplinar”. *Não encaminhe, mas acolha e interdiscipline*. O problema de base é que tais verbos requerem os referidos pressupostos antes cogitados. Envolve compartilhar – limitações, impossibilidades -, pedido de ajuda, des-hierarquização de pensar e agir. Há o desejo e a disponibilidade para interdisciplinar?

Engana-se o terapeuta, profissional ou cientista que acredite só ganhar com a interdisciplinaridade aquele que sofre. Todos os atores da cena drogadita, quando interdisciplinam, se transformam. E construir interdisciplinaridade não se restringe a contar com o outro num mesmo espaço físico. Muitas vezes presenciamos, e nossos casos bem o apontam, pessoas que desejam e se mantêm na *interdisciplina*, mesmo na distância; enquanto outras, ocupantes de um mesmo serviço, desejam o *isolamento* e nele se mantêm. Matos (2001)³³ acentua que a distância no *espaço* é um fator a ser considerado na interdisciplinaridade, pois, sujeitos envolvidos num processo interdisciplinar podem trabalhar de forma coerente e eficiente mesmo quando afastados no espaço - e no tempo.

Mas não falamos de mera convocação de diferentes especialidades para dar conta de um único contexto. Se assim fosse, correríamos o risco – e de riscos estamos já represados – de os vários saberes técnico-científicos fragmentarem os novos lugares que poderiam advir.

A essa altura de nossa caminhada textual, lançamos alguns atributos da interdisciplinaridade, que permearam a prática aqui em estudo. Se não os verbalizamos, ao menos os mobilizamos ao descrevermos o processo em que ocorreram. Finalizamos esse momento da dissertação, pontuando outros importantes pressupostos da prática interdisciplinar, presentes em nossa investigação, como o tempo, a parceria, a resiliência, o olhar interdisciplinar e a tecitura.

O *tempo* é vivido numa perspectiva interdisciplinar com ênfase nas duas dimensões da temporalidade (Queluz, 2001). A primeira representada por *Cronos*, em que temos a consciência da passagem do tempo – diríamos o tempo cronológico, o tempo externo, aquele, do dia a dia, com o qual nos agarramos ao cuidarmos dos

³³ O autor refere que o estudo de espaço é muito antigo, ocorrendo em vários campos do conhecimento, tendo muita importância na interdisciplinaridade.

agravos advindos do uso de drogas. A segunda dimensão é representada por *Kairós* e nos dá o momento em que a qualidade do existir no mundo pode ser transmutada em busca da criação de uma nova maneira de viver a vida – diríamos o tempo interno, cuja lógica se articula com a subjetividade de cada um.

A *parceria* interdisciplinar (Fazenda, 1991) pode ser traduzida na *cumplicidade*, participação e colaboração desenvolvidas entre os atores de nossos casos. Sua origem está na *afetividade e no respeito*, atributos evidentemente interdisciplinares.

A *resiliência*³⁴ interdisciplinar (Tavares, 2001) no processo estudado veiculou a idéia de uma ação desenvolvida a partir da existência de *elasticidade, flexibilidade*, e suscetibilidade dos profissionais para desenvolver ou transformar. É por isso que, suas acepções, representam muito bem a atitude necessária para um trabalho interdisciplinar, num contexto de itinerário tão inconstante quanto o da psicoterapia à luz da redução de danos.

O *olhar interdisciplinar* perscrutou, investigou e indagou a partir e para além do que era visto. Parece-nos ter sido direcionado e atento, constituído de tensão e alerta. Assim é o olhar interdisciplinar, que sai de si e traz o mundo para dentro de si – sai da condição de não dependente de drogas, e traz o mundo de quem depende para dentro de si-, é um olhar de dentro para fora e de fora para dentro, para os lados, para os outros (Gaeta, 2001).

Cascino (1998) fundamenta que a mais bela metáfora sobre a interdisciplinaridade está na *tecitura dos tecidos*: a elaboração, as tramas que compõem os panos, as colchas que nos envolvem, que nos protegem, que constituem nossas vidas. Tramas urdidas em lento processo, marcadas por compassos e descompassos cotidianos, por ações entrecruzadas e articuladas. E assim percebemos o trabalho objeto de nossa

³⁴ Deriva do verbo latino *resilio* (*re-silio*) com as acepções: recuar, saltar para trás, retirar-se sobre si mesmo, desdizer-se.

investigação: uma tecitura de tecidos, onde um e outro profissional usam o fio, “*que une e tece, que conduz, para a frente ou para trás, que define caminhos e que sugere subversão, como uma combinação ou acordo entre ambos, anunciando possibilidades de caminhos que se abrem e fecham, como tecelões esmerados de tecidos que jamais se concluem, ao lado de tantos outros*” (Cascino, 1998, p.128)

Este é o momento mais oportuno, nesta investigação, para adentrarmos aprofundarmos em nossa terceira dimensão: as Redes.

3. A Dimensão das Redes

Pakman (1995) considera haver na condição humana uma natureza interacional, que nos impele à interação. Acredita que a formação de redes seja uma forma encontrada pelo homem para se retirar do vazio. Acrescentamos ter essa dimensão interacional um papel estruturante na formação de nossa identidade. Nela nos reconhecemos enquanto sujeitos, incorporamos valores, nos tornamos parte de uma cultura, de um sistema maior. Falamos do processo de socialização tão presente na constituição de nossa subjetividade.

Dabas (1993) afirma que a concepção de rede social implica um processo aberto e permanente de *construção individual e coletiva*. É no intercâmbio existente nesse processo que encontramos o enriquecimento e a potencialização de recursos como a aprendizagem. Comenta ainda ser “*na*” e “*através da*” rede social que aprendemos, construímos e atuamos no mundo.

A perspectiva sistêmica de compreensão da problemática da drogas, segundo Sluzki (1997), nos desafia a adentrarmos nos sistemas relacionais e de pertencimento dos usuários, por meio de intervenções contextuais, tanto no nível individual quanto no coletivo. Essa forma de compreender o contexto relacional do usuário de drogas

expande para o estudo de suas redes sociais. Redes constituídas nas relações interpessoais e valorizadas pelo sujeito como *significativas*. Um sistema interativo onde ele constrói seu mundo relacional e forma sua identidade (Pereira, 2003).

