

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA
Daniel Stephan Wajss

DEPENDÊNCIA QUÍMICA:
PROPOSTA TERAPÊUTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NUMA ANÁLISE
FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL

PUC-SP
2009

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA
Daniel Stephan Wajss

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PROPOSTA TERAPÊUTICA DE REDUÇÃO DE
DANOS NUMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso como exigência parcial para graduação no Curso de Psicologia, sob orientação do Prof. Dr. Marcos Oreste Colpo.

SÃO PAULO
2009

RESUMO

As práticas de redução de danos no tratamento para pessoas que fazem uso de drogas surgiram, contemporaneamente, como práticas que se contrapõem às proibicionistas, cujo objetivo e tratamento são direcionados à abstenção total do uso das drogas. Nosso intuito foi o de buscar alguns fundamentos fenomenológico-existenciais que sustentariam as práticas terapêuticas, calcadas na noção de redução de danos e o de testemunhar o modo como esse processo psicoterápico acontece.

Sintetizamos dados históricos relacionados às drogas, contextualizando as práticas proibicionistas e o surgimento e a evolução das práticas terapêuticas de redução de danos. Procuramos também salientar os modos pelos quais nossa sociedade lida com as drogas e com a condição de dependência química.

Para explicitar práticas terapêuticas circunscritas na fenomenologia-existencial, nós nos aproximamos da *Daseinsanalyse* iniciada por Ludwig Binswanger (1881-1966) e posteriormente desenvolvida por Medard Boss (1903-1990), ambos psiquiatras e psicoterapeutas suíços. Convém salientar que a prática Daseinsanalítica tem seus fundamentos na ontologia de Martin Heidegger (1889-1976) que foi aluno e discípulo de Edmund Husserl (1859 - 1938), portanto, inscrita na história da Fenomenologia.

Para testemunharmos formas como uma psicoterapia apoiada nestas perspectivas pode proceder, contamos com as contribuições de um psicólogo clínico que trabalha especificamente com a redução de danos. A participação dele nesse trabalho deu-se, através de uma entrevista, onde utilizamos um pequeno roteiro de perguntas.

Esse estudo permitiu-nos enxergar, de modo mais crítico e amplo, as práticas terapêuticas proibicionistas voltadas à dependência química e encontrar novos rumos para as práticas de redução de danos, alinhavadas a um modo de pensar clínico daseinsanalítico, o que possibilitou uma atuação mais digna pelos aspectos éticos envolvidos nesse processo.

Palavras-chave: drogas – dependência química - redução de danos - fenomenologia - *daseinsanalyse* - psicoterapia.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO AO TEMA DAS DROGAS	05
1.1. Curiosidades históricas e notas sobre a presença das drogas.....	06
1.2. Proibição ao uso de drogas.....	08
1.3. Redução de danos ao uso de drogas.....	12
CAPÍTULO 2 – A FENOMENOLOGIA-EXISTENCIAL E A <i>DASEINSANALYSE</i>	16
2.1. Edmund Husserl e Martin Heidegger.....	16
2.2. Ludwig Binswanger e Medard Boss.....	17
2.3. Breve esboço sobre a prática clínica da <i>Daseinsanalyse</i>	20
CAPÍTULO 3 – ENTREVISTA COM O PSICOTERAPEUTA	23
3.1. Escolha do entrevistado.....	23
3.2. Procedimento.....	23
3.3. Roteiro de perguntas previamente estabelecido.....	24
3.4. Breve análise da entrevista.....	25
CAPÍTULO 4 – <i>DASEINSANALYSE</i> E REDUÇÃO DE DANOS	26
4.1. Fundamentos fenomenológico-existenciais na redução de danos.....	26
4.2. Prática clínica: <i>Daseinsanalyse</i> e Redução de Danos.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	38
1. Autorização do Comitê de Ética.....	38
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	39
3. Transcrição completa da entrevista.....	40

INTRODUÇÃO

Quando falamos sobre “drogas”¹, estamos falando de um assunto que acompanha o homem desde os primórdios de sua existência. A complexa relação entre o homem e as drogas, que se desenrolou ao longo da história, sempre foi marcada pelos diversos tipos de usos e o contexto histórico de cada época. Tal relação, no entanto, não contemplava grandes preocupações, como estamos observando na nossa época atual (séculos XX e XXI).

Conforme nos aproximamos dessa nossa época atual, notamos que essa relação do homem e o mundo das drogas foi ganhando mais peso e uma tensão cada vez mais voraz e ameaçadora. Os atos de violência que testemunhamos hoje, associados a essa complexa relação do homem com as drogas, parecem espelhar as diferentes maneiras de como o homem vem lidando consigo mesmo e com os outros de modo violento. Associada às drogas, vemos a força do tráfico nas grandes metrópoles e nas cidades de maior poder econômico. Disputas, transgressões e a ambição pelo ganho aparentemente fácil povoam o mundo do sonho de jovens iniciantes.

Em relação ao consumo de drogas observamos o aumento do número de pessoas que fazem uso das substâncias psicoativas, gerando uma propensão ao desenvolvimento do uso nocivo e uma dependência química e psíquica das substâncias; sendo que, por outro lado, observamos também o aumento do medo das pessoas em relação ao “mundo das drogas”, fazendo com que elas se sintam oprimidas, impotentes e fortemente influenciadas pelos mecanismos coercitivos de controle. Isso parece amplificar ainda mais os problemas gerados com a questão do uso de drogas e a violência atrelada a esse fenômeno.

Desse modo, em geral, os mecanismos de controle, em vez de terem oferecido recursos para uma convivência mais parcimoniosa em sociedade, acabaram por incorporar uma forma autoritária de lidar com o problema, gerando um efeito oposto e desarmônico. Isso propaga medo, opressão e

¹ Destacamos aqui drogas entre aspas para introduzir o leitor à problematização da amplitude de significados que essa palavra carrega. Essa cautela torna-se importante para não nos determos apenas no significado mais usado e impreciso da palavra, que é o de substâncias psicoativas ilegais ou consumidas abusivamente.

violência, já que, o uso de drogas é, indiscriminado e na maioria das vezes, proibido, ou passível de severas punições. Essas questões devem ser muito bem pensadas quando estamos dentro de um contexto psicoterapêutico que visa tratar a dependência química.

As práticas terapêuticas são predominantemente proibicionistas e reproduzem essa tensão social, marcada pelo medo e pela busca de medidas, que tentam excluir esse fenômeno, o qual merece ser compreendido e alterado, respeitando seus limites. Nessas práticas terapêuticas, há apenas um único objetivo a ser perseguido, que é o de pensar o modelo de tratamento como cura; e cura significaria a abstenção total.

Abordaremos, mais de perto, esses acontecimentos, visando às contribuições oferecidas pelas práticas de redução de danos, que apesar de terem nascido com um propósito de evitar uma pandemia de hepatite, distribuindo-se seringas descartáveis para os usuários de drogas injetáveis, propiciaram novos sentidos ao tratamento desses usuários.

As recentes publicações oficiais da ONU (Organização das Nações Unidas) para resolverem o problema das drogas, sugerem como dever do Estado a criação de quatro frentes de atuação. Em primeiro lugar, o órgão defende que o uso de drogas seja considerado como doença, não como um crime, alegando que os usuários necessitam de ajuda médica e a medida ajudaria a reduzir consideravelmente a demanda. Em segundo lugar, defende a necessidade de se colocar um fim à falta de controle nas cidades. Para isso eles citam como fundamentais as ações públicas que melhorem a habitação, os empregos, a educação, os serviços públicos e o lazer, afirmando que isso poderia tornar as comunidades menos vulneráveis às drogas e ao crime. Em terceiro, defende ações dos governos em fazer acordos internacionais contra o crime organizado e a corrupção e usar os instrumentos que já existem nesse sentido. Como último foco complementar, a ONU defende que se deva aumentar a eficiência de aplicação da lei e focar no pequeno número de casos em que há grande volume de drogas envolvido, ou crimes violentos.

Ao nos interarmos desses quatro pilares como frentes de atuação da ONU, notamos a imensa preocupação em controlar o uso das drogas que, como dito no início dessa introdução, era praticamente inexistente. Refletiremos, brevemente, sobre isso, para esclarecer o nascimento das

práticas proibicionistas e em contraposição, o da redução de danos. Nosso foco, no entanto, será claro: o de propor uma redução de danos numa análise fenomenológico-existencial.

Dentro desse contexto de violência e coerção, precisa-se de muito cuidado e rigor no tratamento oferecido a uma pessoa numa situação de sofrimento pelo uso nocivo de drogas, a começar pela afirmação radical da ONU de que é necessário enxergar TODOS os usuários de drogas como doentes.

Mostra-se cada vez mais necessário refletir para aprimorar o atendimento terapêutico ao uso nocivo de drogas, através da presença de profissionais comprometidos com uma visão crítica aos modelos predominantes (que são proibicionistas) e ampliar os estudos teóricos e práticos neste campo, ainda muito escassos.

Esses motivos e questões levantadas até aqui buscaram validar a importância de nosso estudo e serviram como sentido propulsor inicial para esse trabalho na proposta terapêutica. Apesar de elas abrirem margens para muita discussão, esboçar esses fenômenos mostra-se imprescindível numa terapêutica, uma vez que a cada dia o número de pessoas que buscam ajuda em decorrência de uma dependência química vem crescendo consideravelmente. Por isso, ressaltamos como os trabalhos preventivos, principalmente na área educacional, são muito significativos para um atendimento que possibilite contornar essa realidade.

Nosso esforço centrar-se-á, ainda que de forma singela, em alinhar as práticas clínicas de redução de danos ao pensamento fenomenológico-existencial presente nas práticas clínicas *Daseinsanalíticas*. Essa escolha deu-se pelo fato de acreditarmos que tais práticas psicoterapêuticas permitem uma visualização muito abrangente do homem, contribuindo significativamente para uma compreensão do fenômeno da dependência química e mesmo do uso das drogas (tanto lícitas, quanto ilícitas).

Entrevistaremos um psicólogo clínico, que trabalha seguindo as premissas fenomenológico-existenciais (conhecedor da *Daseinsanalyse*) e com experiências clínicas (com pessoas que fazem o uso de drogas), para subsidiar-nos nossa reflexão sobre como este tipo terapia pode se manifestar na prática.

Para deixar mais clara nossa trajetória, esse trabalho será dividido em quatro capítulos, a saber:

No primeiro, introduziremos a temática das drogas. Traçaremos um breve esboço sobre a origem e a presença das drogas na história da humanidade, a origem da proibição ao uso de drogas e; a redução de danos, situando dados históricos.

No segundo capítulo, situaremos a fenomenologia e seu desdobramento em Martin Heidegger na obra *Ser e Tempo* (1927); a origem histórica da *Daseinsanalyse* como assimilada por Ludwig Binswanger e Medard Boss e; um esboço sobre a prática desse tipo de abordagem psicoterapêutica.

No terceiro capítulo, apresentaremos os procedimentos adotados na entrevista com o psicoterapeuta e uma breve análise de sua contribuição para esse trabalho.

No quarto capítulo, apresentaremos as práticas de redução de danos sustentadas pelo pensamento fenomenológico-existencial, aproveitando-se de elementos da entrevista com o psicoterapeuta. Posteriormente, incluiremos formas como a prática clínica da *Daseinsanalyse* pode ocorrer em relação às questões do uso de drogas e a condição de dependência química.

Por fim, retomaremos nosso percurso e tentaremos abordar as questões que acompanharam nosso trabalho, promovendo um possível espaço de discussão e continuação desse tipo de tratamento clínico.

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO AO TEMA DAS DROGAS

Atualmente, a medicina tem uma definição consensual sobre droga como sendo “... *qualquer substância que é capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento*”.

Nesse trabalho o termo “droga” será entendido como sendo qualquer tipo de substância capaz de alterar os “estados de consciência”², ou seja, com qualidades psicoativas, independente de ser ilegal, e que pode levar a uma dependência fisiológica e/ou psíquica. Ou seja, não se difere radicalmente das definições dadas pela medicina, tirando o fato de que as mudanças fisiológicas devem causar mudanças nos estados de consciência, o que pode ou não causar mudanças nos comportamentos.

De qualquer forma, é importante discutir a complexidade do termo, já que seu uso pode confundir por seus diversos sentidos em seus usos cotidianos e em estudos que ampliaram sua compreensão.

Não é à toa que temos o costume imediato de associar a palavra droga às substâncias ilegais ou de abuso, como o álcool, e os remédios às substâncias adquiridas em farmácias. Sabe-se que fármaco, palavra grega derivada de *phármakon*, curiosamente tem dois significados distintos, praticamente opostos: veneno e remédio. Fármacos, remédios e drogas são substâncias que, no saber médico, tem sentidos bastante semelhantes, e que devem ser utilizadas com o intuito claro, que é o de promover e o de auxiliar a saúde humana. É claro que isso já se mostrou ser possível, se forem utilizadas de forma criteriosa (como por exemplo, numa dosagem adequada e submetidas a certas condições), pois é sabido que o uso de qualquer droga pode ter um efeito “maléfico” (de veneno), caso seja usada de forma inadequada.

² Essa foi a definição atribuída por Alain Labrousse em **Drogas: a hegemonia do cinismo** (1997, p.47); definição idêntica foi utilizada no documentário “Fora de Si”, lançado pelo CFP (Conselho Federal de Psicologia) em parceria com o canal Futura (2002) e em outros trabalhos acadêmicos. Para melhor aprofundamento, sugerimos os artigos de Carneiro, Vargas, Fiore e Marras em *Drogas e Cultura: novas perspectivas*, publicado em 2008; pela editora Edufba, e Fiore em *Uso de Drogas: controvérsias médicas e debate público*, publicado em 2007, pela editora Mercado de Letras de Campinas.

1.1. Curiosidades históricas e notas sobre a presença das drogas

O uso de substâncias, capazes de alterar o estado perceptivo, sensorial, de humor e de subjetividade, pelo homem, é tão antigo e tão presente, que fazer um estudo sobre sua origem e a presença dessas substâncias durante toda a história da humanidade seria um desafio quase inatingível. Isso se torna ainda mais complexo quando ampliamos nosso olhar sobre como deveríamos considerar drogas, de uma forma muito mais complexa, incluindo inclusive os alimentos (VARGAS, 2008, p.41). Nesse trabalho há uma breve introdução ao tema, cujo subtítulo exemplifica seu objetivo.

