

## Mônica Gorgulho<sup>19</sup>

Em nome da equipe organizadora, agradeço a presença dos colegas neste evento. Muitos se esforçaram para comparecer, como a Dra. Paulina, que interrompeu uma licença médica para vir aqui. E fizemos questão dessas presenças porque não poderíamos abrir mão, em nosso debate, de especialistas nessa área de drogas que já estão envolvidos com esse tema há tempos.

Antes de iniciar, reitero o quanto me sinto honrada por ser representante do CFP no Conad – Conselho Nacional sobre Drogas. Quando, junto ao companheiro Murilo, organizamos esse evento, estávamos com receio de que, talvez, pudesse ser a manifestação de um desejo pessoal, e que não conseguisse atingir os nossos objetivos. Mas a reação de todos nos revela que estamos no caminho certo e que teremos desdobramentos em outros próximos seminários.

Eu comecei minha vida profissional como psicóloga clínica, em um serviço de assistência ao usuário de drogas da universidade, o Programa de Orientação e Assistência a Dependentes Drogas e seus Familiares – Proad. E foi nesse serviço que comecei a questionar minha visão sobre esse fenômeno. Eu sempre trabalhei com adolescentes e pensei nos comportamentos adolescentes para ajudá-los a, no mínimo, modificar aqueles que se mostravam nocivos. Então, quando comecei a pensar e a trabalhar com a questão do uso de drogas, contava, apenas, com minha formação psicanalítica, clássica.

Assim, ingenuamente fui atender usuários de drogas acreditando que deviam ser curados. Eu acreditava que era assim que deveria fazer. Mas no cotidiano fui percebendo que isso não é verdadeiro em todos os casos. Pelo contrário, pouquíssimas pessoas me pareciam precisar de tratamento.

Me lembro de que, na época, falávamos entre nós sobre falsos e verdadeiros dependentes e isso já causava uma grande discussão dentro do nosso grupo. Não podemos nos esquecer de que se tratava do começo da década de 90. Naquele momento não havia a liberdade que temos hoje para fazer esse tipo de reflexão.

---

<sup>19</sup> Psicoterapeuta, Coordena a ONG Dinamo. Representante do CFP no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad).

Ao perceber que o modelo psicanalítico — o modelo da psicoterapia com base analítica — não conseguia me responder algumas questões importantes, fui estudar antropologia e, depois, fiz mestrado na área de Psicologia Social. Em 2002 defendi minha dissertação, que versa sobre a influência da mídia na manutenção do preconceito sobre o usuário de droga ilícita e a sua influência na manutenção de uma política pública ineficaz.

E o primeiro ponto que destaco, que considero fundamental para pensarmos, é sobre o próprio conceito de clínica. Provavelmente, a clínica à qual alguns colegas se referem é diferente da clínica que eu conheço, pois eu nunca trabalhei em clínica do serviço público.

E essa é uma questão fundamental para sabermos o que propor quando falamos de intervenção. Retomo alguns números já apresentados em outro momento desse evento, para dar a dimensão do problema a que nos referimos. No último relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) encontramos que, dentre a população entre 15 e 64 anos (em média, 4,2 bilhões de pessoas), 95% nunca usaram drogas na vida. Dos que utilizaram (4,8%), 2,6% o fizeram no mês anterior à pesquisa. Desses, 0,6%, apresentam algum problema relacionado com o uso de drogas.

E atualmente, quando pensamos em uma abordagem clínica, pensamos ainda sob uma perspectiva tradicional, que defende o tratamento no modelo médico, de abstinência. Acredito que a maioria de nós ainda crê que devemos curar as pessoas que nos procuram. Ai faço a primeira pergunta: trabalhamos pela abstinência? Para conseguir a abstinência daquela pessoa que nos procura? Ou vamos trabalhar com a dependência daquela pessoa e, então, tentar levá-la a um estado de independência? Esse tema foi bem analisado no presente evento, quando muito se falou sobre autonomia e subjetividade.

Quando as pessoas chegam a mim, o primeiro exercício que faço é tentar olhar para além dos sintomas, enxergar a pessoa, o indivíduo. Pois se conseguirmos isso, podemos chegar a uma melhor forma de atender aquela pessoa, com sua participação no processo. E isso já em uma abordagem de redução de danos.

O conceito de doença à desordem, proposto pela antropóloga Paula Montero, me ajuda muito a pensar. Quando chega um usuário, geralmente o vemos como um doente. E me refiro a pessoas dependentes

de substâncias químicas, não a quem faz uso esporádico. Eu costumava olhar como doença que, como tal, deveria ser tratada e curada.