Sluzki (1997) considera ser na compreensão de sua rede social que compreendemos quem faz parte da identidade sujeito. O pressuposto conceitual de rede vincula-se à visão sistêmica de que as fronteiras do indivíduo não se limitam a sua pele. Acrescenta Sluzki (1997) que incluem tudo aquilo com que o sujeito interage. Diz que devemos somar a essa interação um conjunto significativo de vínculos interpessoais estabelecidos pelo sujeito – família nuclear ou extensa, escola, amigos, comunidade, relações de trabalho, de estudo, de inserção e prática sociais.

Rede social, portanto, é definida como um nível intermediário de estrutura social fundamental para compreendermos, de forma mais abrangente, os processos de integração psicossocial, de promoção de bem-estar, de desenvolvimento de identidade e de consolidação dos potenciais de mudança (Sluzki, 1997). Comenta o autor sobre o poder dessa construção estrutural, de também levar à desintegração, ao mal-estar e ao adoecimento, à fragilização da identidade, além da quebra nos processos construtivos de adaptação e de mudança.

A grande questão, afirma Sluzki (1997), está em definirmos em que lugar traçar a fronteira do que seja, operacionalmente, *significativo* para o sujeito. Em outras palavras, quais as redes – espaços interativos – do sujeito lhe são próximas, contínuas ou interrompidas; qual o grau de intimidade e compromisso de seus componentes dentro dessas relações; qual a função dessas redes em seu mundo subjetivo e relacional. Lembremo-nos de Berê, nosso caso 02, que recusava o pedido das profissionais de trazer a participação familiar. Acreditavam as mesmas – e temos que concordar com a lógica de seu pensar – na importância familiar, *a priori*, enquanto fator de proteção para

a usuária. Contudo, para essa, naquele momento, seu trabalho era sua grande fonte de proteção, a rede de apoio com que se sustentava, sobrevivia ao consumo desenfreado de drogas. Nela, Berê não se afundava e não vivia o não-pertencimento. Daí ter a psicoterapeuta, queremos crer, deixado a rede familiar temporariamente suspensa – até certo ponto – e perseguido seu fortalecimento. A lógica de uma não-intervenção provisória em relação à família está no fato de a mesma representar um papel agregador para Berê. Havia um significado especial dessa rede para a usuária, mas que se encontrava demasiadamente enfraquecido e desgastado. O sentido estava em trabalhá-la indiretamente, como ocorreu. Enquanto isso, o trabalho foi a ponte de mudança para Berê.

Tão significativa rede social e de apoio era o trabalho também para Toni, nosso caso 03, desinvestido pela família – e depois da família - concebida por Toni, por muito tempo, seu principal apoio. Aos poucos, de tanto lutar, sem grandes resultados, para manter com ela uma vinculação, dela também se desinvestiu, mudou seu significado em relação a mesma. Ao contrário, percebeu o forte vínculo que havia construído com seu trabalho, sua chefia, e nessa rede se abrigou – e, principalmente, foi acolhido. Diferente da rede familiar, no trabalho sentia-se *pertencendo*.

Essa definição de que falamos – de natureza sistêmica – de traçarmos a fronteira do que seja uma rede significativa para o sujeito, constituiu-se uma instância necessária para o desenvolvimento do trabalho clínico aqui estudado. Entendemos que, de maneira geral, essa definição se realize, como diz Sluzki (1997), por razões muito mais práticas do que conceituais. Comenta o autor sobre a necessária tarefa de se realizar todas as operações acerca da estrutura social de uma rede e explorar até onde é ela significativa para o sujeito. Trata-se da necessidade de expandir, refinar e explorar, de forma relacional, um nível de análise que possa subsidiar sua aplicação clínica.

As operações comentadas pelo autor referem-se à especificação dos componentes dessa rede, à definição dos atributos do sistema interativo do sujeito e ao estabelecimento de suas fronteiras. Ao definirmos o domínio e a pertinência desse espaço do sujeito e estabelecermos suas fronteiras, nela estaremos nos incluindo e passando a ser parte integrante da mesma.

O trabalho de definição das redes significativas – importantes espaços relacionais construído pelos sujeitos usuários de drogas dos casos aqui em estudo - sofreu forte influência da história de vida individual e coletiva de cada um, bem como do contexto drogadito de possibilidades e impasses embutidos em cada pedido de ajuda.

Para conhecermos e avaliarmos como estão as redes sociais de um indivíduo, quais os componentes desse sistema interacional, como se deu a construção de seu universo relacional, além da aproximação sistêmica e relacional com o conceito e o próprio sujeito, Sluzki (1997) propõe um “mapa”. Seu delineamento se daria pelo levantamento de atributos que mantêm importante interdependência (Pereira, 2003).

Entendemos que dimensionar esses espaços relacionais é de grande contribuição para as futuras e necessárias intervenções tanto no indivíduo quanto nos grupos dos quais faz parte.

O primeiro atributo refere-se às *características estruturais* dessa rede - quem dela participa, o tipo de ligação entre seus componentes, o lugar ocupado por cada um, o caráter demográfico e sociocultural desse sistema. Um segundo atributo diz respeito às *funções dessa rede* na vida do sujeito – se são interações que objetivam apoio emocional, companhia social, controle social de responsabilidades e papéis, implementação das relações, e outras. Terceiro e último atributo refere-se ao tipo de *vínculo* construído no sistema relacional – se uma vinculação onde predomine a afetividade ou o interesse material ou de manter-se dependente, se o vínculo da

reciprocidade de funções, ou um vínculo mantido pelo grau de intensidade, ou mantido pela própria história da relação.

A metodologia sugerida por Sluzki (1997) e aperfeiçoada por Pereira (2003) acerca do dimensionamento das redes sociais, ganha visibilidade em nosso objeto de investigação. Ela se expressa na postura sistêmica e interdisciplinar adotada por seus atores. Usuários, familiares ou profissionais que se mobilizaram em direção ao resgate, aproveitamento, fortalecimento e, inclusive, tentativa de (re) construção ou articulação de possíveis outros espaços relacionais que fossem significativos. Percebe-se o alto grau de importância, em todo o processo psicoterápico, atribuído à concepção das redes durante o trabalho clínico. Um pensar e agir foi contemplado e sustentado nessa direção.