Em busca da etimologia da palavra droga, encontramos algumas variantes. Entre os seus empregos (do latim, do árabe, do celta, dentre outros), a palavra holandesa *droog* (derivada do neerlandês *droghe vate*) parece ser a que mais esclarece sobre o termo e remonta a fatos históricos importantes.

Entre os empregos citados, empatizamos-nos mais com o termo holandês *droog*, que tem o significado de “folhas secas”. Isso se torna sensato se ponderarmos que a maior parte do uso de substâncias para cuidar das enfermidades humanas era composta por bases vegetais, desde os tempos da antiguidade, como constatamos em fontes da UNIFESP (Universidade Federal de Medicina do Estado de São Paulo).

A utilização do termo neerlandês *droghe vate*, cujo significado é “barris de coisas secas”, remete à época medieval. Nesse período, com a ascensão da burguesia e o advento das Cruzadas, as civilizações européias começaram a restabelecer contatos entre si e com outros povos, especialmente do mundo árabe³. Aflorou-se, com a exploração de terras novas, além de um contacto com novas culturas, uma abertura ao comércio de mercadorias, especiarias, substâncias exóticas (muitas delas com propriedades psicoativas). O transporte de várias especiarias e substâncias exóticas ocorria dentro de barris fechados como forma de conservar o seu conteúdo.

Como apresentado, a exploração de terras novas possibilitou conhecer novos mundos e diferentes horizontes dos familiares, gerando um enorme

³ Sabe-se que o contato anterior dos europeus com as civilizações do Oriente já existia, mas tornou-se escasso após a cisão do Império Romano.

fascínio naquela época. Algo mágico permeava o imaginário onírico das terras desconhecidas e de tudo que advinha delas, independente de serem substâncias psicoativas, até porque o comércio englobava diversos tipos de mercadorias.

Além da presença das drogas nesse período citado, já era conhecido seu uso em relatos muito antigos da China, há mais de 6.000 anos. Era comum o uso de fibras de maconha para confecções de tecidos e o uso do ópio fumado. O uso do álcool nas civilizações egípcias parece ter surgido há aproximadamente 4.000 anos. (RIBEIRO, P. L., ANDRADE, A. G., *in*. LOUSÃ NETO e outros, 2007, p.195)

Além das civilizações egípcias, o uso de vinho foi uma das drogas que também esteve muito presente na civilização grecoromana. Seu uso era muito ligado a datas comemorativas, comuns após os combates em que eram vitoriosos. Seu uso era predominantemente coletivo e recreativo, numa espécie de ritual que socializava a civilização, vangloriando suas forças. Claramente, o uso tradicional de vinho não representava um problema. No entanto, Sodelli (2006, p.44) constatou em seus estudos que, possivelmente, a civilização grecoromana fora uma das primeiras civilizações a considerarem a questão do uso em seus excessos, tanto para consumo de bebidas, quanto a comidas e a sexo. Tal preocupação envolvia a dimensão ética das relações entre os homens.

Não podemos esquecer que, o conceito de *Polis* (lugar da morada dos homens) na Grécia antiga, era sustentado pelo conceito de *ethos*, ou seja, por uma ética das relações. Desta forma, o uso das drogas, em seu excesso, poderia facilitar ou promover transgressões desses acordos entre os homens.

Foi apenas após a ascensão do cristianismo em Roma que a maior parte das substâncias psicoativas passou a ser condenada e vista como diabólica, ao passo que o vinho, por ser reverenciado pelos preceitos do Velho Testamento, era algo bom e divino. Sabe-se que a presença de alcoolistas já era apresentada em textos antigos orientais e ocidentais. (ESCOHOTADO, 2005, p.123)

Em relação à origem do uso de drogas com intuito medicinais, documentos da Grécia antiga já atestavam que Platão tenha dito a Aristóteles que os fármacos poderiam ter efeitos positivos para a saúde, sem a

necessidade de usar os salmos curandeiros (como era de costume para se curar os males da saúde e da alma). Foi através da observação de práticas místico-rituais (muito comuns desde a antiguidade), com o uso de determinadas substâncias “curadoras”, que o conhecimento da medicina começou a se desenvolver. Com as observações experimentais, das alterações que certas substâncias geravam nos humanos, começou-se a hipotetizar formas de curas apenas com o uso delas, isolando-as de rituais. O nascimento da medicina no mundo ocidental foi fortemente influenciado pelas tentativas de se separar os efeitos de substâncias utilizadas em rituais espirituais, para promover alterações em outros contextos. (ESCOHOTADO, 2005, p.34)

Voltando para tempos recentes, é conveniente lembrar que, no início do século XX, era possível comprar cocaína na farmácia, indicada como um eficiente analgésico e potente revigorante. Escotado (2005) relembra que, nessa época, laboratórios farmacêuticos, apresentavam a cocaína com o seguinte *slogan*: “não perca tempo, seja feliz; se você se sente pessimista, abatido, peça cocaína”. Por isso mesmo que Sodelli aponta a importância em perceber que, dependendo do momento histórico a que nos referirmos, a relação do homem com as drogas poderá ser completamente diferente do que estamos acostumados a conceber (2006, p.43).

Como pudemos observar, sempre houve o uso de drogas. Mas seu uso, assim como a forma como o vemos, foi fortemente marcado por mudanças nos modos proibicionistas de como o Estado lida com a questão do uso e comercialização das drogas (influenciado por questões religiosas, políticas e econômicas). Como veremos a seguir, isso tudo impactou diretamente nas práticas de prevenção e de tratamento, para qualquer usuário de drogas, o que nos aproxima de nosso propósito como veremos a seguir.

1.2. Proibição ao uso de drogas

O fato de ter de lidar com as drogas, no sentido de controlar seu uso, nunca foi tão severo como atualmente (mas tampouco é algo novo). Testemunha-se isso facilmente no relatório oficial da ONU desse ano. Não é à toa que exista essa preocupação, já que estamos presenciando há tanto tempo

os frequentes acontecimentos de violência envolvendo o mundo do tráfico, tanto no Brasil quanto em outros países.

Tomando como referência a publicação do relatório citado⁴, podemos averiguar seu grande conservadorismo. Aproveitando sua publicação e repercussão mundial, podemos retomar os episódios que marcaram sua origem: As Guerras do Ópio. Os episódios que marcaram as Guerras do Ópio ilustram bem como os interesses econômicos podem estar vinculados ao uso de drogas impactando diretamente no consumo dessas substâncias.

Sabe-se que as importações de Ópio para a China, trazido pela Companhia Britânica das Índias Ocidentais, gerava enormes lucros para os ingleses. Com isso, a China decretou a proibição em relação ao comércio e ao uso do Ópio, para balancear seus ganhos financeiros (e não por razões morais ou sanitárias). Mesmo assim, os britânicos deram continuidade ao comércio, o que levou as autoridades chinesas a queimarem exorbitantes quantias de drogas. Esse ato foi o estopim para o Reino Unido declarar guerra contra os chineses. O resultado foi catastrófico para a China que, após sofrer inúmeras mortes e derrotas, foi obrigada a abrir diversas concessões comerciais para seus inimigos.

Escohotado (2005) demonstra, de forma bastante precisa e detalhada, como a violência e a proibição nesse período, que culminou com as Guerras do Ópio, repercutiram de forma negativa no consumo da substância no país:

*“Contemplando desapasionadamente los hechos, parece difícil negar que la prohibición del ópio no solo fue ineficaz, sino estimuladora para aquella que quería prohibirse. China usaba el fármaco liberalmente desde el siglo IX, sin que tal circunstancia planteara problema alguno de tipo social o individual, mientras la persecución decretada contra cultivadores y usuarios indujo modos abusivos de administración en detrimento de los moderados, y mercancías envenenadas por aduterantes en detrimento de productos puros. Tan cierto como esto es que al cesar la prohibición apareció en el pueblo un distanciamiento crítico y una tendencia al autocrontol antes inexistente, si hemos de confiar en los testimonios de la época.”*⁵ (p.543).

⁴ (WDR – World Drug Report), de junho de 2009, pelo órgão das Nações Unidas sobre drogas e crimes (UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime). É considerado referência mundial e um dos principais órgãos reguladores sobre o assunto.

⁵ “Examinando sem pretensões os fatos, parece difícil negar que a proibição do ópio foi não somente ineficaz, mas estimuladora mesmo para aquele que queria abster-se de seu uso ou plantio. A China usava o fármaco de forma liberal desde o século IX, sem ser uma questão alarmante, que pudesse criar algum problema ou grande ameaça na ordem

Após mais de cem anos deste episódio e com a criação da Comissão sobre o ópio em Xangai, observamos no relatório o que é considerado importante para uma discussão atual: Informações atualizadas qualitativas e quantitativas, de vários países, mensurando, avaliando e classificando a situação sobre consumo, tráfico e quantidade de apreensões das drogas ilegais mais consumidas (opiáceos, cocaína, maconha, *ecstasy*, entre outras). Com os resultados obtidos, o corpo executivo discutiu suas opiniões sobre a temática das drogas e chegou à conclusão em como lidar com a presença das drogas: através de seu extermínio.

Desde a leitura introdutória do relatório, assinado pelo atual secretário geral da ONU, o Sr. Ban Ki-Moon, vários elementos chegam a assustar. O primeiro deles é a citação, de forma honrosa, do marco do combate às drogas que se iniciou há cem anos, na Comissão sobre o ópio em Xangai, conseqüente às Guerras do Ópio, como se a campanha houvesse criado bons frutos para os dias atuais, o que já mostramos ser ilusório naquela época e nos tempos atuais.

Após o início dessa política internacional de combate às drogas, através de suas formas de controle coercitivas confirmou-se, de forma manifesta, a incoerência da posição de Guerra às Drogas - que até hoje banaliza o tema e impregna o imaginário - manifestando-se sob formas de preconceitos e normas moralizantes, disfarçando em seus discursos os interesses por trás dessa postura.

Como forma de discutir sobre os posicionamentos da ONU, o psicólogo e diretor-executivo da conhecida ONG *Psicotropicus*, Luiz Paulo Guanabara, fez severas críticas, publicada pela Revista Fórum de outubro de 2008 (mesmo antes do último encontro em Viena), apontando a insensatez da ONU como sua postura conservadora, por influência de seu maior mantenedor, os Estados Unidos. Também fomentou e defendeu as políticas progressistas que buscam a redução de danos e outras formas controladas de uso e cultivo como

social ou individual. A perseguição decretada aos cultivadores e aos usuários induziu formas abusivas de consumo em detrimento dos moderados e substâncias envenenadas por aduterantes, em detrimento de produtos puros. Essa constatação é tão verdadeira, que ao cessar a proibição apareceu na população um distanciamento crítico uma tendência ao autocontrole, antes inexistente. Afirmamos isso se pudermos confiar nos testemunhas da época.” Obs: A tradução para o português foi feita livremente por nós, mantendo-nos o mais fiel possível ao texto original.

norteadoras para novas práticas. Ele mostra como essas práticas progressistas tem-se mostrado eficientes para tratamentos preventivos e de tratamento a dependentes químicos na Europa e convida a se pensar de que forma essas práticas podem se apresentar no contexto brasileiro.

A “Guerra às Drogas”, frequentemente defendida nos meios midiáticos, nada mais é do que uma “bandeira” que defende a extensão das políticas proibicionistas estabelecidas pelos EUA, que vigoram até os dias de hoje, pregando o extermínio das drogas ilegais a qualquer custo: pelo uso de armas, imposição ao não uso em qualquer hipótese sob penas severas e influenciando ações práticas de prevenção e de tratamento.

Refletindo sobre o fato de algumas drogas serem ilegais e outras não, Byck (1974, p.20) ⁶ contesta a contradição nos discursos proibicionistas, afirmando que é a sociedade quem escolhe as drogas, dizendo que contemporaneamente o álcool, a nicotina e a cafeína foram as que se tornaram socialmente aceitas. O autor aponta que *“escolhemos os nossos venenos com base na tradição, não na farmacologia”*. Sua frase, um tanto agressiva, ataca os atributos dados às drogas em serem aceitas, ou não, e como as drogas carregam os moralismos da sociedade, ganhando inclusive qualidades humanas. Essa ideia fica estampada no trecho que se sucede onde o autor indignado afirma que *“... as atitudes sociais determinam as qualidades morais das substâncias químicas”*. (Idem, ibidem)

Sabemos que, por detrás de questões sociais, que definem quais seriam as “drogas escolhidas pela sociedade”, encontra-se atributos de cunhos religiosos, políticos e econômicos que sempre influenciaram essa “aceitação”, condicionando as pessoas para certos tipos e padrões de consumo de drogas.

As ideias proibicionistas impõem a utópica imagem de uma sociedade “livre das drogas (ilegais)” e a prega como meta para o bem estar coletivo. Suas repercussões no Brasil estão fortemente espalhadas e presentes nos *slogans* **“Diga não às Drogas”** e impactam nas formas como as práticas terapêuticas ocorrem.

⁶ Introdução do livro “Freud e a Cocaína”, organizado pelo autor com notas de Anna Freud.

Mas essas práticas já começaram fracassadas, primeiro, porque de utópico só há o divino; segundo, porque desconsidera a longa trajetória da existência humana, desde que sabemos das origens do homem e de sua complexa relação com as drogas, e com todos os tipos de substâncias, independente do tipo e do contexto em que eram usadas como vimos anteriormente.

Apesar da postura proibicionista tentar reforçar positivamente o não uso de drogas, especialmente as ilegais (que nem sempre são as mais nocivas), ela tende a ser facetada, idealista e repressora porque, impossibilitando a criação de programas socioeducativos de prevenção e de tratamento ao uso nocivo de drogas, comprovadamente mais eficientes, ela tende à alienação e a causar o efeito oposto, de uso abusivo que pode levar a uma maior incidência de dependentes químicos.

Nesta emboscada, perde-se qualquer reflexão crítica de uma sociedade em que o poderio maior (Estado) define o que é bom e o que é ruim, manipulando a moral e os valores sociais.

Essa armadilha, além de poder influenciar os sujeitos usuários a se situarem numa realidade de pertença segregada, os desconsidera em suas singularidades, podendo amplificar o aumento do uso nocivo de drogas, numa resistência de imposição de poderes. Foi o que pudemos constatar no movimento de contracultura nos EUA, na década de 60, com os conhecidos *hippies*, anteriormente na década de 30 do século passado, quando foi implantada a fracassada política da Lei Seca e, há mais de cem anos, com a proibição nas guerras do ópio na China.