Mas as situações do cotidiano me revelaram que não é esse o caminho. Me lembro bem do começo da aparição do *crack* em São Paulo. Nessa época atendi um jovem de 17 anos, superarrogante, que quase me tirou do sério. Mas ele me parecia brilhante. E eu tive a coragem de abordar seu problema por uma perspectiva diferente da usual. Isso porque, nessa época o problema causado pelo *crack* parecia-nos irreversível já desde sua primeira utilização. Mas consegui olhar o jovem para além da droga e seu tratamento foi um sucesso. Claro que eu tive vários fracassos, mas esse foi um belo exemplo de como é possível ter sucesso se transformamos nosso olhar.

A partir daí começou a me incomodar muito a ideia de que, ao aparecer uma pessoa comprovadamente comprometida com o uso de substâncias psicoativas, eu tivesse de dizer: "Olha, se você não parar de usar vai morrer; esse é o seu caminho". Tive coragem de discutir com o adolescente sobre como iríamos fazer aquele trabalho a que estávamos nos propondo. O diálogo foi a base.

É claro que existem situações nas quais não dá para usar essa estratégia de decisão em conjunto. Há o limite do indivíduo e o limite do Estado sobre esse indivíduo. São limites sobre os quais temos de pensar na nossa prática. Para mim, a ideia de redução de danos foi muito significativa, porque até então considerava que eu estava inventando ao pensar e implementar formas diferenciadas de lidar com o usuário. Quando a perspectiva de redução de danos chegou a mim, oficialmente, entendi que já existiam pessoas que trabalhavam sob essa abordagem que respondia a minhas inquietações na prática diária. Porque o modelo clássico me deixava muita insatisfeita, pois não me via com habilidade para agir da forma tradicional ao lidar com um dependente.

A redução de danos delineou uma outra possibilidade de trabalho, pois é uma abordagem pragmática. Agora, se ficamos presos aos valores que permeiam o tratamento clássico, perdemos a possibilidade de fazer o possível. Primeiro, devemos agir pragmaticamente sobre o problema apresentado, depois divagarmos e aprofundarmos a análise. E esse exercício permanente de alerta para não pensarmos sob a ótica do modelo médico tradicional é muito angustiante, mas fundamental.

Por isso concordo com os colegas sobre a importância e a necessidade de trabalharmos com a equipe de saúde. Temos de vivenciar efetivamente na prática o ser multissetorial, fundamental para a abordagem da redução de danos.

Então, que junto com os outros campos de saber busquemos uma saída para todo o problema que envolve a questão das drogas. O fenômeno drogas vai além do seu uso. Existe o comércio, o traficante. E toda uma estrutura que permite que a droga chegue às mãos do usuário. Assim, precisamos pensar também nesses aspectos. A redução de danos é absolutamente comprometida com o respeito às pessoas que usam drogas.

Quanto às políticas, gostaria de trazer mais algumas questões. Uma, sobre a postura ambígua da Secretaria Nacional Antidrogas (Senad). Creio que a Senad se posiciona muito claramente a favor da redução de danos e de uma postura mais humanista diante do usuário. Mas, ao mesmo tempo, na sua página eletrônica existem poucas referências de links interessantes para quem ali busca informações. O único link de organização não internacional é de uma organização chamada Parceria Contra as Drogas. Algo absolutamente contrário à política de redução de danos. E na minha opinião essa ausência comunica algo forte e incoerente à postura mais humanista de respeito ao usuário.

Com relação ao Ministério da Saúde, há a dificuldade da implantação de outros Centros de Atenção Psicossocial Caps-AD, que eu considero excelentes, pois creio que já começamos a discutir se é esse mesmo o caminho, de criar um serviço tão específico e tão particular voltado unicamente para o usuário de drogas ou se também deveriam estar inserido na rede geral do Serviço Único de Saúde (SUS). De qualquer forma, existem poucos. Isso significa que grande parte das pessoas que desejam fazer um tratamento não consegue.

Atento também para outra questão: sobre a novidade da proposta de redução de danos, que não é tão nova assim. No Brasil, essa abordagem vem sendo discutida há vinte anos. Já o tema das políticas públicas, não. E creio que essa situação se relaciona com a complexidade da proposta. Talvez por isso ela pareça ser uma novidade.

Eu sinto que a Senad e o Ministério da Saúde deveriam vir mais a público, explicitar o que tem sido feito na área, mostrar os resultados obtidos, discutir a política nacional sobre drogas. É importante que o

Conselho Nacional dialogue com os Conselhos Estaduais e Municipais para efetivamente construirmos uma democracia descentralizada. É essencial haver uma comunicação mais eficaz, mais constante, mais clara, dos órgãos governamentais com a população em geral e com os Estados e os municípios.

Também defendemos insistentemente que a Senad precisa estabelecer canais de diálogo com a saúde pública. Um diálogo que é muito rico e produtivo. Tanto que já estamos pensando em como podemos continuar os estudos sobre a utilização da maconha no tratamento para dependentes de crack, em São Paulo.

E para finalizar agradeço e deixo um recado: precisamos partir para a ação, pois considero que já vimos discutindo esse assunto há muito tempo. Temos de continuar discutindo e refletindo sobre o tema, mas agora é preciso agir.