Aproveitamento por que não concebemos a construção arbitrária e aleatória de espaços relacionais, sem que haja um mínimo de vinculação com o usuário de drogas. Há que se resgatar algum tipo de vínculo que lhe faça sentido, ou, em outras palavras, com quem possa se identificar. Um bom exemplo se refere à forma com que foi composta a banca examinadora desta dissertação: nem todos seus componentes nos são de convívio constante, mas há um grau de familiaridade que passa pela via da identificação com seus discursos, pensamentos e ações. Há, de antemão, uma importante relação de referência da pesquisadora com seus examinadores. Sua escolha não foi aleatória, havendo um fio condutor que vai além, inclusive, do próprio texto.

E na órbita da drogadição, a ênfase nessa questão dos vínculos e das redes sociais requer, também, a articulação de referenciais identificatórios. Ao abordarem esse tema, Sudbrack (2001) aproveita o conceito de *suporte identitário*, representando a idéia da necessidade do sujeito de ter suportes relacionais para que possa construir uma identidade positiva. Então, se nossos suportes tendem à desintegração, se foi instaurado com base num sistema relacional debilitado, violento, inconsistente no oferecimento de

aprendizagem, incontinente a diferenças, não há bons vínculos. Sluzki (1997, p.26) fala na sua “*perda ou enfraquecimento, caindo o sujeito no vazio de identidade, de história, de emoção, de cuidados de saúde*”. Nem sempre situações como desamparo, *não-pertencimento*, segundo Neuburger (1999), de sentimento de desfiliação, se originam necessariamente na relação do sujeito consigo mesmo. Muitas vezes surgem dos próprios espaços relacionais onde ele se encontre, que lhe conferem o sentimento de não reconhecimento ou não aceitação.

Daí a importância de que seja considerada – ou mapeada – toda dimensão contextual das redes que rondam o sujeito. Isso, pois, na prática, se uma se torna inoperante, ou indisponível, ou enfraquecida, há que se resgatá-la, ajudá-la a se fortalecer, ou, quem sabe, ajudar o sujeito a encontrar-se ou se articular com uma nova rede, que lhe faça mais sentido, ou que seja mais continente com sua vida, seus conflitos, suas demandas.

Numa realidade multifacetada como o uso de drogas, trabalhar as redes sociais amplia a possibilidade de encontrar o equilíbrio ou equacionamento da relação do sujeito com a droga num determinado contexto sociocultural. Se esse equacionamento fica restrito, interrompido, talvez por que nossas redes estejam mal equacionadas, e também interrompidas, e não apenas as de quem usa drogas.

V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciarmos o presente estudo, a pesquisadora se indagou sobre sua postura ousada de analisar, com o rigor da crítica científica, assunto tão polêmico, aberto e incerto, muitas vezes praticado por muitos, mas declarado por poucos. Ao final, ao reler o relatório, a guisa das considerações finais, percebeu a análise de um processo que apresentou muito mais pontos favoráveis ao manejo da prática de redução de danos no contexto da psicoterapia com dependentes de drogas, do que desfavoráveis.

A despeito desse fato, é preciso enfatizar ter trazido a pesquisadora, a sistematização de informações acerca de um processo composto por um conjunto de intervenções constituído de resultados reais. Podem se tratar de intervenções polemizadas e de resultados gerados na ousadia e riscos, além de questionáveis por aqueles que se opõem ou desconhecem a prática da redução de danos. Mas, afinal, é essa a natureza de nosso objeto, nascido e permanecido na complexidade e no não-acabado. Tema emblemático, permeado pela incerteza de opiniões, cada vez mais assunto de posicionamentos inesgotáveis e não concludentes. Segundo Cruz (2006), trata-se de vivermos ainda, no Brasil, uma ampla discussão sobre as diversas formas de abordagem dos problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, onde a redução de danos é colocada apenas como uma opção, entre os vários caminhos de debate sobre tais problemas.

Ao trazermos o tradicional conceito apresentado por Wodak (1998) para as ações empreendidas no processo psicoterápico aqui investigado, entendemos que a prática redução de danos aqui apresentada trata-se de paradigma conceitual, que permeia constantemente o trabalho com os usuários de drogas. Não podemos pensar em intervenções conclusivas, muito menos reduzi-las ao contexto de ações bem ou mal sucedidas. Ao pensar o conceito, devemos ter em pauta a compreensão de que não está

necessariamente ligado a ações que visem uma interrupção do consumo, ou apenas sua redução. Trata-se de paradigma que se constitui na visão de uma busca por qualidade de vida e no resgate do exercício da cidadania pelos usuários de drogas. Percebemos que, essa abordagem estratégica apresentou-se neste estudo como um progresso na atenção e no tratamento dispensado aos sujeitos usuários de drogas aqui estudados. Independente de qualquer carga ideológica relacionada ao consumo de drogas por esses sujeitos, concluímos que o processo investigado procurou agir sobre os problemas decorrentes do uso abusivo, de forma a proteger a saúde pública, os atores envolvidos e o próprio usuário.

A composição entre a complexidade e gravidade da dependência, além da pluralidade de concepções dos atores nela envolvidos justifica a ausência e dificuldade do consenso, como também a presença de práticas tão antagônicas e discordantes. A dificuldade está na própria compreensão da gênese da dependência das drogas, refletindo-se nas propostas de seu controle, de prevenção e dos modelos de tratamento.

A intenção deste estudo, como sustenta a pesquisa qualitativa, foi atravessar as polêmicas e incrementar um diálogo a respeito de um processo e do manejo das intervenções clínicas nele construídas, sem, portanto, nos importar com sua natureza *pró* ou *contra*. Trazer contribuições acerca de um processo interventivo, de forma a ampliarmos sua análise dentro da comunidade científica.

Os resultados obtidos no processo investigado, por um lado, são visíveis, com respostas de natureza quantitativa e qualitativa benéficas para seus atores, principalmente usuários e familiares, em um determinado contexto de vida. Por outro lado, trata-se de respostas não acabadas, fruto de um trabalho constitutivamente ininterrupto, e proporcional à gravidade e presença do uso de psicoativos.