1.3. Redução de danos ao uso de drogas

As práticas de redução de danos, em contraposição às práticas proibicionistas, ofereceram novas visões. Elas podem ser sustentadas de várias formas e, frequentemente são, conforme mostraremos mais adiante.

As diferentes interpretações não são erradas e até se complementam; isso ocorre muito por conta dos diferentes rumos e ramificações que suas práticas foram empregadas e desenvolvidas no decorrer dos anos, conforme as

demandas locais. Aqui, torna-se necessário um esclarecimento de como nós entendemos o termo redução de danos, portanto, seu conceito, para melhor elucidar o propósito deste trabalho.

Para chegarmos a esse objetivo, vamos expor suas definições por alguns importantes autores e esboçaremos seu histórico a seguir.

Lancetti recentemente conceituou, de forma sintética, RD, como sendo:

“uma política e uma prática de saúde pública definida como uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas”. (2006, p.77)

Newcombe definiu redução de danos como sendo:

“uma política social que visa minorar efeitos negativos decorrentes do uso de drogas”. (1992, p.1)

Duncan *et al.* define como:

“política de prevenção dos potenciais danos relacionados ao uso de droga, ao invés de tentar prevenir o próprio uso de droga.” (1994, p.281)

Watson confirma redução de danos como sendo:

“O desenvolvimento de estratégias, práticas e filosofias, que produzam resultados em relação à área do uso de drogas tão seguros quanto as situações possibilitem. Isto envolve o oferecimento de informações factuais, recursos, educação, habilidades e o desenvolvimento de mudanças de atitudes, com o objetivo de minimizar o impacto negativo decorrente do uso de drogas para os usuários, para a comunidade e para a cultura.” (Watson [1989]⁷, citado por Reale, 1997)

Essas conceituações, entrelaçadas, traduzem de forma bastante semelhantes como a redução de danos apresenta-se à sociedade. Mas cabe resgatar suas origens, partiremos adiante resgatando esse surgimento.

Historicamente, o termo redução de danos foi publicado formalmente por uma iniciativa do governo britânico em 1926, através de um relatório conhecido

⁷ M. Watson. Harm Reduction: Why do it? *Intern. Journ. Of Drug Policy*, v.2, n.5, p.197-208,1989.

como “Relatório Rolleston”. A formalização deste documento inglês, segundo Reale (1994, p.3), referia-se a dois objetivos para o uso e abuso de drogas: o de prevenção e o de tratamento a usuários sob os preceitos da redução de danos.

Na promissora e nova proposta, especificamente ao que nos interessa nesse trabalho - o de tratamento clínico individual e de grupo - já existia a proeminente ideia de manutenção do uso de drogas a usuários e a possível substituição a substâncias menos nocivas, como a substituição de opiáceos para determinados usuários de heroína, por exemplo.

Todavia, essa política e suas práticas só tomaram corpo, desenvolvendo-se e expandindo sua territorialidade, em formas de programas, na década de 80 na Holanda. Isso ocorreu após a iniciativa de uma associação a usuários de drogas apresentarem um projeto de distribuição de seringas descartáveis a usuários de drogas intravenosas (UDIs). Com isso, o compartilhamento de seringas poderia ser evitado, impedindo uma epidemia de hepatite B. Foi a partir daí que o país implantou o projeto com sucesso. Posteriormente, com o advento da AIDS, o país tornou-se referência global e o modelo de redução de danos ganhou força (SODELLI, 2006: 97).

No Brasil, a primeira tentativa de realizar o programa de redução de danos ocorreu em Santos-SP, no ano de 1989, mas foi frustrada por ordem judicial. Depois de inúmeras tentativas, apenas em 1995 houve a oficialização do programa em Salvador-BA (SODELLI, 2006: 98).

Aos poucos, algumas tentativas posteriores vieram ampliando-se no território brasileiro, demonstrando uma grande eficácia. Foi possível constatar que o programa de troca de seringas não só impediu uma propagação epidemiológica de doenças como a AIDS e a hepatite, como também reduziu o consumo das drogas.

Lancetti expõe sua impressão sobre as mudanças bem sucedidas numa dada comunidade no Brasil, afirmando metaforicamente que:

“ao aceitar o uso cuidadoso das seringas descartáveis, a operação de redução de danos entra na corrente sanguínea como injeção de vida e se expande em forma de consenso pelos territórios geográfico e existencial. Uma mudança quase imperceptível acontece na relação de homens e mulheres com as drogas e nisso radica sua potência” (2006, p.81)

Os promissores resultados fizeram com que algumas práticas e políticas de redução de danos fossem implantadas posteriormente, com drogas menos severas e com bons resultados. As práticas de redução de danos estão ganhando territorialidade, apesar das práticas proibicionistas, com suas medidas coercitivas, permanecerem resistentes no Brasil.

CAPÍTULO 2 - A FENOMENOLOGIA-EXISTENCIAL E A *DASEINSANALYSE*

1.1. Edmund Husserl (1859-1938) e Martin Heidegger (1889-1976)

A fenomenologia tal como popularmente a concebemos hoje, tem suas origens nos trabalhos do filósofo alemão Edmund Husserl, apesar do primeiro uso da palavra ter sido datado do século XVII⁸ e também ter sido presente no pensamento de Franz Brentano (1838-1917), carismático professor de Husserl e Sigmund Freud (1856-1939). É importante esclarecer que fenomenologia é, antes de tudo, um método rigoroso e científico nas próprias definições de seu fundador alemão. Seu surgimento se encontra dentro de um contexto onde a ciência positivista tinha o *status quo* do saber absoluto.

A proposta inicial da fenomenologia resume-se em estudar os fenômenos, ou seja, aquilo que é dado à consciência – o vivido (*Erlebnis*). Segundo seus pressupostos, torna-se impossível sustentar uma separação entre sujeito e objeto, mente e corpo, para se conhecer como acreditava René Descartes (1596-1650). O pensamento fenomenológico de Husserl, ao conceber a idéia de que os atos da consciência são sempre intencionais, ou seja, dirigem-se as coisas, essa relação sujeito-objeto como instâncias separadas não poderá ser sustentada.

Se o âmbito do conhecimento aloca-se agora no estudo das correlações entre o eu e as coisas, o conhecimento de um fenômeno deverá basear-se num processo compreensivo, descritivo e posteriormente com Heidegger um acesso ao sentido daquilo que é vivido (ser-dos-entes).

A metodologia advogada por Husserl deve ser rigorosamente descritiva, com o intuito de conhecer algo como aquilo que se mostra, tal como se mostra por si mesmo. É preciso retornar “às coisas mesmas” e se esforçar por deixar ao máximo em suspenso as concepções apriorísticas, tanto os pré-conceitos como qualquer hipótese sobre o fenômeno. Tal recurso será denominado por ‘redução fenomenológica’.

⁸ A fenomenologia foi originalmente empregada no texto *Novo órgãoon* (1764), de J. H. Lambert. (DARTIGUES, 2008)

Como discípulo de Husserl, Martin Heidegger (1889-1976) trilhou seu próprio caminho. Utilizando-se da fenomenologia enquanto método por ele designado de uma Fenomenologia Hermenêutica, o filósofo preocupou-se em explicitar o sentido do ser.

Em sua obra mais conhecida, *Ser e Tempo* (1927), Heidegger ressaltará a importância de se meditar sobre o sentido do ser e para isso ele toma o homem (*Dasein*) para acessar os modos como esses sentidos se dão, uma vez que é para esse ente que o ser se abre. O ente homem é portanto um ente aberto ao ser, somente o homem se indaga sobre o seu ser, como também a respeito de como são as coisas.

A ontologia de M. Heidegger influenciou profundamente os psiquiatras e psicoterapeutas clínicos Ludwig Binswanger (1881-1966) e Medard Boss (1903-1990), que por sua vez fundaram e desenvolveram a prática clínica da *Daseinsanalyse*. Sua prática ganhou territorialidade ao acreditar que os *insights* filosóficos dessa concepção de homem e de mundo pudessem beneficiar pessoas que necessitavam de ajuda. Adentramos a seguir maiores informações sobre seu surgimento e conseqüente ascensão.

2.2. Surgimento da *Daseinsanalyse*

Como constatado anteriormente, a *Daseinsanalyse*, que tomamos como referência para esse estudo, tem seus fundamentos ancorados na ontologia de Martin Heidegger, em especial na citada obra *Ser e Tempo*, publicada em 1927. Nela, encontramos a analítica do ente homem, o *Dasein*, que em sua tradução mais próxima do alemão ao português, significa *ser-aí*, o que equivale a *ser-no-mundo*. A analítica do *Dasein* acontece através de uma investigação Fenomenológica Hermenêutica das estruturas fundamentais do existir humano.

Colpo (2007) mostra que a analítica do *Dasein* (tal como apresentada por Heidegger em *Ser e Tempo*) ocorre pela investigação das diversas “estruturas ontológico-existenciais, que constituem o existir humano, como: a *compreensão (Verstehen)*; o *encontrar-se ou a disposição de ânimo*; a *queda (Verfallen)*; a *angústia*; o *cuidado (Sorge)*; a *temporalidade*; a *espacialidade*; a

corporeidade; a finitude (ser para a morte); a culpabilidade, a historicidade.” (p.18).

O modo de pensar metafísico, presente nas demais linhas de psicoterapias, esqueceu-se da diferença ontológica entre ser e ente. Ao identificar o ser dos entes como aquilo que é essencial, atemporal, permanente do ente e universal o ser se igualou ao ente – foi objetivado.

A utilização de *Dasein*, como forma de referir-se ao homem, é o primeiro indício intencional de Heidegger para precaver-nos de não enxergarmos o homem como algo objetivado, mas como um ente marcado por elementos fundantes que compõem aquilo que diz respeito à sua existência. Ao propor um olhar de homem como *Dasein*, amplia-se nossa compreensão desse ente tão peculiar.

Dessa forma, no emprego do próprio verbo ser, há a evidente preocupação do filósofo em colocar a questão da temporalidade para nos aproximarmos de sua compreensão de homem mais complexa, assim expõe características que explicitam o homem como ser historicidade, um constante vir-a-ser, um ser-para-a-morte e um ser que é marcado também pela incompletude.

A essência do *Dasein* é sua existência, segundo Heidegger o homem é clareira, por ser o único ser que pode questionar a respeito de seu próprio existir e de apropriar-se de suas condições. Considerando essas observações o homem é um ente de possibilidades, de modo que ele tem a condição de poder escolher, de decidir sobre a sua existência. Mesmo que essa escolha (liberdade) ocorra diante de uma condição fática, situada o homem pode apropriar-se ou não dessas escolhas – ir em direção a um sentido próprio para sua existência ou engajar-se em projetos impessoais comuns a todos nós...ninguém.

Aprofundando o intuito primordial de Heidegger, de retomar a questão do sentido do ser, de ir à busca de uma concepção mais originária do homem de caráter ontológico, considerando o homem como “abertura”, Binswanger notou como essa forma de pensar poderia atender como nova base de compreensão de homem e de mundo. Desse modo, esforçou-se por apropriar desse modo de pensar, acatando as constituições fundamentais estruturantes do existir

humano e sua atitude fenomenológica de acesso a eles, conforme apresentada em *Ser e Tempo*:

“A fenomenologia é a via de acesso e o modo de verificação para se determinar o que deve constituir tema da ontologia. A ontologia só é possível como fenomenologia. O conceito fenomenológico de fenômeno propõe como o que se mostra, o ser dos entes, o seu sentido, suas modificações e derivados. Pois, o mostrar-se não é um mostrar-se qualquer e, muito menos, uma manifestação. O ser dos entes nunca pode ser uma coisa “atrás” da qual esteja outra coisa “que não se manifesta”. (HEIDEGGER, [1927], 2000, p.66).

Como psiquiatra, Binswanger utilizou-se da filosofia heideggeriana como base para compreensão antropológica das enfermidades humanas, mas foi criticado posteriormente pelo filósofo.

Dadas as críticas de Heidegger destinadas a Binswanger, acusado por ter compreendido de forma equivocada a totalidade de seu pensamento, o psiquiatra suíço nomeou sua análise de homem como “*daseinsanalyse* psiquiátrica”. Apesar das críticas, Binswanger, acreditou acessar, através da metodologia fenomenológica e das contribuições de Heidegger, a compreensão e a descrição dos sintomas e das síndromes. Com isso, Binswanger contrapõe-se finalmente ao pensamento científico e psicanalítico, apoiando-se na crença de que o encontro terapeuta – paciente poderia permitir o acesso aos fenômenos, não havendo nada a procurar por detrás de como eles se manifestam, contanto que fossem investigados em suas significações e relações que se apresentavam imediatamente após seus aparecimentos. (BOSS & CONDRAU, [1973], 1997, p. 24)

Impulsionado por semelhantes inquietudes de Binswanger e preocupado em aprimorar o acesso e conhecimento de seus pacientes no contexto clínico, o professor Medard Boss aproximou-se de Martin Heidegger, enriquecendo mais fortemente a *Daseinsanalyse* e seu conhecimento em sua ontologia fundamental. A amizade entre Boss e Heidegger possibilitou um longo período construtivo e importante para a ascensão e fortalecimento da *Daseinsanalyse*, enquanto prática psicoterapêutica (clínica). Tal aprimoramento consolidou-se muito nas trocas ocorridas nos *Seminários de Zollikon* que se realizaram entre os anos de 1959 e 1969, cujos encontros ocorreram, em sua maioria, na casa de Boss.

2.3. Breve esboço sobre a prática clínica da *Daseinsanalyse*

Todas as abordagens psicoterapêuticas, às quais estamos familiarizados, nasceram de uma compreensão de homem e de mundo. Essas abordagens são embasadas em teorias e técnicas, assim como presenciamos na psicanálise, na terapia comportamental, na terapia junguiana, entre outras. Para a *Daseinsanalyse*, como citado anteriormente, a compreensão de homem é concebida como existência e utiliza-se da analítica do *Dasein* (que significa ser-aí), através do próprio *Dasein*. Isso explicita o quanto suas premissas já se diferenciam das demais abordagens, pois a compreensão do homem como “sujeito” são muito complexas e fogem de uma objetivação.