O estudo trouxe um processo composto por intervenções voltadas para a construção de diversas possibilidades de mudanças na vida relacional, bem como a ampliação das expectativas de melhoria na saúde física, psíquica e social dos próprios usuários de drogas.

Durante o levantamento das ações e de seu manejo, pudemos também presenciar a imposição de limites e riscos. Talvez apresentados e abordados em menor proporção neste relatório, devido ao contexto emergencial e de gravidade implícito aos casos, e as intervenções a ele associadas. Esse caminho estava implícito no processo psicoterápico, não significando a inexistência de limitações e de riscos na abordagem da redução de danos em determinadas situações e em determinados momentos de vida.

Uma das bases de sustentação do pensamento sistêmico – possuidor daquele que exercita a interdisciplinaridade – é a **coerência**. A linguagem da coerência foi percebida e mantida como principal meio de comunicação e modo de estruturação das intervenções. Por isso, concluímos ser tal linguagem, constituída de atributos imprescindíveis ao trabalho de redução de danos. E é sob o seu tom que devemos finalizar esse relatório.

A idéia de riscos esteve presente todo o tempo nas intervenções aqui analisadas. Pelo que pudemos perceber, seus atores sempre mantinham a pragmática questão sobre a que deveriam priorizar, se os riscos ou se os danos? A resposta foi: depende. A coerência parece ter balizado as escolhas entre aquilo que devia ser prioridade, e norteado o caminho a ser seguido pelas redes de atores envolvidas. É sempre uma decisão a ser tomada em conjunto, sem hierarquia, com o oferecimento de informações reais àqueles com legítimo direito de respondê-la. Pudemos verificar que, nas intervenções, algumas vezes os danos reclamavam cuidados emergenciais, ainda que seu acolhimento implicasse respostas arriscadas - como foi o caso da psiquiatria, ao

introduzir, concomitantemente ao consumo de drogas, ações psicofarmacológicas de apoio. Como parte da coerência exigida ao exercício desse tipo de intervenção, a extensão desses riscos foi medida e traçada com pragmatismo e tolerância, princípios fundamentais da redução de danos, segundo Andrade (2002).

Tratou-se de modelo que permitiu abertura de frestas e horizonte, diante de uma *gestalt* muito fechada: a vivência dos sujeitos com a droga e as restrições nas vinculações com as redes. Uma vivência onde a vinculação principal, até então, era a vinculação com a dependência, ficando o sujeito no mundo sem seus vínculos.

A gravidade dos problemas que envolvem os usuários de drogas e sua família reclama por redes de ações de amplo espectro social, jurídico, assistencial e educacional. Quanto mais grave o contexto, mais complexas serão as ações de redução de danos a serem levantadas, pelo que foi visto nos casos estudados. Mas como tratar as redes de vinculação dos usuários, quando nossas próprias redes assistenciais e educacionais se encontrarem interrompidas e perpetuadas no isolamento? Referimo-nos então a um dos grandes limites e impasses a serem cuidados e ultrapassados pelas ações de redução de danos. Em nossa investigação, no tocante aos casos 2 (Berê) e 3 (Toni), principalmente esse último, a ausência da família enquanto rede primária de apoio, não foi impeditivo para a construção de ações de redução de danos. Contudo, podemos afirmar que, como no caso 01 (Alberto), poderia ter tido papel favorecedor na manutenção das ações levantadas e na obtenção de benefícios por aqueles usuários em questão. Então, concluímos não podermos questionar isoladamente o sucesso ou insucesso das ações de redução de danos. É preciso refletir sobre a base com que suas ações são construídas e acolhidas, o contexto do uso/abuso e a singularidade de cada usuário.

Vimos, em um dos casos relatados (caso 03, Toni), que a rede se perdeu com a entrada do *crack*, ganhando o isolamento do usuário. Pouco se conseguiu, em termos da mobilização familiar. Com isso, possivelmente a rede de vínculos articulada entre os próprios profissionais – terapeuta e chefia de trabalho – sustentou-se até onde puderam, ficando a desejar uma necessária ampliação dos espaços interacionais familiares.

Podemos indagar se tal dimensionamento seria mais possível ou acessível numa rede oficial de saúde. E aqui vem outro importante aspecto: onde se constroem as redes? Onde está a rede e a droga? Quanto mais droga, mais a presença da rede? O alargamento da rede ajuda a não encolher ou engessar a proposta, além de não colocar a perder os ganhos obtidos. Sendo a interdisciplinaridade tão fundamental para lidarmos com os problemas relacionados ao uso de drogas, e não apenas para a prática de redução de danos, estarão nossos serviços circulando realmente num pensar e agir multidimensional de construção de redes de apoio? Ficou claro que dificilmente sozinho e isolado um profissional sustente uma prática tão complexa.

Dentro desta perspectiva, há que se apontar, possivelmente, um dos grandes fundamentos da redução de danos, trazidas no objeto estudado: sua característica *inclusiva*, diga-se, de não exclusão ou segregação daqueles que insistem e persistem em viver à margem. Falamos de um pressuposto tão pouco relevado por muitos profissionais e instituições que tratam da dependência de drogas, que insistem em manter fora da sociedade os usuários. Um pressuposto que, como nos aponta Conte (2004), permeou e consolidou a Reforma Psiquiátrica, e é meta da Política oficial do Ministério da Saúde para usuários de drogas, tão bem expresso pelo termo “*reinserção social*”. Uma inclusão viabilizada por um acolhimento com base na tolerância, na constância de comunicação e na pluralidade de diálogo, ao invés de inflexibilidade, não relativização e imposição de saber técnico.

A perspectiva de redução de danos, tal como foi encaminhada no processo investigado, favoreceu a adesão ao tratamento por parte dos usuários de drogas. A não exigência de renúncia da relação com a droga, mas, principalmente, a proposta de levantar mudanças no hábito do uso incluiu os usuários numa postura de maior conscientização sobre a necessidade reverem sua relação com a droga. Isso não somente quanto a medidas mais pragmáticas, voltadas diretamente aos danos e agravos apresentados, como no tocante à abertura de caminhos que adentrassem no contexto da psicoterapia pela diminuição das reais e invasivas demandas.

A dimensão da aplicabilidade das intervenções no contexto da redução de danos aqui apresentada a torna assunto ainda mais abrangente do que nos possa parecer. Afinal, falarmos do uso médico de substâncias ilícitas, que podem provocar (ou trocar) dependência no intuito de tentar amenizar os graves danos produzidos de seu uso abusivo exige reflexão crítica e muita coerência durante a contextualização do fenômeno ou da situação. Os perigos da medicalização durante a continuidade do uso de drogas ou o aproveitamento do uso de drogas como terapia de substituição fazem parte da realidade, e não apenas nos casos investigados. Como visto, há possibilidades de ações de redução de danos voltadas para a “desmedicalização” – em relação ao abuso de fármacos, inclusive na presença de co-morbidades.

Nesse sentido, Cruz (2006) destaca que, a terapia de substituição, enquanto técnica que propõe a troca da substância da qual o indivíduo depende por outra que ofereça menor risco e dano – mesmo que ilícita ou com potencial de desenvolver dependência -, esse tipo de estratégia tem sido investigado em países como os Estados Unidos, a Grã-Bretanha, a Holanda e a Austrália, inclusive o Brasil. Segundo o autor, estudos respondem de forma favorável a uma das questões fundamentais sobre a adoção

das estratégias de redução de danos: sua eficácia na diminuição dos danos, de ordem diversa, provocados pelo uso de drogas.

Apesar da inexistência de uma epidemiologia nacional que responda à questão acerca da contribuição das estratégias de redução de danos para o aumento do consumo de substâncias psicoativas, Bastos e Mesquita (2001), afirmam não haver estudo científico até então publicado, que tenha corroborado tal formulação. Igualmente nos três casos clínicos do presente estudo, não constatamos o aumento do consumo das substâncias após as medidas interventivas. Ao contrário, quando acolhida como paradigma maior - de intervenção nos danos e de prevenção de mais danos - que permeia o espaço interacional do usuário com a droga, a redução de danos corroborou para a qualidade de vida de seus atores.

É preciso pontuar que, o tempo de diminuição do uso de drogas foi proporcional à continuidade do processo psicoterápico. Em outras palavras, está implícita a natureza ininterrupta da prática de redução de danos, para que sejam atenuados os prejuízos e agravos do uso e, principalmente, conquistado, no processo psicoterápico, certo grau de amadurecimento na relação estabelecida pelo usuário com a substância. Do contrário, estaremos fadados a cair numa *pseudo* intervenção, contraproducente, recheada de permissividade e esvaziada de objetivos e de eficácia.

Percebemos, então, a importância da vinculação a um projeto terapêutico que viabilize as opções redutoras de danos, além de torná-las menos arriscadas.

Não nos pareceu ser a redução de danos aqui apresentada, como um espaço para “curas” ou enquadramento de propostas definitivas e duradouras. Uma grande aproximação se deu com espaços de construção de alternativas, onde o temporário pode ser a garantia de uma vida futura e, quem sabe, mais saudável, longa e menos nefasta.

A experiência investigada inscreve-se em uma prática que se propõe, paralelamente, acolher e cuidar, enquanto, do outro lado, algo caminha rumo a mudanças na subjetividade.

Outro importante aspecto trazido foi a possibilidade de a redução de danos quebrar o circuito de cronificação do uso, além de interromper sua institucionalização, com a procura, ininterrupta, por alternativas mais humanas, que levem o sujeito à construção de garantia de um espaço coletivo. Estamos falando de estimular o usuário de drogas a lutar pela re-construção de seu lugar de cidadão. E aqui, entra a noção da co-responsabilidade e co-participação, tanto do sujeito quanto do social.

Queremos encerrar, por ora, não a discussão, mas o relatório, articulando nossa conclusão com a idéia de Olievenstein (1985), de que toda a arte da clínica reside em nossa capacidade de decisão, de poder sairmos da interpretação à cura – podendo ser aqui compreendida como “mudança” -, do pensar ao agir, de forma a conseguirmos, minimamente, uma harmonização entre o real, o imaginário e o simbólico. Tal clínica poderá ser geral, por isso científica, e também sutil, por tratar-se de uma clínica móvel, da qual as situações de risco e de jogo não estão excluídas, mas acolhidas, observadas, e não soltas. Uma clínica que tenha a visão do conjunto, por se basear no movimento. Uma clínica que não vivencie como tragédia o retorno ao uso, mas transforme agravamento de dificuldades em ação terapêutica, ainda que dentro de uma relação de assimetria de uso. Uma clínica que prevaleça um sistema de referências amplo e constituído pela arte clínica de desenhar inúmeras bifurcações. Uma clínica onde há retornos, reconciliações psíquicas, familiares e sociais.

Dito isto, concluímos pelo dever de interpretar este texto não como uma verdade absoluta, e sim, como uma análise sistematizada de uma experiência clínica – a mais, dentre as muitas já existentes e legitimamente reconhecidas por nós, clínicos e

pesquisadores - de aproximação e apreensão de uma realidade, cujo desenrolar não é retilíneo, mas pouco conhecido, inclusive por aqueles que a vivem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- Abrams, D.B. & Lewis, D.C. (1999) Prefácio. In Marlatt, G. A. *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Acserald, G. (2000). A educação para a autonomia. In Acserald, G. (Org.). *Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos*. São Paulo: FIOCRUZ.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1993). *O cliente é o especialista*. Nova Perspectiva Sistêmica. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andrade, T.M. (1994). A pessoa do usuário de drogas intravenosas. In Mesquita, F. & Bastos, F.I. (Orgs.). *Drogas e Aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec.
- Andrade, T.M. & Friedman, S.R. (2006). Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In Silveira, D. X. & Moreira, F. G. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu.
- Andrade, T.M. (2008). Prevenção ou Redução de Danos. Palestra proferida 04 de agosto de 2008. São Paulo: 1º Congresso da Associação Brasileira Multidisciplinar sobre Álcool e Outras Drogas.
- André, M. E. D. A. (2005). *Estudo de caso em Pesquisa e Avaliação Educacional*. (Vol. 13). (Série Pesquisa). Brasília: Liberlivros.
- Baptista, M. (2003). (Org.) *Drogas e Pós-modernidades: prazer, sofrimento, tabu*. Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Bastos, F. I. (1996). *Ruína e Reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Bastos, F. I. & Erwig, L. R. (2000). Redução de danos secundários ao consumo de drogas e assistência primária a saúde: a experiência de Porto Alegre. In G. Acserald (Org.). *Avessos do Prazer – drogas, aids e direitos humanos*. São Paulo: Fiocruz.
- Bastos, F. I. & Mesquita, F. (2001). Estratégias de redução de danos. In Seibel, S. D. & Toscano Jr., A. (Orgs.) *Dependência de drogas*. pp. 181-190 São Paulo: Atheneu.
- Bastos, F. I. (2003). Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In C. M. A. Sampaio & M. A. Campos (Orgs.). *Drogas, dignidade e inclusão social – lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: ABORDA.
- Bastos, F. I.; Karam, M. L. & Martins, S. M. (2003). *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: ABORDA.