A forma de compreender o homem e o mundo impactou a *Daseinsanalyse* de tal maneira que, não poderíamos afirmar ter uma teoria ou uma técnica preestabelecida. Não existe uma coordenada para sua prática, como em outras abordagens. No entanto, podemos afirmar que exista um caminho, através da busca pelo sentido. Mas sentido de que?

É a busca pelo sentido daquilo que está sombrio, oculto, em outras palavras, daquilo que se manifesta também nos modos privativos do fenômeno se mostrar como nos parece ser (equivoco/engano), nas aparências que são sinalizações, indicações, anúncios do fenômeno, os exemplos que temos dessa manifestação são os sintomas, os sonhos, os símbolos, os ícones, fetiches. Outro modo privativo do fenômeno se mostrar é a mera aparência – “é o enganoso visto desde sempre já como enganoso” (CRITELLI, 1996, p.60) embora e da mera aparência. Nos comportamentos autodestrutivos (muitas vezes pelo uso de drogas), entre outras formas também um sentido pode se ocultar ou não a respeito daquilo que sustenta essa escolha. Por algum motivo bastante íntimo, talvez doloroso o sentido foi esquecido. A terapia teria seu foco neste cuidar, próprio de uma “...procura (pró-cura) via *poiesis* (linguagem) pela verdade que nos liberta para cuidar de nossa existência” (Cf.POMPÉIA, 2000, p.29).

Essa procura pelo sentido do que está velado, na clínica não se dá através de um conhecimento ou através de uma técnica específica, mas através do uso da linguagem *poiesis* (não linguagem racional), a única capaz de resgatar algo autêntico que foi esquecido. A compreensão de vivências

significativas do paciente, aquela que possibilita mudanças, não pode ser acessada se não tiver afeto e esse não vier do paciente. A explicação se diferencia da compreensão por isso. A explicação racionaliza e demanda uma resposta, já a compreensão não, apenas acontece de forma grátis, acontece gratuitamente.

A busca proposta pela *Daseinsanalyse* é uma busca pela verdade. Mas não da verdade tal como estamos acostumados a concebê-la, mas na sua adoção no sentido grego (*aletheia*), que seria sinônimo do “não esquecido”. Como constatamos, isso pode ou não se desdobrar na psicoterapia através da linguagem *poiesis*. Isso traz liberdade, porque propicia uma apropriação de elucidar o sentido das vivências de cada pessoa.

Pompéia (2004, p.163), citando Sartre, discute que a liberdade leva a um incômodo. Primeiro porque liberdade remete a uma ideia de ver-se livre de algo que atormentou o paciente e que agora vê que está sempre em jogo, não é um ente fixo. Aceitar essa ideia pode ser um risco porque pode levar a uma espécie de regressão: apaixonar-se novamente por aquilo que mais impedia a emersão dessa liberdade e com ela, essa quebra de inflexibilidade, gerando movimento. A liberdade consiste num grande esvaziamento, num estado de solidão e pode levar a uma volta de aprisionamento, restritivo. O que Heidegger traduziria por Queda.

Pompéia também afirma que a liberdade pode ser pensada de outra forma quando, a partir do momento em que há o sentimento de vazio e solidão, escolhe-se o que fazer com a vida que quer seguir adiante, seguindo um rumo próprio, um sentido. Nesse momento, podem aparecer dificuldades de quanto cada ser deve se dedicar para si nas questões de sua vida. Pompéia (2004, p.169) continua e diz que, precisa-se de cuidado, especialmente em momentos em que há a dificuldade de não se saber com o que fazer com a liberdade, uma vez que podemos facilmente nos perder, ou seja, não ir atrás daquilo que faz sentido para nossas vidas.

Seguindo o pensamento da psicoterapia, em específico a *Daseinsanalyse* apresentada por Boss, observamos que vários aspectos importantes no pensamento de Heidegger foram apreendidos e discutidos como forma de possíveis ligações entre a medicina e a psicologia. Nesse nosso trabalho, devemos entender a afirmação de Boss, como médico, de que

a *Daseinsanalyse* é essencialmente “uma nova abordagem do conjunto dos fenômenos chamados normais e patológicos do existir humano.”⁹ (1997, p.26)

Boss realmente ampliou a concepção de doença, que nada mais seria do que um estreitamento das possibilidades e vivências de um homem, um ser-aí, ou seja, a falta da liberdade que gera o estreitamento de possibilidades. Discutiremos sobre isso posteriormente, quando discutirmos as questões do uso de drogas alinhavadas a uma leitura fenomenológica na *Daseinsanalyse*, no capítulo 4.

⁹ Revista *Daseinsanalyse*. Nº 1,2 e 4. A.B.D.

CAPÍTULO 3 – ENTREVISTA COM O PSICOTERAPEUTA

Como explicitado na Introdução, a entrevista teve o intuito de oferecer subsídios para uma maior compreensão de como um tratamento, direcionado para dependentes químicos, poderia ocorrer seguindo as premissas de redução de danos para o uso de drogas sustentado num enfoque fenomenológico-existencial.

3.1. Escolha do entrevistado

Como parte de nossa trajetória para acessar os objetivos desse trabalho, aqui detalharemos os procedimentos que nortearam a entrevista com o psicoterapeuta.

O critério de escolha do entrevistado se consistiu por quatro fatores: ser um profissional formado em psicologia; ter experiência clínica na área de prevenção ou de tratamento para pessoas em relação ao uso de drogas; trabalhar segundo um referencial fenomenológico-existencial e; estar exercendo sua profissão como psicoterapeuta clínico.

O entrevistado escolhido foi um professor que além de preencher os requisitos para esse trabalho, exerce atividades acadêmicas como professor e também como pesquisador.

3.2. Procedimento

A entrevista com o psicólogo clínico ocorreu nas instalações da PUC-SP e seguiu rigorosamente os passos preestabelecidos deste projeto, que foi aprovado pelo Comitê de Ética (em anexo). Portanto, a entrevista ocorreu apenas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e numa sala com a presença apenas minha e do entrevistado. Ela foi gravada e posteriormente transcrita pelo próprio autor desse trabalho.

3.3. Roteiro de perguntas previamente estabelecido

1- Em sua tese de doutorado o Sr. buscou uma aproximação de sentidos entre o papel do professor, o educar, as drogas e ações de vulnerabilidade. Sua trajetória inicial teve como objetivo trabalhar ações preventivas contra a contaminação do vírus da AIDS e ao uso de drogas na escola. A partir de suas experiências e práticas clínicas com usuários de drogas, você diz ter ampliado sua compreensão sobre seu trabalho preventivo. Como você vê as práticas de redução de danos no sentido do tratamento psicoterapêutico?

2- A abordagem fenomenológico-existencial como postura clínica tem sentido prático para o tratamento seguindo as premissas da redução de danos ao uso de drogas? De que forma?

3- Como se dá essa prática clínica seguindo essas premissas (de redução de danos)?

4- Como são feitas as intervenções? O tema requer uma abordagem diretiva?

5- Como são acessados os sentidos que um usuário atribui às drogas? Uma vez desvelado o sentido, qual o rumo da terapia?

6- Como são avaliados os danos sofridos pelo usuário de drogas? Isso surge através da avaliação do paciente sobre si mesmo?

7- Como proceder diante de um paciente cujo descontrole ao uso de drogas se tornou extremamente perigoso?

8- Existem alguns temas centrais/pontuais que são contemplados no processo terapêutico para dependentes químicos?

9- Você sustentaria as práticas terapêuticas de redução de danos através de fundamentos fenomenológicos existenciais?

10- O Sr. acredita que a noção de redução de danos ainda é pertinente num trabalho psicoterapêutico para pessoas que usam de forma nociva drogas? Existiriam maneiras novas?

3.4. Breve análise da entrevista

A entrevista contribuiu muito para atingir os objetivos de nosso trabalho. Foram contemplados temas como: o proibicionismo e o surgimento da redução de danos; maneiras de se pensar a redução de danos de uma forma mais originária (ontológica) e menos pragmática (ôntica); a importância de uma internação para determinados pacientes graves; a importância de buscar o sentido que a droga ocupa na vida de um paciente; como são feitas certas intervenções num *setting* psicoterápico; a importância do movimento de apropriação do paciente em relação aos dados de sua existência; a necessidade de se ampliar o olhar para a compreensão das drogas; a questão dos danos e da precariedade que todos os entes humanos são; a questão da escolha e da liberdade; a questão da abordagem fenomenológica em não se ligar a técnicas; a escuta das vivências trazidas pelos próprios pacientes; a forma de se pensar junto ao paciente; possibilidades de cuidar do paciente de forma a trabalhar com ele e expandir gradativamente suas possibilidades, independente de suas escolhas; entre outros.

Vários elementos da entrevista possibilitaram uma ampliação de nossa compreensão sobre o tratamento para pessoas dependentes ao uso de drogas. Além disso, ficou clara a possibilidade de alinhar a redução de danos à fenomenologia-existencial, e como consequência, à abordagem clínica da *Daseinsanalyse*.

OBS: A íntegra da entrevista transcrita encontra-se no final desse trabalho, na parte dos anexos.

CAPÍTULO 4 – DASEINSANALYSE E REDUÇÃO DE DANOS

4.1 Fundamentos fenomenológico-existenciais na redução de danos

Através da entrevista com o psicoterapeuta, novas formas de se pensar a redução de danos sob um viés fenomenológico-existencial emergiram, dando mais consistência ao nosso estudo. Desta maneira, a redução de danos, vista apenas como práticas, ações e técnicas ao uso de drogas tornam-se rasas. A redução de danos, rigorosamente vista com maior profundidade, deve ganhar novos sentidos.

Concordamos com Sodelli durante a entrevista, quando afirma que “O viver, de alguma forma, possibilita um dano, o viver cobra um dano”. Isso é presente na própria palavra “danos”, que denuncia a fragilidade humana sobre certa precariedade no viver, no sentido de que o viver não é algo sempre sustentável, há uma demanda, uma tarefa e uma constante busca.

Somando-se a isso, as práticas de redução de danos ao uso de drogas, parecem reconhecer sua impotência ao ter de lidar com o fenômeno do uso das drogas de forma franca. Elas reconhecem que muitas vezes o existir humano é insuportável, e por isso o uso de drogas pode ter um sentido de atenuar a precariedade de um confronto com a difícil tarefa de lidar consigo mesmo, com aquilo que é mais pesado na existência de uma pessoa que vive uma condição de dependência química.

A redução de danos ao uso de drogas evidencia a precariedade do homem em sua tentativa de controlar coisas inerentes a sua própria condição de ser. No proibicionismo só existe o não uso, como se fosse possível controlar decisões ou condições humanas ao uso de substâncias. E quando há essa tendência, há a colocação de um limite radical, que limita as possibilidades e pode gerar um efeito oposto ao esperado, que seria o aumento do uso de drogas.

A riqueza do olhar fenomenológico na redução de danos (como diz Sodelli) não diz apenas respeito apenas ao uso de drogas, mas a tudo aquilo que pode nos causar danos. Temos a todo o momento que tomar decisões e nunca saberemos quais as consequências que elas terão. Quando enxergamos isso, a ideia de redução de danos se amplia e ganha novos sentidos.

4.2. Prática clínica: *Daseinsanalyse* e Redução de Danos

O uso dependente de drogas geralmente tem um carácter patológico quando adquire características extremas. Nesses casos, o comportamento da pessoa é sempre influenciado pela presença da substância: por ex. a pessoa não consegue mais viver sem o efeito dela (como assumir responsabilidades básicas de trabalho, estabelecer e manter relacionamentos interpessoais, com parceiros, a família e cuidar de outras atividades) ou ela busca a droga como único objetivo motivacional em sua vida.

Para a *Daseinsanalyse*, nesse caso, uma pessoa em estado de dependência química é considerada como sendo doente. Pelo menos seu modo de existir, de habitar o mundo está acontecendo de forma doentia. Medard Boss, como veremos a seguir, tentou ampliar sua compreensão sobre a visão médica sobre doença, geralmente vista como algo objetivada no ser humano.

Medard Boss, em seu artigo “Análise existencial - *Daseinsanalyse*”¹⁰, defende a idéia de que *ser-doente* deva ser compreendido à luz do modo de *ser-sadio*, diz ele:

“... De fato, qualquer modo do ser-doente só pode ser compreendido a partir do modo de ser-sadio e da constituição fundamental do homem normal, não perturbado, pois todo modo de ser-doente representa um aspecto privativo de determinado modo de ser-são. Ora, a essência fundamental do homem sadio caracteriza-se precisamente pelo seu poder-dispor livremente do conjunto de possibilidades de relação que lhe foi dado manter com o que se lhe apresenta na abertura livre de seu mundo. Primordialmente o modo de ser-doente é também holista. Não pode existir a não ser que haja uma limitação desta liberdade do próprio homem...” (BOSS, 1997, p.29).

Boss, ainda neste texto, refletindo sobre o modo de ser-doente, diz que essa condição pode subdividir-se, sistematicamente como sendo:

“... caracterizada por uma perturbação evidente da corporeidade do existir humano; ser-doente caracterizado por uma perturbação pronunciada da espacialidade de seu ser-no-mundo; modos de ser-doente constituindo privações importantes da afinação própria à

¹⁰ Revista *Daseinsanalyse*, nº2. [1975], 1997. A.B.A.T.E.D

essência da pessoa; modos de ser-doente constituindo privações importantes na realização do ser-aberto e da liberdade” (Idem, ibidem).

Refletindo sobre esses posicionamentos de Medard Boss em relação ao entendimento da condição sadia e patológica, o que mais nos chama atenção em relação ao mundo do dependente químico refere-se às privações vividas na realização do *ser-aberto* e da *liberdade*. Esta referência consistiu-se por um paradoxo inevitável, pois ao mesmo tempo em que o dependente químico abriu-se em termos de liberdade para poder fazer uso, experimentar o uso das drogas, ele perde essa liberdade de poder dizer não, em poder administrá-la dentro dos níveis seguros em relação aos danos que ela pode causar. Não falamos somente dos danos causadas em decorrências dos aspectos da saúde física/corporal, deteriorações, acometimentos de risco que uma ‘over’ dose pode causar e até ser letal, etc. Estamos também incluindo os danos sociais, relacionais que incluem as relações de trabalho, com a família, amigos e parceiros.