- Bigg, D. (2001). Substance use management: a harm reduction-principled approach to assisting the relief of drug-related problems. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 33-38.
- Bohm, D. (1996). *Diálogo: comunicação e redes de convivência*. São Paulo: Ed. Palas Athena.
- BRASIL (2001). Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de redução de danos*. Brasília, DF.
- BRASIL (2003). Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília, DF.
- Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bucher, R. (1995). *Drogas e a sociedade nos tempos da Aids*. Brasília: Editora UnB.
- Bufoni, A.L. (2005). *O Rigor na Exposição dos Estudos de Caso Simples: Um Teste Empírico em uma Universidade Brasileira*. Dissertação de Mestrado em Ciências Contábeis, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Campos, M. A. (2005). *Drogas e uso de drogas: res-significando conceitos no paradigma da Redução de Danos*. Londrina: Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids.
- Capra, F. (1999). *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix.
- Cascino, F. (2001). *Princípios interdisciplinares para a construção de uma educação ambiental*. Tese de doutoramento, PUC, São Paulo, SP.
- Cellard, A. (2008). A análise documental. In Poupart, J. (org) *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Cesarotto, O. (1989). *Um affair freudiano: Os escritos de Freud sobre a cocaína*. São Paulo: Iluminuras.
- Colle, F. X. (2001). *Toxicomanias, sistemas e famílias: onde as drogas encontram as emoções*. (Coleção alcoolismo e toxicomanias modernas). Lisboa: Climepsi editores.
- Conte, M. (2001). Construindo uma política voltada à abordagem do uso indevido de drogas. *Divulgação em Saúde Para Debate*, (23), 106 - 119.
- Conte, M. (2003). *A Clínica Psicanalítica com toxicômanos: o "corte & costura" no enquadre institucional*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.
- Conte, M. et al. (2004). Redução de Danos e Saúde Mental na Perspectiva da Atenção Básica. *Boletim da Saúde*: 18 (1) jan/jun.

Conte, M. (2003). *Psicanálise e Redução de Danos: articulações possíveis?* *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, (25), 23-33.

Cruz, M. S. (2000). Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In G. Acselrad (Org.). *Avessos do Prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Cruz, M. S. (2006). Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In Cirino, O. & Medeiros, R. (Orgs.) *Álcool e outras drogas: Escolhas, impasses e saídas possíveis*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

D'allonnes, C. R. (1989). *La demarché clinique en sciences humaines: documents, méthodes*. Paris: Bordas.

Dabas, E. N. (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Ed. Paidós

Delbon, F. (2006). Redução de danos aplicada ao tratamento da dependência de drogas: achados de uma intervenção em grupo. In D. X. Silveira & F. G. Moreira, *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu.

Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa*. São Paulo: Papirus.

Domânico, A. & Macrae, E. (2006). Estratégias de Redução de Danos entre Usuários de Crack. In Silveira, D. X. & Moreira, F. G. *Panorama Atual de Drogas e Dependências*, São Paulo: Atheneu.

Douglas, M. & Wildavsky, A. (1982). *Risk and Culture, an essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkley, Los Angeles and Londres: University of California Press.

Eiguer, A. (1986). *Um divã para a família*. Porto Alegre: Artmed.

ELKAIM, E. (2000). *Terapia familiar em transformação*. São Paulo: Summus Editorial.

Erwig, L.R.. & Bastos, F.I. (2000). Redução de danos secundários ao consumo de drogas e assistência primária à saúde: a experiência de Porto Alegre. In Acselrad, G. (org) *Avessos do prazer, drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Erwig, L. R. (2003). *Exclusão e vulnerabilidade social nos contextos dos usuários de drogas: Produção de sentidos sobre o Programa de Redução de Danos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Fazenda, I. C. A. (1991). *Interdisciplinaridade: Um projeto em parceria*. (Coleção Educar). São Paulo: Edições Loyola.

Fazenda, I. C. A. (1994). *Interdisciplinaridade: História, teoria e pesquisa*. Campinas: Papirus.

Fazenda, I. C. A. (1997). O sentido da ambigüidade numa didática interdisciplinar. In S.G. Pimenta. *Didática e formação de professores: percursos e perspectivas no Brasil e em Portugal*. São Paulo: Cortez.

Fazenda, I. C. A. (1999). (Org.) *A virtude da força nas práticas interdisciplinares*. Campinas: Papirus.

Fazenda, I. C. A. (2001). *Dicionário de construção: Interdisciplinaridade*. São Paulo: Editora Cortez.

Fédida, P. (1999). Morphologie du cas dans La psychanalyse. In Fédida, P. & Villa, F. (Orgs.). *Le cas en controverse*, pp. 43-49. Paris: PUF.

Ferreira, V.R. T. (2003). Relato de uma experiência com adolescentes sobre uso de drogas. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 5 (2), 47-54. Porto Alegre.

Fiore, M. (2009). *Uso de drogas: controvérsias médicas e debate público*. São Paulo: FAPESP & Ed. Mercado de Letras.

Foucault, M. (1998). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense.

Foucault, Michael. (2002). Vigiar e Punir – o nascimento da prisão In Reghelin. E.M. *Redução de Danos: prevenção ou estímulo ao uso de indevido de drogas injetáveis*, p. 34. São Paulo: RT.

Freud, S. (1974). *Cocaine papers by Sigmund Freud*. Robert Byck M.D. Editor & The Stonehill Publishing Company. London.

Freud, S. (1989). O mal-estar na civilização (1930[1929]). *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. V. XXI edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1989). O futuro de uma ilusão (1927). *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, v. XXI edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago.

Gaeta, C. (2001). Olhar. In Fazenda, I. C. A. (Org.) *Dicionário de construção: interdisciplinaridade*. São Paulo: Editora Cortez.

Gartner, E. S. (1999). Expanded drug interdiction role for the military: policy, process, and potential impact on international relations. *Peace Research Abstracts Journal*, 36 (4).

Giongo, A. L. (2003). Quando um psicanalista recorre à interdisciplinaridade. *Cadernos da Associação de Psicanálise de Porto Alegre, APPOA*, (120): 10-17.

Goldenberg, M. (2005). *A arte de pesquisar*. Rio de Janeiro: Record.

Gorgulho, M. & MacRae, E. (2003). Redução de Danos e tratamento de substituição: Posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(5): 371-374.

Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Helder, R. R. (2006). *Como fazer análise documental*. Porto: Universidade de Algarve.

Holanda, A. (2003). Fundamentação Fenomenológica da Pesquisa do Vivido. In *Ética, Linguagem e Sofrimento*. Costa, I. I. et cols. (Org.). Brasília: ABRAFIPP.

Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinariedade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago.

Kalina, E. et al. (1999). *Drogadição hoje: Indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

Kant, I. (2002). *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. São Paulo: Ed. Martin Claret.

Karam, M. L. (2003). Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo In Sampaio, C. M. A. & Campos, M.A. Aborda (Orgs.) *Drogas, Dignidade & Inclusão social: a lei e a prática da redução de danos*, pp.45-97. Rio de Janeiro: ABORDA.

Kuhn, T. (1996). *A estrutura das revoluções científicas*. (B. Boeira e N. Boeira, Trans.) São Paulo: Perspectiva. (Obra original publicada em 1970).

Labigalini Junior, E. (2000). O uso de Cannabis por dependentes de crack: um exemplo de redução de danos In Mesquita, F. & Seibel, S.(Orgs.) *Consumo de drogas, desafios e perspectivas*, pp. 173-184. São Paulo: Hucitec.

Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.

Lüdke, M. & Andre, M.E.D.A (1986). *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

MacRae, E. (2006). Redução de Danos para o uso de Cannabis. In: Silveira, D. X & Moreira, F. G. *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. São Paulo: Atheneu.

MacRae, E. & Gorgulho, M. (2003). Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, (520), 371-374.

Marlatt, G. A. (1999). *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Martins, S. (2003). Norma, desvio e uso de drogas: o contexto da busca da cidadania pela redução de danos. In *Drogas, dignidade e inclusão social – a lei e a prática de redução de danos*. Sampaio, C. M. A, & Campos, M. A. Rio de Janeiro: ABORDA.

- Matos, R. H. de (2001). Espaço. In Fazenda, I. C. A. (Org.) *Dicionário de construção: interdisciplinaridade*. São Paulo: Editora Cortez.
- Mesquita, F. & Bastos, F. I. (Orgs). (1994). *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec.
- Mesquita, F. (1994). *Estratégias de Redução de Danos*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (1991). Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina*. 24(2): 70-77.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (s/d). Bastos, F. I. *Protocolo de Redução de Danos - linha de atuação*. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília, DF.
- Moreira, D. A. (2002). *O Método Fenomenológico na Pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Morin, E. (1995). *Os meus demônios*. Portugal: Europa-América.
- Morin, E. (1997). *O Método I: A natureza da natureza*. Porto Alegre: Ed. Sullina.
- Morin, E. & Le Moigne, J.-L. (1999). *A inteligência da complexidade*. São Paulo: Petrópolis.
- Morin, E. (1990). *Science avec Conscience*. Paris: Seuil.
- Morin, E. (2002). *A religação dos saberes: o desafio do século XXI*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Moura, A. & Nikos, I. (2003). Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XIII, no 140/141, 69-76.
- Neuburger, R. (1984). *L'Autre demande: La demande em psychanalyse et em thérapie familiale*. Paris: PUF.
- Neuburger, R. (1999). *O mito familiar*. São Paulo: Summus.
- Neubern, M. S. (1999). *Fragmentos para uma compreensão complexa da Terapia Familiar: diálogos epistemológicos sobre as emoções e a subjetividade no sistema terapêutico*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- O'Hare, P. (1994). Redução de Danos: alguns princípios e a ação prática. In Mesquita, F.; Bastos, F. I. (Orgs.). *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec.

Olievenstein, C. (1989). *A clínica do toxicômano: a falta da falta*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Olievenstein, C. (1985). *O Destino do Toxicômano*. São Paulo: Almed.

Olievenstein, C. (1983). *A vida do Toxicômano*. Rio de Janeiro: Zahar.

Oliveira, M. M. (2007). *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes.

Oliveira, R. C. (2005). *Redução de danos: uma abordagem possível*. Monografia de conclusão de curso de especialização do Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ.

Paes, P. & Duarte, C. (2002). *Tá legal: construindo uma política de redução de danos no estado de Mato Grosso do Sul, fronteira com a Bolívia*. Campo Grande: Micruart.

Penso, M. A. (2003). *Dinâmicas familiares e construções identitárias de adolescentes envolvidos com atos infracionais e com drogas*. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília, DF.

Pereira, S.E.F.N. (2007). *Drogadição e atos infracionais entre jovens na voz do adolescente em conflito com a lei do DF* – Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade de Brasília. Brasília, DF.

Phillipis, B.S (1974). *Pesquisa social: estratégias e táticas*. Rio de Janeiro: Livraria Agir Editora.

Pimentel, A. (2001). O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, (114), 179-195.

Queiroz, I. S. de. (2001). Os programas de Redução de Danos como espaço de exercício de cidadania dos usuários de drogas. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, (4), 2–15.

Queluz, A. G. (2001). Tempo. In *Dicionário em construção: Interdisciplinaridade*. São Paulo: Editora Cortez.

Rey, F. G. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. Havana: Pueblo y Educación.

Rey, F. G. (2005). *Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Rey, F. G. (2005). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

RIO GRANDE DO SUL (2002) *Guia de redução de danos para trabalhadores da saúde: subsídios para a abordagem em drogas e Aids*. Secretaria do Estado da Saúde. Porto Alegre: Escola de saúde pública.