Sabe-se que na condição extrema o dependente químico não consegue estabelecer relações de compromisso, de responsabilidade e de vínculos de qualquer ordem entre outras restrições.

Podemos dizer que houve a liberdade de escolher o uso de drogas, mas perdeu-se a liberdade de conter seu avanço na sua existência, de poder exercer limites em relação ao seu uso. Nós somente temos liberdade se conseguimos manter a possibilidade do sim e do não, onde não há não, não há liberdade.

As observações abordadas por Boss sobre a essência do *ser-sadio* como um poder dispor livremente do conjunto de possibilidades de relação que lhe foi dado manter com o que se lhe apresenta na abertura livre do seu mundo, realiza-se a partir dessa possibilidade de poder dizer sim e não, para que possamos nos limitar frente os nossos desejos.

As práticas proibicionistas, ao negarem radicalmente o uso das drogas não comungam com essa noção de liberdade, por isso mesmo elas são difíceis de serem exercidas e se forem eficientes não o são sem causarem sérios danos a essa liberdade essencial do *ser-aí*. O que se coloca em termos

terapêuticos na redução de danos é como podemos ajudar um usuário de drogas a exercer um certo limite sobre *si-mesmo*, assim como se faz em relação aos que usam bebidas alcoólicas socialmente, nas festas, jantares, com os amigos ou em outras circunstâncias. Dessa forma, admite-se o uso e as possibilidades dele ocorrer, cabendo apenas uma orientação como forma de reduzir os possíveis danos.

O que está em jogo é o exercício desse limite, que pode ser trabalhado de forma a enxergar o paciente através de si-mesmo, buscando sempre desvelar os sentidos que estão presentes e são significativos no uso que pode ser nocivo. Não podemos deixar de pensar, é claro, que outras condições podem estar presentes naqueles que se entregam ao mundo das drogas, por exemplo, quando a falta de sentido, pelo uso desenfreado das substâncias, se torna presente.

O confronto com a angústia, inerente e estrutural do *ser-aí* pode tornar-se insuportável e inexistente. A tendência do *ser-aí* fugir em relação ao seu ter que ser e poder ser, condição esta que envolve empunhamento (ser próprio/decidir), responsabilização e preocupações em relação a *si-mesmo* e com os outros (ética), esfacela-se.

O âmbito do que está em jogo neste modo de ser, atrelado as drogas, são muitos. Não poderíamos deixar de pensar nos efeitos, como o êxtase (“fora de si”), que a droga promove dando uma sensação de poder e de plenitude imediatas. Cada droga precisa ser pensada a partir daquilo que cada princípio ativo, ativa nas pessoas, por isso uma boa descrição da experiência do uso da droga em relação ao uso de sua droga de preferência pode dar dicas (aparências) sobre o sentido que está ao culto nesta opção.

Tratar da possibilidade de lidar com os limites não exclui uma analítica do sentido em relação ao uso de drogas por aquele usuário e pode, dependendo do ser-ai, abrir possibilidades para um desvelamento na busca pelo sentido do que está oculto, já que um *setting* terapêutico torna-se um espaço privilegiado que possibilita um diálogo autêntico.

O encontro terapeuta – paciente pode legitimar uma relação singular, possibilitando o terapeuta enxergar o paciente no seu existir para além das possibilidades restritivas. Cabe ressaltar aqui a importância de não confundirmos a terapia como sendo um espaço em que o terapeuta tem um

poder por admitir ou legitimar uma doença. Seu papel não vai muito além de buscar o sentido do modo de ser de cada pessoa que se apresenta no consultório, isso pode parecer simples, mas é muito mais complexo do que pode-se imaginar.

Como a *Daseinsanalyse* preocupa-se com a busca do sentido; os modos como o homem (*ser-aí*) se relaciona junto das coisas; com os outros e consigo mesmo (*Selbst*), todos os dados trazidos pelo paciente são considerados importantes para uma compreensão na analítica do *Dasein*. O uso de drogas pode ou não encobrir questões íntimas do existir, mas na terapia elas devem ganhar espaço para surgir e serem colocadas em questão.

Segundo o artigo “A dependência de drogas e a fenomenologia-existencial”¹¹, de Fernanda Vianna e de Fabiano Sipahi, publicado em 2002, os autores chegam à conclusão de que, pensar o uso de drogas deve ser secundário; a questão antecessora é que “para todas as pessoas, em determinados momentos, viver é muito difícil e sofrido”. Eles tomam como base para essa reflexão o ônus que todo ser humano carrega em sua condição humana. (HEIDEGGER, 1995, [1927], §40)

Ainda nesse artigo, os autores complementam nossa precariedade em lidar com o nosso *vir-a-ser*. Este existencial cerca nossa questão de ter de lidar com o estrangeiro futuro que nos espera (do nosso projetar-se). Com isso, vem a característica da angústia, que lança nosso futuro ao incerto e ao mesmo tempo decisivo.

Concordamos que não podemos desconsiderar que cada ser carrega esse existencial e muitos outros que são árduos e exigem uma decisão à existência humana. Não negamos, portanto, que o sentido do uso das drogas pode ter um papel de fuga ao existencial *vir-a-ser*, mas focar nesse ponto, do ponto de vista terapêutico, não contribui.

A redução de danos contempla a questão de uma forma que abarca tanto a possibilidade de uso, quanto a de não uso. Por isso suas práticas preventivas e de tratamento mostraram-se eficazes e se alinham à *Daseinsanalyse*. O uso nocivo de drogas pode ter um caráter patológico, mas

¹¹ Revista *Daseinsanalyse*, nº11, 2002. A.B.A.T.E.D

não deve ser somente visto como um aspecto de fuga à angústia (que realmente é universal), uma vez que pode permitir uma experimentação nova, uma disposição de abertura ao que vem ao encontro.

Independente da droga usada e do meio sociocultural, muitas pessoas fazem usos de algumas substâncias psicoativas em determinados momentos de suas vidas. Um número considerável não sofre consequências nocivas em suas vidas e isso posteriormente é visto como algo passageiro, que marca uma fase.

Quando a dependência química torna-se presente e patológica, como vimos no início desse capítulo, a angústia automaticamente se instala. A falta de sentido denuncia a precariedade de uma existência que paradoxalmente se abriu e se fechou. É a partir daí que a construção de novos sentidos e ampliação de possibilidades podem ser trabalhadas numa psicoterapia na abordagem da *Daseinsanalyse*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse trabalho buscamos sustentar as práticas terapêuticas de redução de danos ao uso de drogas através de uma análise fenomenológico-existencial. Apoiamo-nos na clínica da *Daseinsanalyse* de Medard Boss, com possíveis contribuições que puderam explicitar maneiras de como elas poderiam ocorrer na prática.

Desde o início desse trabalho apresentamos como o uso de drogas pelo homem tem origens milenares e é inerente à condição humana. Resgatamos também, como tal uso foi adquirindo características de controle cada vez mais violentas e opressoras, especialmente após as Guerras do Ópio na China, há pouco mais de um século, intermediadas por interesses de âmbitos políticos, sociais e econômicos.

A partir de então, apresentamos como o surgimento do proibicionismo do ópio, aumentou a busca pela substância e criou formas abusivas de uso, dificultando inclusive aqueles que buscavam se livrar do vício. Em contraposição ao proibicionismo, mostramos o nascimento das práticas de redução de danos, que visaram novas formas de enxergar o fenômeno do uso de drogas, sendo que suas repercussões se mostraram-se mais eficazes.

Vimos que o uso de drogas também, independente do padrão de uso, seja recreativo, experimental, habitual, ocasional, dependente, dentre outros, nem sempre torna o cidadão num indivíduo improdutivo, isolado e que deixa de se sustentar e desenvolver suas habilidades. Como vimos também, seu uso muitas vezes pode ser passageiro.

O nosso trabalho visou compreender essas questões trilhando caminhos da *Daseinsanalyse* em relação ao consumo de drogas.

Observamos a postura de redução de danos como sendo no mínimo mais ética, por considerar e compreender a liberdade do existir humano frente a sua decisão de uso. A *Daseinsanalyse* pode sustentar essa postura, permitindo o exercício de limites na administração de drogas e a busca pelo sentido que elas ocupam.

Aprofundamos a discussão da noção de redução de danos com a contribuição da entrevista com o psicoterapeuta. Verificamos como uma prática de psicoterapia fenomenológico-existencial pode ocorrer para pessoas que

fazem o uso de drogas segundo uma compreensão mais originária de redução de danos.

Constatamos que qualquer forma de existência pode causar danos, e isso pode ser através de muitos fatores que não sejam através apenas do uso de drogas. O artifício do uso de alguns tipos de substâncias pode ser comparado, até certo grau, com várias outras formas de alterar a percepção da consciência em geral, como por exemplo, a prática de técnicas de meditação budistas, as práticas que alteraram deliberadamente as formas e controle da respiração, danças, exercícios em geral e até mesmo a alimentação. Portanto, trata-se de algo questionável e inexorável à existência e condição humana o uso de substâncias.

Cabe, portanto, à nossa capacitação propiciar um encontro legitimador e um caminhar autêntico em que o paciente é devolvido a ele mesmo, num ato descritivo reflexivo e de elaboração hermenêutica, adotado e defendido como mais adequado nesta tese.

Para esse encontro e caminhar, torna-se imprescindível a suspensão definitiva de possíveis concepções ideológicas e morais do terapeuta que possam eventualmente afastar o paciente ou o terapeuta do encontro, incluindo obviamente as opiniões em relação ao uso de drogas. Isso porque sabemos que a maneira de se pensar o fenômeno do consumo dessas substâncias psicoativas pode influenciar diretamente em seu uso e não há como ter dúvidas de que esse fator reverbera na qualidade do atendimento aos pacientes num trabalho de tratamento ao uso nocivo de drogas.

A partir das premissas de um encontro que se dá através de uma atitude fenomenológico-existencial, de um encontro e de um acompanhamento, abre-se a possibilidade de uma análise de acesso a algo anterior e muito mais originário ao que se manifesta a partir do sujeito que faz uso de alguma substância.

Deste ponto, podemos nos aproximar dos sentidos da droga na vida do usuário. Atestar o contexto em que são usadas, suas descrições das sensações subjetivas vivenciadas pelo paciente, o *antes*, o *agora* e o *depois*, etc., tudo isso é importante para uma análise que acesse, de modo mais fiel e acolhedor, o sofrimento psíquico de quem está fazendo uso de algum tipo de substância psicoativa e que está em tratamento terapêutico.

Cabe ressaltar que a postura de redução de danos dá subsídios para os usuários cuidarem de si (através de informações, doação de seringas descartáveis, entre outros) atenuando os possíveis efeitos nocivos, não descartando intervenções mais assertivas, como de aconselhamento, quando necessário. Essa postura ainda permite respeitar a integridade do sujeito na medida em que ela não é restritiva.

Assim como nos pareceu possível fazer uma aproximação entre fenomenologia e redução de danos (ao uso de drogas) para um contexto de psicoterapia, acreditamos ser possível fazer uma aproximação dessa forma de se pensar para âmbitos institucionais como em escolas, hospitais, CAPS-AD (Centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e drogas) e clínicas de tratamento voltadas para a dependência química.

Apesar disso parecer bastante desafiador, ampliar os lugares de atuação parece-nos tão importante, quanto foi para nós ampliar nossa compreensão sobre o fenômeno do uso nocivo de drogas numa análise de redução de danos dentro da abordagem da *Daseinsanalyse*, porque evidentemente promove mudanças.

BIBLIOGRAFIA E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BYCK, Robert. **Freud e a Cocaína**. Tradução de Cláudia Martinelli e Mauro Gama. Rio de Janeiro, RJ: Espaço e Tempo, 1989.

BOSS, Medard. **Análise existencial – Daseinsanalyse**. Revista *Daseinsanalyse* nº 1, 2 e 4. São Paulo, SP: ABD, 1997.

BOSS, Medard. **Angústia, Culpa e Libertação**. São Paulo, SP: Livraria Duas Cidades, 1975.

COLPO, M. Orestes. **Ideias para uma pedagogia da desconstrução: desdobramentos da ontologia de Martin Heidegger**. São Paulo, 2007. 251p. Dissertação (Doutorado em Educação: Filosofia da Educação) – Universidade de São Paulo/SP.

CRITELLI, Dulce M. **Analítica do Sentido: Uma aproximação do real de orientação fenomenológica**. 2ªed. rev. São Paulo, SP: Ed. Brasiliense, 2007.

DARTIGUES, André. **O que É a Fenomenologia**. 10ª ed. rev. São Paulo, SP: Ed. Centauro, 2008.

DUNCAN, D.F.; NICHOLSON, T; CLIFFORD, P.; HAWKINS, W.; PETOSA, R. Harm Reduction: An emergency new paradigm for drug education. **Journal Drug Education**, v. 24, nº4, p.281-290, 1994.

ESCOHOTADO, Antonio. **História General de las Drogas**. 7ª ed. Madrid, Espanha. Ed. Espasa, 2005.

VIANNA, Fernanda de Camargo & SIPAHI, Fabiano Matos. **A dependência de drogas e a fenomenologia existencial**. Revista *Daseinsanalyse* nº11. São Paulo, SP: ABD, 2002.

ESPINHEIRA, Gey. Os tempos e os espaços das drogas. In: TAVARES, Luiz Alberto. (coord.). **Drogas – Tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador, BA: EDUFBA, 2004. p.11 – 24.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo – parte I**. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis, RJ: Editora Vozes. 2000.

HEIDEGGER, Martin. **Seminários de Zollikon**. 2ªed. rev. Editado por Medard Boss, traduzido por Maria de Fátima de Almeida Prado e Gabriela Arnhold. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2009.

KARAM, L. K.. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, B....[et al.] (orgs.). – **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p.105 – 120.

LANCETTI, A.. Redução de danos como ampliação de vida. **Clínica Peripatética**. São Paulo, SP: Ed. Hucitec, 2006.

MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis. **Rodas de Fumo – o uso de maconha entre camadas médias urbanas**. Salvador, BA: EDUFBA, 2000.

MASSAD, A.. **A Guerra que não deu certo**. Revista Fórum, São Paulo, 15 agosto 2008.