Seidl-de-Moura, M. L. & Ferreira, M. C. (2005) *Projetos de Pesquisa: Elaboração, redação e apresentação*. Rio de Janeiro: EDUERJ.

SENAD (2005). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF. Brasil.

Silveira, D. X. & Moreira, F. G. (2006). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu.

Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sócrates, A. B. (2008). *Do sujeito à lei, da lei ao sujeito: o revelar das experiências subjetivas de envolvimento com a justiça por uso de drogas no contexto do acolhimento psicossocial*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura. Universidade de Brasília. Brasília, DF.

Stake, R. E. (2000). Case studies. In Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.), *Handbook of qualitative research*, pp. 435-545. London: Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Stake, R. E. (1994). Case studies. In Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (2000). (Eds.), *Handbook of qualitative research*, pp.236-247. London: Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Stimson, G. & Fitch, C. (2003). Qual a relação entre a redução de demanda e redução de danos? In Batista, M.; Cruz, M. S. & Matias, R. (Orgs.). *Drogas e pós-modernidade*, (2) 189-198. Rio de Janeiro: UERJ.

Sudbrack, M. F. O. & Doneda, D. (1992). Terapia familiar e adolescência: A contribuição da abordagem sistêmica para a construção de uma estratégia de acolhimento a jovens toxicômanos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 8 (suplemento): 469-474.

Sudbrack, M. F. O. (1999). Abordagem comunitária e redes sociais: um novo paradigma na prevenção da drogadição. In Carvalho, D. B. B & Silva, M. T. (Orgs.) *Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua – a experiência do PRODEQUI*. Brasília: Cadernos do PRODEQUI 1.

Sudbrack, M.F.O. (2001). *Drogas e complexidade: Contribuições sistêmicas na prevenção e tratamento do uso indevido de drogas na adolescência*. Brasília: SENAD

Sudbrack, M. F. O & Pereira, S. E. N. (2003). Avaliação de redes sociais de adolescentes em situação de risco. In Sudbrack, M.F.O. et all. (org.) *Adolescentes e drogas no contexto da Justiça*. Brasília: Editora Planalto.

Sudbrack, M. F. O. Conceição, M. I. G., Seidl, E. M. F & Silva, M. T. (2003). *Adolescentes e as drogas no contexto da justiça*. Brasília: Editora Planalto.

Sudbrack, M.F.O., Totugui, M. L. & Sócrates, A.B. (2007). *Projeto piloto de atendimento psicossocial a usuários de drogas em cumprimento de pena alternativa*.

(Relatório Final/2007), Brasília, DF, Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas do Departamento de Psicologia Clínica Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Tatarksi, A. (Org.). (2002). *Harm reduction psychotherapy: a new treatment for drug and alcohol problems*. Northvale: Jason Aronson.

Tavares, J. (2001). Resiliência. In I. C. A. Fazenda (Org.) *Dicionário de construção: interdisciplinaridade*. São Paulo: Editora Cortez.

Totugui, M. L. (2008, julho). Redução de danos no cotidiano da justiça: construções sobre a intervenção psicossocial no contexto da nova lei sobre drogas. *Anais do 1º Congresso da ABRAMD sobre drogas e dependências*, São Paulo, SP, Brasil, 54.

Treaster, J. B. (1993). *It's not legalization, but a user-friendly drug strategy*, p.10. Nova York: The New York Times.

Tsui, M. S. (2000). The harm reduction approach revisited: an international perspective. *International Social Work*, 42(2), pp. 243-251.

Vasconcelos, M. J. E. (2002). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas: Papirus.

Watzlawick, P. (1994). *A realidade inventada*. Campinas: Editora Psy.

Wieviorka, S. (1996). Les Toxicomanes: entre prise de risque et réduction des risques. *Psychotropes. Revue internationale des toxicomanies*, (Vol. 2) 97-103.

Wodak, A. (1998). Redução de danos e programas de troca de seringas. In BRASIL, Ministério da Saúde. Bastos, F. I., Mesquita, F & Marques, L.F. (org.s) *Troca de seringas: Ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS.

Yin, R. K. (2007). *Estudos de Caso – Planejamento e Métodos*. (3a ed). (D. Grasso. Trad.). Porto Alegre: Bookman. (Obra original publicada em 1984).

Zaluar, A. (org.) (1985). *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense.

Referência Bibliográfica da Constituição e Leis

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília. Recuperado em 30 de junho de 2009, de http://WWW.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituição

Lei n. 11343, de 23 de agosto de 2006 (2006). Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá

outras providências. Recuperado em 19 de março de 2009, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_3/Leis

Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 20 de julho de 2009, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_3/Leis

Portaria n. 1028/GM de 1º de Julho de 2005. (2005). Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Recuperado em 18 de setembro de 2008, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_3/Leis

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, compreendi que o estudo tem como finalidade o aprofundamento do conhecimento científico sobre *Intervenções Psicoterápicas à luz da Redução de Danos no Contexto do Uso Não Injetável de Drogas*.

Compreendi também que o estudo faz parte do trabalho final de Dissertação do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília – PPG-PCC/PCL/IP/UnB.

Declaro ter tomado ciência de que o estudo foi submetido, sob a forma de Projeto de Pesquisa, ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com Parecer Favorável e Protocolado sob numeração **Projeto CEP-FM N° 071/2008**

A explicação que recebi esclareceu os benefícios do estudo para a Ciência e toda a sociedade. Esclareceu que serão cumpridos os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – CONEP/CNS/MS e suas complementares sobre a coleta e utilização de dados exclusivamente para os fins previstos no referido protocolo.

Fiquei livre para decidir sobre minha participação, desde que esta se condicione a não divulgação de meu nome ou de qualquer termo ou tipo de identificação que possa resultar em prejuízos, diretos ou indiretos, a minha pessoa. Autorizo a alteração de dados que facilite a não identificação e co-relação da minha pessoa com o estudo, como também a utilização de dados que possam ser retirados de registros de prontuário. Compreendi que não terei ônus, nem receberei remuneração ou qualquer tipo de privilégios por essa colaboração.

Brasília, ____ / ____ / _____.

Colaborador

Márcia Landini Totugui
Pesquisador Responsável

Profª Drª Maria Fátima Olivier Sudbrack
Pesquisador Orientador