NEWCOMBE, R. The reduction of drug-related harm: a conceptual framework for theory, practice and research. In: O'HARE, P; NEWCOWBY, R.; MATTHEWS, A.; BUNING, E. C. & DRUCKER, E. **The reduction of drug-related harm**. London: Routledge, 1992, Chap. 1, p. 1-14.

NUNES, Benedito. **Heidegger & Ser e Tempo**. 2ª ed. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor,

REALE, Diva. ***O caminho de redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade***. Mestrado em Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: SP 1997.

LOUSÃ NETO, Mario Rodrigues; ELKIS, Hélio. ***Psiquiatria Básica***. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

POMPÉIA, João Augusto; SAPIENZA, Bile Tatit. ***Na presença do sentido***. São Paulo, SP: Educ. 2004

POMPÉIA, J. A. 2000 “Uma caracterização da psicoterapia”. Revista Daseinsanalyse, n. 9 p.19-30. São Paulo: ABD.

SAFRANSKI, R.. ***Heidegger, um mestre na Alemanha entre o bem e o mal***. São Paulo, SP: Geração editorial.

SARTRE, Jean-Paul. ***Esboço para uma teoria das emoções***. Porto Alegre, RS: Coleção L&PM, 2009.

SARTRE, Jean-Paul, FERREIRO, Vergílio. ***O Existencialismo é um humanismo***. Lisboa: Editorial Presença. 1970

SODELLI, Marcelo. ***Aproximando sentidos: Formação de Professores, Educação, Drogas e Ações Redutoras de Vulnerabilidade***. São Paulo, 2006. 239p. Dissertação (Doutorado em Educação: Psicologia da Educação) – Pontifícia Universidade Católica/SP.

TIBA, Içami. ***Juventude & Drogas: Anjos Caídos***. São Paulo: Integrare Editora, 2007.

ANEXOS

1. Autorização do Comitê de Ética



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 121/2009

Faculdade de Psicologia
Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Marcos Oreste Colpo
Autor(a): Daniel Stephan Wajss

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado *Dependência química: proposta terapêutica de redução de danos numa análise fenomenológica-existencial*

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer consubstanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de **29/06/2009**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **121/2009**.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea "c", do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 29 de junho de 2009.

Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) na pesquisa de campo referente ao projeto de pesquisa intitulado DEPENDÊNCIA QUÍMICA: PROPOSTA TERAPÊUTICA DE REDUÇÃO DE DANOS NUMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL, desenvolvido na Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pelo Prof. Marcos Oreste Colpo, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone número 3670.8320 ou e-mail psicopuc@pucsp.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é estudar os fundamentos fenomenológico-existenciais que sustentam as práticas terapêuticas de redução de danos para usuários de drogas.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista semi-estruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização e posteriormente transcrita segundo os objetivos desta pesquisa. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar o pesquisador e o orientador responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (CEP – PUC-SP), situado na Rua Ministro Godoy, 969 – Térreo, Perdizes, São Paulo (SP), CEP: 05015-000, telefone: 3670-8466.

O pesquisador principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

São Paulo, ____ de _____ de ____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura do orientador: _____

3. Transcrição completa da entrevista

(OBS: o nome dado ao entrevistado foi Homero para preservar sua identidade)

Entrevistador – Então, eu estava pensando assim... ao ver a sua tese ontem de novo, basicamente observa-se a tentativa de uma aproximação de sentidos entre o papel do professor, o educar, as drogas e as ações de vulnerabilidade. Você fala da trajetória inicial que tinha o objetivo do ato preventivo para HIV e as drogas para a escola, né?

Psicólogo – Sim.

Entrevistador – Você também conta que a partir das suas experiências práticas, clínicas, com usuários de droga, você ampliou a sua compreensão no seu trabalho preventivo. Daí, Homero, eu queria saber como você vê as práticas de redução de danos, no sentido de tratamento numa psicoterapia.

Psicólogo - Tá. Assim, eu acho que o importante é pensar que a redução de danos, ela nasce como uma possibilidade diferente da visão proibicionista. Antigamente, a única forma de tratamento que era conhecida, há 20 anos atrás, exatamente, ou 25 anos atrás, era a abstinência, né? O método utilizado para tratar o uso das drogas era a abstinência. E aí, com a questão do HIV, alguns pesquisadores, alguns médicos, psicólogos começaram a perceber que é importante pensar uma outra alternativa, até por causa, exatamente, do risco da contaminação com o HIV, que não fosse somente a abstinência. Então, começaram a pensar em métodos que reduzissem danos, ou seja, se a pessoa que usa droga tem o risco de pegar uma doença, então, se ela não pode parar de usar vamos, pelo menos, tentar diminuir esse risco. E daí surgiu, então, a proposta da redução de danos. É uma proposta bem mais antiga, que já tinha acontecido na Inglaterra há muito tempo atrás, antes do HIV, mas ela foi retomada de uma maneira mais sistemática a partir da década de 80, com o surgimento do HIV, tá? Então, isso foi se desenvolvendo até chegar no âmbito do clínico, ou seja, com a evolução da proposta de redução de danos, as pessoas que trabalhavam em tratamento, começaram a perceber que era possível trabalhar com as pessoas que usam drogas e têm algum tipo de problema, essa proposta que é diferente de uma proposta que fala apenas não

às drogas, ou seja, uma proposta que tenta fazer com que o próprio usuário repense sobre as suas escolhas, tá? Então, a redução de danos começa a influenciar a psicoterapia a partir do momento em que eu começo a compreender que é possível trabalhar com uma pessoa que usa droga numa outra diretriz, que não é mais de só propor a abstinência, mas sim de pensar que sentido tem hoje a droga na vida daquela pessoa. Só que aí é assim, Daniel, eu acho que tem várias questões, né, ligadas a isso. Por exemplo, a questão do tipo de uso, né? Se a pessoa tem um uso extremamente nocivo, né? Por exemplo, se aquele uso é extremamente prejudicial para a vida daquela pessoa e a pessoa percebe isso, muitas vezes o caminho, por exemplo, é a internação numa clínica, pelo menos num primeiro momento, para a pessoa, realmente, se privar do uso de drogas. É muito difícil conseguir ficar distante do uso de drogas dentro de casa. Então, a pessoa vai para uma clínica, ela fica um tempo lá, 60 dias, 3 meses e tal, o tempo que ela achar necessário para conseguir se centrar um pouco e a partir daí ela pode voltar para a vida dela e aí, talvez, a ideia de redução de danos possa ajudar, tá? Então, assim, não dá para pensar que só existe a redução de danos. Ela é mais uma alternativa. A redução de danos não é contra a abstinência. A redução de danos, ela não entende a abstinência como o único recurso. Então, o que é que quer dizer? Para quem trabalha nessa perspectiva, a abstinência é um tipo de recurso, a redução de danos é um outro tipo de recurso, ou seja, o terapeuta junto com o paciente vão tentar encontrar a forma que o paciente pretende lidar com a questão das drogas. Então, o terapeuta, ele vai ajudar o paciente a estabelecer essa questão.

Entrevistador – Entendi.

Psicólogo – Tá? Então, assim, não tem isso... depois acontece isso, a pessoa acha que redução de danos é contra a proibição. Porque contra a proibição, acha, mas contra a abstinência. Não, ela não é. Se o paciente quiser ficar realmente abstinente com relação às drogas, ele pode. Tá bom?

Entrevistador – Hum, entendi seu ponto de vista em relação à necessidade de uma internação em casos mais graves e a sua volta à vida “normal”. Uma das perguntas que a gente estava tentando contemplar aqui também é como na

prática percebe-se a existência de um uso nocivo de drogas. Digo, às vezes tem um uso descontrolado de drogas... A maneira de se proceder diante de um paciente cujo descontrole ao uso de drogas se torna extremamente perigoso raramente o trás para o consultório.

Psicólogo – Hã, hã.

Entrevistador – Você trouxe a questão da clínica. Enfatizou também como é importante, às vezes, até a abstenção total como sendo a última saída para a pessoa entrar num tratamento... ficar pelo menos durante um tempo, né? Para poder voltar à vida normal e depois trabalhando na terapia as suas possibilidades. Mas daí eu queria entender... Quando ela volta para a vida real, quando a pessoa fica muito tempo internada... o contexto volta e a pessoa volta a usar.

Psicólogo – Exatamente. Volta a usar.

Entrevistador – E daí é que entraria a redução de danos?

Psicólogo – Então, exatamente, veja uma coisa tem que ficar clara, existe... a gente poderia pensar que existe um público que procura atendimento clínico em abuso de droga. É um público específico. É mais raro chegar aqui no consultório do psicólogo uma pessoa que tenha um uso extremamente prejudicial. A pessoa que tem um uso que já, de alguma forma, destrua a vida dela de maneira muito grande, raramente ela chega no consultório de um psicólogo. Geralmente ela vai ser internada ou ela está na rua ou ela está em algum lugar de dificuldades, assim. Então, quem chega no consultório, muitas vezes, ou é aquela pessoa que faz um uso habitual, pode ser um uso que se aproxime de um uso dependente, mas ainda está minimamente estruturada, a pessoa não perdeu o emprego, a pessoa está estudando, ela está com uma vida a corda bamba, mas ainda não se perdeu completamente, não está só destinada ao uso de drogas. Ou é aquele paciente que está saindo de uma internação. Isso foi no consultório. Realmente, a pessoa que está com um problema sério mesmo, que restringiu a vida em relação só ao uso, raramente chega no consultório e chega geralmente encaminhada pela clínica, num primeiro momento, tá? E assim, então isso aqui que eu vou deixar claro. Então, a sua pergunta tem sentido pensando da seguinte maneira, a redução de

danos, ela vai tentar compreender o uso de drogas numa perspectiva não só em relação ao uso de drogas, mas vai pensar a vida daquela pessoa de modo bastante amplo, a questão das drogas é uma coisa na vida daquela pessoa, entende? Então, a redução de danos é pensar tudo o que pode, de alguma forma, direcionar para algum tipo de problema com droga. Então, vai ter que rever a vida como um todo. Então, a terapia faz muito sentido para a pessoa repensar que lugar a droga ocupa na vida daquela pessoa. Tem um momento que a pessoa, praticamente, não pensa mais. Ela faz o uso de drogas de maneira muito impulsiva, até compulsiva, digamos assim. Então, nesse momento, a terapia não tem muita força. Tem que num momento onde a pessoa está conseguindo minimamente pensar. E aí a redução de danos então entra para tentar compreender esse contexto que você está dizendo, que é isso mesmo, a pessoa se interna, a nível de internação é mais fácil não usar a droga, não ter problema porque ela vai estar protegida, ela está num ambiente onde não é o ambiente dela, não é o mundo dela, aquele é um mundo completamente restrito. A dificuldade é quando ela volta para o mundo dela onde as questões ali, os conflitos estão presentes, onde ela tem que decidir sobre a sua vida, o que vai ser da vida dela. E aí, a questão das drogas aparece de novo. Então, por exemplo, o que existe hoje? Existe o que a gente chama de começar a vida aos poucos, né? A pessoa vai sendo introduzida de novo numa vida. Geralmente, numa nova vida. Então, na internação não é só o momento de ficar internado, mas é o momento de começar a repensar novas ligações com o mundo. É o momento de começar a pensar uma outra forma de viver a vida que é a dela. Então, muitas vezes, a pessoa que está na clínica, ela já começa a ser atendida porque ela precisa repensar quando ela sair de lá, o que é que ela vai fazer, né? Aonde ela vai trabalhar, o que é que ela vai se relacionar, como é que ela vai conseguir buscar outra forma de ser no mundo sem ser uma forma onde o uso de drogas vira algo problemático, né? Isso é muito difícil, muito difícil. Então, por exemplo, a pessoa sai de uma internação e continua a frequentar. Muitas vezes é o hospital dia, né? A pessoa continua ligada a alguma instituição, ela dorme em casa, passa o dia inteiro em algum lugar ou ela passa três dias na semana. Então, ela vai, de novo, se ligando ao mundo de uma maneira mais calma, mais devagar. E aí a terapia, nesse sentido, ela pode ajudar.

[falam ao mesmo tempo]

Entrevistador – Entendi. Você falou também dessa questão do sentido que a droga ocupa na vida da pessoa, né? Isso me parece de fundamental importância, né? Daí eu estava pensando assim, uma vez desvelado esse sentido que as drogas tem na vida da pessoa como que... de certa forma, você respondeu, mas como que sucede, a partir disso, uma terapia?

Psicólogo – O sentido, ele nunca é revelado na sua totalidade. Até pensando no movimento fenomenológico, o sentido, assim que ele se revela, algo se esconde. Então, é por isso que a terapia vai precisar de um tempo. Então, aparentemente, o paciente vai ficando com uma clareza maior sobre a sua vida, sobre as suas escolhas, o que ele ganhou ou perdeu. Então, ele vai, de alguma forma, se aproximando do seu si mesmo no sentido de cada vez mais ir assumindo a responsabilidade da sua vida. Uma coisa, uma experiência que é muito comum em relação ao uso de drogas é, realmente, abrir mão do cuidado de si mesmo e daí o uso da droga. Uma pessoa começa a fazer o uso de uma substância, seja mais intensa, por exemplo, o crack, né? A gente tem que pensar que também tem diferentes substâncias psicoativas, né? Você pega o crack, é possível alguém ter um uso controlado do crack? É possível. Eu já tive pacientes que conseguem durante um bom tempo fazer um uso controlado, usar de vez em quando o crack. Agora, boa parte das pessoas que usam crack acabam tendo uma relação bastante problemática com o crack. E começa, então, a viver em torno da droga. E aí, praticamente, não tem mais reflexão. A única coisa que a pessoa pensa e quer é conseguir a substância. Então, aí não tem sentido mais. A pessoa vai se desligando de tudo o que tem na vida, de tudo o que é importante para ela e chega um momento em que a única coisa que faz sentido para ela é usar aquela substância. Mas faz sentido, não no sentido de autenticidade, mas no sentido de fuga da autenticidade porque ela está, realmente, toda essa possibilidade de ser ele mesmo, para a droga, para aquele momento de uso onde ele se desliga do mundo. A gente pode até falar, como assim? Como alguém pode querer viver uma vida que é uma peça? Não, mas é a vida que ele conhece. E para conseguir retomar a vida dele, ele tem que estar minimamente distanciado daquela substância. A partir do momento

em que ele está distanciado daquela substância, ele começa a refletir, a pensar em que direção a vida está seguindo. E aí, ele pode pensar de novo, eu quero o que da minha vida? A pergunta, pelo menos no meu ponto de vista, Daniel, que é fundamental para uma terapia é assim, por que a minha vida é digna de ser vivida? Essa é a pergunta que orienta o meu atendimento com as pessoas que usam droga. Na verdade, qualquer pessoa que vem aqui no meu consultório é a pergunta que me orienta. Nunca faço essa pergunta para a pessoa, é claro, mas de alguma forma é a questão que está aberta em todos. O que é que faz a minha vida ser digna de ser vivida? E aí a pessoa tem que retomar aquilo que tem valor para ela. Ela tem que descobrir. E muitas vezes a pessoa não sabe. E aí é que é difícil, fazer essa ligação com o mundo de por que é que eu quero viver a minha vida. A minha vida foi dada, eu não pedi, né? É uma coisa interessante pensar. E que valor que eu dou para ela?

Entrevistador – E é um processo de construção, né? Porque a partir do momento em que você entra isso numa clínica, já vai construindo ao longo do tempo.

Psicólogo – E aí... então, eu acho que entra bem a fenomenologia, cabe a redução de danos porque se a redução de danos pensa nessa possibilidade de uma reconstrução, a fenomenologia, ela é, no meu ponto de vista, pelo menos, uma abordagem que trabalha nesse horizonte, que terapia é construção de sentido, é (*poiesis*) no sentido de que é o paciente que vai assumindo o horizonte existencial que é o dele. Ele é que vai, de alguma forma, se compreendendo na própria terapia e vai descobrindo o que é que é a (casa) para ele, ou seja, o que é que é importante para ele nessa vida, o que é que ele quer dessa vida. Quer dizer, isso é muito difícil. Não adianta eu como terapeuta tentar falar para ele o que é que é importante na vida porque a vida é dele. É o mundo dele. O que eu posso fazer é ao lado dele, junto com ele é ampliar o modo como ele vive, o modo como ele se compreende, se ele se compreende de uma maneira muito limitada, se ele está muito estreitado, se a gente consegue, de alguma forma, olhar para algumas coisas da vida dele de uma outra forma no sentido de tentar buscar uma nova compreensão e se isso faz sentido para ele. É essa a minha forma de trabalhar.

Entrevistador – Duas perguntas que eu já tinha me antecipado, que eu acho que cabe enfatizar nesse trabalho terapêutico. Por exemplo, como que é avaliado... como que é avaliado os danos sofridos? Quando ele já está de volta no mundo, por exemplo, ele já saiu da clínica, ele está no contexto de psicoterapia, mas as drogas ainda é uma questão na vida dele porque ele faz uso ocasional ou habitual, mas ele está razoavelmente estruturado. Como que é medido o dano, quer dizer, a nocividade, pelo próprio paciente ou é pelo terapeuta? Como que é essa questão?

Psicólogo – Veja, a priori, eu não tenho como comparar nada. Então, eu entro num atendimento deixando o paciente se mostrar. Eu não consigo falar para você o que é que é, de cara, danoso. Eu consigo falar até para mim. Mas como não sou eu que está em jogo na terapia, é o outro, eu tenho que deixar o outro se mostrar e a partir daí ele vai me contando como é que a vida dele está se desenrolando e eu vou compreendendo algo. É na própria fala do paciente, ele vai mostrando para a gente o que para ele faz sentido e o que não faz, o que para ele parece que é demais e o que é de menos. E eu, como terapeuta, vou olhando para o mundo dele e vou tentando mostrar para ele aquilo que ele não está enxergando. Então...

Entrevistador – É, isso é que é o ponto interessante que você falou, né?

Psicólogo – Exatamente.

Entrevistador – Quer dizer, então, tem um apontamento, né? Às vezes ele não percebe que... assim, [falam ao mesmo tempo] quer dizer, que aí o terapeuta teria esse papel de apontar para ele talvez o dano ou talvez essa coisa que ele não está enxergando, que ele trouxe.

Psicólogo – O dano, Daniel, é uma coisa importante da gente pensar assim, o que é que eu estou entendendo como dano? É justamente aquilo que o paciente quer e ele não percebe que ele quer. Ou aquilo que aquele paciente não quer e geralmente acontece. O que eu chamo, né? É o que eu vejo isso como uma falta de compreensão. Mas isso não é só com o paciente que usa drogas, qualquer paciente. A nossa compreensão nem sempre ela é tão ampliada. A nossa compreensão, geralmente, ela é muito estreita. E aí a terapia, realmente, ela dá a luz aos lugares que está escuro. E geralmente a

pessoa que usa droga de maneira mais problemática, parece que tem mais lugares escuros. A gente tem que iluminar para a pessoa olhar e falar, é isso que você quer? Então, só para você entender, tem muita gente que vem aqui e a questão nem é drogas. Vem ser atendida e drogas é uma coisa que para ela não é problemática. E no processo terapêutico a gente começa a perceber que, olha, não é bem assim, parece que você vem falar que você tem um uso bastante controlado de uma tal substância, mas que você me contando talvez não seja tão controlado, talvez você tenha o desejo que isso fosse de uma maneira, mas é de outra. Então, é muito comum, por exemplo, com maconha, que é uma droga que não é essas, que as pessoas acham, muitas vezes, que, ah, imagina, maconha não tem problema nenhum. Veja, não é que já tenha problema, é que muitas vezes a pessoa não consegue perceber o problema e porque daí a pessoa não vai fazer o uso como faz do crack. É raro alguém abrir mão da sua vida por causa da maconha. O crack isso acontece mais. Mas não quer dizer que não tenha dano, entendeu? A mesma coisa com o cigarro, a mesma coisa com álcool. Álcool raramente a pessoa percebe que está tendo algum dano. O dano é o próprio paciente que me fala. Então, muitas vezes assim, o paciente vem e me fala, Nossa! Ontem eu enchi a cara. Aí você fala, hã? Não, foi super legal, enchi a cara, tal, tal, tal, curti pra caramba, tal, tal. E você vai conversando com a pessoa e ela mesma fala, não, mas daí eu queria que acontecesse tal coisa, por exemplo, eu queria ter ficado com uma menina e daí, como eu bebi muito, daí eu não consegui chegar nela. Daí você fala, então, né, que interessante porque parece que você conta isso algumas vezes, que você queria fazer uma coisa e daí você bebe e não consegue. O que será que quer dizer isso? Você percebe como a gente pega? Eu não estou partindo do princípio que o álcool faz mal de cara, o próprio paciente está me trazendo que ele queria uma coisa, trocou de direção. E, muitas vezes, o que está envolvido ali é o uso de uma substância.

Entrevistador – Entendi. E às vezes... é, ele próprio traz que às vezes para alcançar algo que ele pretendia, por exemplo, numa balada, chegar em tal garota, ele faz uso do álcool ou de outra substância.

Psicólogo – Pode fazer.

Entrevistador – E se, de repente, ele percebe que fazendo o uso de álcool ele... por exemplo, ele faz uma relação, usando álcool eu consigo chegar nas meninas e às vezes consigo ficar com elas, sem álcool é difícil, às vezes é praticamente impossível. Quer dizer, é um outro dado que daí, como é que a gente pode pensar isso?

Psicólogo – Não, se a pessoa fala que ela faz uso do álcool para fazer algumas coisas, o máximo que a gente pode fazer é perguntar para a pessoa o que é que está acontecendo. Por que é que ele não consegue ser ele mesmo, por exemplo, sem beber? Mas tem pessoas que são mais tímidas. Assim, eu falo, ainda bem que existe o álcool. Ué, eu acho que ninguém tem que ser não tímido, não é? Ninguém tem que ser extrovertido. Tem pessoas que são mais tímidas e o álcool, muitas vezes, facilita. Eu nunca vi problema. Da mesma forma, tem pessoas que não conseguem dormir, né? A ideia... é importante ter um calmante, por exemplo, né? Tem que pensar nessa perspectiva. Não dá para pensar o uso de drogas sempre uma coisa ruim. Agora, a gente tem que pensar o sentido disso. Por que é que ele não consegue chegar numa menina? É por causa de uma timidez? É uma insegurança? Da onde é que vem essa insegurança? Então, vamos discutir isso. Eu não estou discutindo o uso do álcool. Eu estou discutindo que modo de ser é esse que impossibilita eu chegar no outro, me impossibilita eu chegar no outro de maneira mais tranquila, eu sempre fico muito angustiado ou irritado ou qualquer outra forma de ser e eu preciso aí pegar alguma coisa para me ajudar. Aí vale a pena discutir isso de vulnerabilidade, por exemplo, né? E aí é que se encaixa a questão da redução de danos, vulnerabilidade e fenomenologia.

Entrevistador – Como seria essa questão de vulnerabilidade, redução de danos e fenomenologia?

Psicólogo – É, assim, existem várias formas de compreender a vulnerabilidade. O que eu acho é que a fenomenologia, de uma forma, ajuda a gente não entender nem redução de danos, nem vulnerabilidade como uma técnica. Eu acho que tem aí o risco que sempre acontece com o ser humano, de entender uma noção como uma técnica e isso acaba se transformando numa ferramenta e a ferramenta que quer ser usada para em qualquer outro instrumento. E aí, isso é um problema sério. Então, por exemplo, você pega a

noção de vulnerabilidade e começa a usar como técnica apenas, você acaba corrompendo a própria ideia de vulnerabilidade. Eu acho que é legal trazer a vulnerabilidade para o campo existencial. Ou seja, todo o ser humano é vulnerável. É vulnerável de alguma forma, em algum momento. Em diferentes momentos e em diferentes formas. E aí ela me ajuda para compreender a ideia de redução de danos. Ou seja, algo tem que ser construído a partir do mundo do paciente. Então, como eu tenho uma perspectiva fenomenológica, tanto a ideia de redução de danos como a de vulnerabilidade, ela também vai estar nesse horizonte. Não no horizonte de uma técnica como é um conjunto de procedimentos, mas uma visão de uma técnica aí mais antiga, mais grega, no sentido de uma construção, né? Tanto a noção de vulnerabilidade como a noção de danos, ela está muito próxima à ideia de uma construção, né? Eu posso parar de usar drogas, mas posso me ligar completamente numa seita, por exemplo. Isso, numa visão mais redução de danos, mais fenomenológica, eu não sei o que é melhor e o que é pior, uma pessoa fanática religiosa e uma pessoa que usa drogas. Eu não sei o que é pior para ela. Eu não posso falar, ah, não é melhor ter um fanático religioso do que usar drogas. Eu não posso falar isso de maneira anterior a conhecer a vida da pessoa. Tem muita gente que faz essa troca e tem gente que acha isso ótimo. Eu não consigo achar isso ótimo e nem ruim. Eu preciso olhar o paciente falar como é que está sendo na sua vida, que troca é essa, que sentido é esse, como é que você está experimentando essa vida. Isso está te possibilitando viver da forma como você queria ou está te restringindo ainda mais? Está te deixando mais vulnerável para outras coisas? Então, eu acho que realmente...

Entrevistador – Trocar seis por meia dúzia.

Psicólogo – Exatamente. No mundo, várias pessoas podem pensar, melhor ser fanático religioso do que usar droga e tal. Uma perspectiva fenomenológica não passa por esse princípio, né? Então, eu acho que é importante, Daniel, você conseguir perceber, assim como qualquer outra coisa a redução de danos, ela pode se transformar numa técnica vazia de sentido. Como já vem acontecendo, tem muita gente que trabalha...

Entrevistador – Bom, o próprio aparecimento dela veio através de uma técnica, né? Mas a maneira, hoje, como pode ser enxergada, a redução de danos, para não se esvaziar de sentido, é pegar um pouco essa questão mais aprofundada, né? Que seria uma reconstrução, talvez?

Psicólogo – Sem dúvida.

Entrevistador – Uma maneira de juntar essa vulnerabilidade e redução de danos, como uma coisa, meio que, atrelada uma na outra, talvez?

Psicólogo – É, é melhor você falar isso porque a redução de danos, ela realmente é uma coisa muito pragmática, também, é muito do mundo vivido, do ôntico, assim. Só que aí você pode, a partir do que você vive com a redução de danos, pensar isso de uma maneira um pouquinho mais ampliada. Então, sair do mundo só da técnica e pensar isso no mundo do sentido. E aí você consegue ampliar mais para a relação com o paciente a partir dessa possibilidade.

Entrevistador – Mas a prática, a grosso modo, que seria a questão ôntica, ela pode servir, talvez, como um ponto inicial para um aprofundamento, talvez?

Psicólogo – Sim, sim.

Entrevistador – Pode ser compreendida dessa forma.

Psicólogo – Claro.

Entrevistador – Uma coisa que me veio à cabeça é que muitas pessoas fazem uso de drogas, tem vários sentidos, talvez para se aproximar das pessoas e tal, a pessoa tímida, e às vezes até é um uso que não é nocivo e às vezes pode ser “saudável”. O uso do calmante, talvez, pode ser extremamente controlado, sem qualquer problema, ao contrário, ajudando a pessoa. Eu estava pensando aqui no caso de drogas mais pesadas, por exemplo, né? Tem... eu me lembrei do Ray Charles, né, na história, que ele fez um uso de heroína durante uns 30 anos da vida dele, né? Eu me lembrei do filme. E parou por conta própria. Parece que a droga ajudava a... tem muitas pessoas que falam isso, né? A droga ajuda a potencializar algo que está dentro do indivíduo, mas que ele não consegue colocar para fora. Ao invés de tapar a sua precariedade, a

vulnerabilidade que faz parte de todo o ser humano. E daí, eu fico numa questão, assim, sabe? Pensando até que ponto, às vezes, realmente a droga está aí para tapar um buraco e até que ponto ela meio que ajuda a pessoa a uma... até a fazer as suas coisas do dia-a-dia mesmo, né? O Ray Charles é um caso bem extremo, claro que é drogas muito pesadas e tal e ele, você vê, né, durante 30 anos ele usou e por conta própria ele para de usar a heroína por conta dos efeitos colaterais que ele não... tem até uma fala significativa no filme, né, que a mulher dele diz, ah, você não para de usar heroína, tal. E ele chega e fala, bom, eu posso usar drogas, mas eu não estou deixando de fazer as coisas que eu tenho que fazer. E ele seguiu a vida inteira usando, né, fazendo uso com a banda (), quer dizer, como é muito relativo e singular para cada indivíduo, né?

Psicólogo – Então, se fosse pegar até na própria ideia de drogas, né, se for pegar o sentido mais antigo, você tem a ideia de drogas ou como um veneno ou como remédio. O que vai direcionar se é um veneno ou se é um remédio é o modo de usar aquilo. Mas se for pensar bem, talvez existam poucas coisas no mundo que não seja nessa direção, né? Até a água, né? Vamos pensar a água. Se eu beber muita água, vai sobrecarregar o seu rim e vai causar um problema. Se eu beber pouca água, vai ter problema no rim também, a mesma coisa, a falta de água. Muito sol, pouco sol. Veja, e aí depende, a sua pele e a minha pele são diferentes, né, porque são mais clara ou mais escura. Então, o que é muito sol para mim, de repente, é pouco sol para você ou o contrário. O que é muito o uso de drogas para mim, pode ser pouco para você. Por isso é que tem que tomar um certo cuidado com isso, né? E é assim, a visão proibicionista, ela é taxativa no sentido de que qualquer uso de drogas é nocivo. É uma forma muito simplista de ver o ser humano. É uma forma muito simplista de ver o modo como o ser humano se relaciona com o mundo. E por isso que o conceito de (Buber), na realidade é importante que entra numa questão da vulnerabilidade existencial. Por isso é que nunca vai acabar o uso de drogas porque o ser humano é esse ser precário no sentido que é um ser que não está... é inacabado. E a questão do uso de drogas, ela se encaixa, justamente, aí. O uso de drogas é o modo de cuidar de mim mesmo, só que esse modo pode ser das mais diversas formas, pode ser numa direção de algo que me ajude, como você falou em relação ao álcool, ao calmante, a essa

história do Ray Charles e outras ideias também. Mas pode ser também um grande perigo. A pessoa pode se perder nesse uso. Assim como acontece na relação com uma outra pessoa que eu gosto, né? Posso começar a criar uma relação de dependência absurdamente nociva e a minha vida se tumultuar. Então, o problema que é em relação às drogas, existe toda uma questão moral que dificulta uma visão um pouco mais ampliada sobre isso. Ninguém nega que pode acontecer problema com o uso de drogas. É claro que pode acontecer. É só olhar para o mundo e perceber isso. Agora, também a gente tem que tomar um certo cuidado que só não acontece isso. Pode acontecer uma outra coisa. Pode ter uma vida minimamente bem vivida, que seja bem vivida pela pessoa e que tem aí uma vivência com o uso de drogas. A gente tem que aprender a suportar as coisas. Só que o mundo, ele suporta aquilo que ele quer suportar, né? E aí a gente vai entrar numa questão cultural, numa questão econômica, numa questão... né? De toda uma forma como foi estruturado que a droga tem o seu lugar, né? Em relação à violência, em relação ao tráfico, em relação às armas. E daí foge de uma questão da experiência da pessoa com a droga, entra num mundo que já tem sentidos diversos, também.

Entrevistador – A psicoterapia teria que fazer esse sentido de meio que ver como é que a pessoa lida com essa complexidade que já é (paridada) com o tráfico, de tudo, mas a partir de seu mundo. Como é que no seu mundo ela lida com a questão das drogas. Seria isso?

Psicólogo – Exatamente.

Entrevistador – E a redução de danos parece que é algo ôntico, é uma coisa que é dada, mas que pode ser um... não sei, aquilo que a gente, voltando um pouquinho atrás, eu não sei se eu estou meio confuso, né, mas voltar para uma coisa mais originária desse ponto da vulnerabilidade, né?

Psicólogo – Sim, sim. Mas eu não sei se fica clara a relação entre fenomenologia e redução de danos, para você. Eu acho que isso é o que vai ser, essa diferença, esse é o trabalho, né?

Entrevistador – É, basicamente isso.

Psicólogo – E, só pra você... assim, o que para mim... o que casa uma coisa com a outra é que a fenomenologia, ela tem justamente essa proposta de construir algo junto com o outro, né? Que o atendimento clínico, numa abordagem fenomenológica, é buscar a verdade do outro. É junto com o outro buscar a verdade que faz sentido para aquela pessoa. Então, eu não sei qual é a verdade. E é uma verdade sempre provisória. A redução de danos, a partir do momento em que ela sai do campo da técnica, ela entra nessa perspectiva, vamos tentar, então, repensar a sua vida e a partir da sua vida perceber o que é melhor para você. Então, casa as duas coisas.

Entrevistador – Para ela, quando sai a redução de danos é uma coisa menos, sei lá, dá para atrelar do ponto de vista existencial quando a pessoa entra num, sei lá, é vista de um ponto, vai, da vulnerabilidade, eu não sei [risos] colocar em palavras.

Psicólogo – Não, é, porque veja, como é que eu vou atrelar fenomenologia com proibicionismo?

Entrevistador – É.

Psicólogo – Porque o proibicionismo, ele já dita o que tem que ser. Como é que eu vou atender alguém aqui no consultório, se eu já quero que ele seja algo? Ou seja, eu já quero que ele não use. Eu já parto do princípio que usar faz mal. Eu não consigo perceber isso como fenomenologia, eu não sei se alguém percebe, eu não consigo.

Entrevistador – Pensar também como a redução de danos não pensada como uma técnica, como sendo primordial, né, para conseguir entrelaçar a fenomenologia com esta prática, né?

Psicólogo – É, no sentido que o viver, ele, de alguma forma, possibilita um dano. O viver... o viver cobra um dano, nesse sentido. Então a ideia de redução de danos é outra ideia assim, bom, como é que eu quero levar a minha vida? Eu vou ter alguns danos na minha vida, eu moro em São Paulo, né? Eu acabei de falar isso para uma paciente, se eu for levar a sério o que se chama aí qualidade de vida, ninguém moraria em São Paulo. Se fosse levar a sério. É que a gente pensa assim, ah, não, vamos se preocupar então com a questão

do fumar. Mas vamos nos preocupar com a questão da poluição então porque é tão nociva, quanto fumar. É que as pessoas gostam de olhar para aquilo que para ela faz sentido, agora, a questão do stress, a violência, né, da poluição, a gente finge que não acontece. Então, veja como tudo é um dano, nesse sentido. Nesse ponto, não, eu estou escolhendo morar em São Paulo. Eu estou escolhendo morar em São Paulo. Então, com esse dano eu estou lidando. Agora, como é que eu faço para reduzir esse dano? Ah, eu posso não fumar. Ah, então se eu consigo não fumar e para mim faz sentido, eu não fumo. Mas tem gente que fuma. Então, ela prefere morar em São Paulo e fumar e não comer no McDonald's, por exemplo. Eu prefiro não fumar e comer no McDonald's.

Entrevistador – Nas falas vão surgindo várias outras... () possíveis, né, de fazer uma compreensão bem mais... maior do fenômeno do uso das drogas e enxergar como que, às vezes, algumas práticas, como comer no McDonald's ou tomar água em excesso ou sedentarismo, por exemplo, pode ser tão nocivo ou às vezes mais, depende também da escolha e também a questão da vulnerabilidade, eu acho que entra um pouco nessa linha... assim, da escolha, talvez? Agora... é que a vulnerabilidade, eu acho que é uma questão que é bem importante que eu não me aprofundei, mas eu acho que atrelando, tentando atrelar ela, aproximar o sentido da redução de danos [falam ao mesmo tempo]

Psicólogo – Você não precisa aprofundar, você entendendo já de fenomenologia, já está implícita a vulnerabilidade. No meu trabalho, eu só quis explicitar mais isso, né? Tanto que quando você lê o trabalho e lê lá a proposta de vulnerabilidade, fala, meu, isso aqui é fenomenologia. Exatamente, é essa a ideia.

Entrevistador – Que é tentar mostrar que redução de danos talvez possa ser entendida de maneira muito mais ampla.

Psicólogo – Isso, para mostrar que a redução de danos não precisa ser uma ideia fidelizada como uma técnica porque senão também eu fujo da ideia, por exemplo, da possibilidade da abstinência. E a abstinência é uma possibilidade.

Entrevistador – É uma possibilidade.

Psicólogo – É uma possibilidade. Como eu não penso como técnica, é uma possibilidade tendo sentido para o meu paciente. Se ele chega para mim e fala, eu quero, sabe?, não usar mais droga. Uai, ele pode querer isso. Isso é digno. Então, vamos pensar um jeito como você, paciente, pode viver uma vida sem usar droga. Agora, como é que isso se dá no mundo? Vamos pensar formas, vamos trabalhar a sua vida, vamos repensar o sentido, fazer novas ligações, né? Aquela coisa que você falou, eu quero continuar usando droga, e aí ele vai e recai. Aí ele vem de novo, ah, então, eu parei, mas eu quero continuar. Até agora você percebe que você não entende muito bem? Você não quer ter problema, mas quando você usa você tem. Será que não tem repensar isso? Será que não dá para ficar um tempo sem usar? Vamos pensar. Tem gente que consegue. Tem gente que fica sem usar três meses e depois consegue voltar a fazer um uso eventual. Esse é o ser humano. A gente não sabe. A gente não sabe. Até porque isso depende do tempo. O tempo que é hoje, como você está hoje, qual é a sua disposição. Talvez hoje, se você for beber, você consegue segurar a onda. Talvez, daqui a duas semanas, não. E você tem que estar muito presente, tem que estar muito próximo de você mesmo para descobrir, hoje vale? Hoje é o dia? Né?

Entrevistador – É interessante você colocar a ideia da temporalidade e até porque deixa muito mais complexo o tema e complexo no sentido de que a pessoa...

Psicólogo – Exatamente, por isso é que o proibicionismo é simplista e por isso que as pessoas adoram, porque é não. Não. Na dúvida, não. Sempre é não. Ah, tudo bem, resolve, só que quem é que aguenta isso, né? Algumas pessoas conseguem ficar no não. Precisa ver se isso é bom para elas, se faz sentido, né? Ou se ela fala não para as drogas, por que é que ela está falando sim. Eu acho que tem tudo isso.

Entrevistador – E a questão também das drogas legais, ilegais, né? Que muitas vezes o álcool é visto como...

Psicólogo – É tolerado, né?

Entrevistador – É tolerado, e às vezes até mais nocivo dependendo do tipo de uso, às vezes inclusive quando comparado a algumas outras drogas ilegais, tem uma possibilidade às vezes até maior de se criar uma dependência. É, então eu queria agradecer, eu acho que praticamente... eu acho que a gente conseguiu traçar o roteiro inteiro aqui. [risos] Tem uma pergunta aqui que eu acho que nem cabe muito, assim, numa prática fenomenológica, né? Que é a seguinte: Existiriam alguns temas centrais que são contemplados no processo terapêutico para usuários de drogas? Mas daí, pensando aqui com você, eu acho que é algo vazio de sentido...se não houver um sentido para cada pessoa? Não sei...

Psicólogo – Então, Daniel, veja o seguinte, olha, sabe uma coisa que eu queria falar para você? Para mim não tem diferença entre um paciente usuário de drogas e outros. E assim, eu não parto do princípio que exista temas centrais, assim. O tema central, no meu ponto de vista, é a vida do paciente. Agora, tem paciente que chega aqui e fica no falatório, né? Ou seja, raramente quer falar de si mesmo. Quer falar de tudo, menos dele mesmo. Quer falar de todos nós, mas nunca dele mesmo. E aí faz parte do trabalho realmente terapêutico, apontar isso para o paciente, que ele vem até aqui e parece que ele... está sendo difícil falar sobre ele, sobre as coisas dele, as coisas que talvez tenham mais propriedade. Parece, não tenho certeza. Não é? Então, veja...

Entrevistador – Daí já entra numa intervenção, também, né? Num processo interventivo no sentido de investigar, tal.

Psicólogo – Se apropriar. Então, assim, qualquer paciente que chega aqui, eu não tenho quais são os temas fundamentais. Agora...

Entrevistador – É a () inicial. Você falou que você já inicia a terapia pensando qual...

Psicólogo – O que faz a vida ser digna de ser vivida. É, então, isso é um horizonte do ponto de vista bem fenomenológico. Então, eu acho que tem que falar o seguinte, é claro que eu tenho uma compreensão do (dasein). Eu estudei fenomenologia, eu estudo fenomenologia, então dizer que eu... não estou neutro, não existe essa possibilidade, eu entro na terapia sabendo o que

eu sei e a pessoa começa a conversar e isso me liga algumas coisas. Me liga a o que? À percepção de fenomenologia. Então, embora não tenha um tema, vamos falar sobre a morte. Vamos falar sobre a sexualidade. Vamos falar sobre as coisas autênticas. É claro que não. Nunca faço isso. Mas a partir do momento em que o paciente está me contando, eu vou compreender esse paciente a partir daquilo que, para mim, faz sentido. O que é que faz sentido? Fenomenologia. Então, eu estou aqui, já sendo fenomenólogo. O que me chama a atenção na fala do paciente, com certeza, tem a ver com a compreensão que eu tenho de homem e de mundo, que é a minha compreensão fenomenológica.

Entrevistador – Que é a que faz sentido no seu trabalho.

Psicólogo – É a que faz sentido para mim. Então, é claro que, de alguma forma, alguns assuntos aparecem aqui, por exemplo, a questão da escolha. O peso que é ter que escolher o tempo todo. Eu estou muito atento a isso. O paciente começa a falar, isso vem na minha cabeça. Eu não preciso ficar atento, na verdade, eu já estou, né? Em qualquer lugar, eu já estou olhando para uma pessoa e já, o meu ouvido, ele já está afinado de uma tal maneira, né? Então, eu não tenho um tema, fale sobre tal coisa, fale... Não. Não precisa. O paciente começa a falar e ele se liga às coisas. E eu me ligo a isso.

Entrevistador – Tá.

Psicólogo – Entendeu?

Entrevistador – Entendi. Você foi muito claro. Eu queria agradecer pela sua ajuda, foi muito bom ter a sua contribuição para esse trabalho.

Psicólogo – Espero que tenha ajudado.

Entrevistador – Com certeza ajudou muito. Espero que eu consiga colocar assim, no papel, bastante do que aprendi nesse encontro...

Psicólogo – Com certeza.

Entrevistador – Tudo o que passou por aqui tá ótimo, muito obrigado, Homero.

Psicólogo – De nada.