

Entrevista realizada com o Prof. Antônio Nery Filho

Edward MacRae
Luiz Alberto Tavares
Marlize Rêgo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MACRAE, E., TAVARES, LA., and RÊGO, M. Entrevista realizada com o Prof. Antônio Nery Filho. In: NERY FILHO, A., *et al.* orgs. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA; Salvador: CETAD, 2009, pp. 283-305. Drogas: clínica e cultura collection. ISBN 978-85-232-0882-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

Entrevista realizada com o Prof. Antônio Nery Filho¹

Entrevistadores: Edward MacRae

Luiz Alberto Tavares²

Marlize Rêgo²

E: O que o instigou a trabalhar com a questão das toxicomanias?

N: Não sei bem o que me instigou, mas a história foi a seguinte: quando me formei em 1970, fui trabalhar no Manicômio Judiciário, hoje chamado Casa de Custódia e Tratamento, e lá, o que me chamou a atenção, foi o modo como os pacientes eram quimicamente controlados. Achava que alguns eram, inclusive, fortemente dependentes químicos, dependentes de Valium e outros produtos dessa natureza. Trabalhando com os estudantes de Medicina da UFBA, no curso de Psiquiatria Forense, a partir de 1980, comecei a trabalhar com eles a questão da responsabilidade, da responsabilidade médica, social, e aí, fiz uma aproximação entre aquela experiência do Manicômio Judiciário e a questão da responsabilidade médica pelas dependências chamadas iatrogênicas. Quem era o responsável, quem cobrava dos médicos por aquelas dependências? Essa era uma questão. Por outro lado, procurei verificar se algum médico havia sido punido por causar dependências iatrogênicas e não encontrei. Não havia relato, na Bahia, de alguma denúncia contra médico que houvesse causado uma doença, uma dependência química iatrogênica. Havia outras denúncias, mas não sobre isso.

O passo seguinte foi quando, pensando nas dependências legais, passei a me perguntar sobre as dependências por drogas ilegais. Fui buscar informações e verifiquei que a única coisa que havia sido feita, nos anos 60, na Bahia, tinha sido um trabalho de caráter informativo/preventivo pelo professor Penildon Silva, titular de Farmacologia da UFBA. Ele havia feito um levantamento para o Ministério da Saúde sobre a questão da dependência química no Brasil, elaborando um programa de prevenção ao uso de drogas, sobretudo, na Bahia. A partir desses dados fui verificar onde os usuários, de maconha e de outras drogas ilegais estavam sendo tratados, aqui na Bahia. Verifiquei que todos estavam no Juliano Moreira ou em alguma instância particular. Eu havia trabalhado na Casa de Saúde Ana Nery, durante cinco anos, de 1968 a 1973, e verifiquei que os alcoolistas, ou pseudoalcoolistas, estavam todos lá.

Em 1980, fui convidado pela Profa. Maria Theresa Pacheco para ser professor colaborador de Medicina Legal na UFBA. A partir daí, cristaliza-se, na minha cabeça, a idéia de que alguma coisa deveria ser feita para atender melhor aos usuários de substâncias ilegais, já que o Programa Nacional em Atenção ao Alcool (PRONAL), que Naomar Almeida, Vilma Santana e tantos ajudaram a elaborar, e que o Brasil adotara, tinha desaparecido. Pensei que havia espaço, uma necessidade, eu diria social, de retirada dos usuários de outras drogas do circuito da psiquiatria formal do Juliano Moreira, e de encaminhamento para outra direção, para outra reflexão.

A partir de tudo isso, formou-se em minha cabeça a idéia de criar um lugar, um espaço, para pensar a questão do uso e dos usuários de substâncias psicoativas ilegais, excluindo o álcool e o tabaco, amplamente abordados no espaço médico. Se vocês olharem, por exemplo, o primeiro papel, a proposta de criação do CETAD, são três folhas que falam da clínica, da pre-

venção (que se transformou, em seguida, em educação para a saúde e, agora, em ações comunitárias), ensino e, estudos e pesquisas. Isso está posto desde o começo, essa foi a idéia. Recuperando isto, 25 anos depois, foi assim que tudo pintou na minha cabeça.

Sempre existem questões de ordem subjetiva que não sei se cabe falar aqui. Vivi grandes dificuldades com consumo de álcool por familiar muito próximo. Então, passei muitas dificuldades em família. Cresci com a idéia de que o beber era muito desagradável, ruim, que enchia o saco da família. Creio que, de algum modo, mais tarde (não posso deixar de ser um pouco psi), fui levado, por uma necessidade subjetiva, a trabalhar com a questão das toxicomanias - não fui trabalhar com álcool, fui trabalhar com outras drogas - socialmente excluídas. Encontrei no social justificativa para fazer alguma coisa que, provavelmente, era da ordem da minha subjetividade.

E: E Claude Olievenstein?

N: Olievenstein aparece no seguinte momento: de 1980 a 83, me dei conta de que, na Bahia, não conhecia bem os toxicômanos. Os meninos e meninas que viviam nas ruas, os adultos jovens com resquícios dos anos 70, eram todos tratados como toxicômanos. Eu me lembro de ter visto Olievenstein na televisão, em Paris, no final dos anos 70. Voltei da França em 77, depois de ter feito minha formação psiquiátrica no Hospital Sainte-Anne, entre 1973 e 1977, longo e importante período de minha vida. Escrevi, então, para Olievenstein, perguntando se ele me receberia para que eu pudesse conhecer um bom serviço para tratamento de toxicômanos. Disse-lhe que, de volta à Bahia, pretendia, iniciar, na Universidade, um serviço especializado. Aí, claro, li *Os drogados não são felizes*³. Ele me respondeu, dizendo que teria muito prazer em me receber.

Na época, não sabia que ele tinha uma pequena ponte com o Brasil e tudo o que ele queria era ampliar essa ponte, iniciada com Belo Horizonte através de Maria José Ulhôa, que o adorava. Também, tinha contato com São Paulo, cidade que adorava. Acho que ele viu, na Bahia, em São Salvador da Bahia, uma possibilidade. Quando o encontrei, percebi que seria uma relação duradoura, longa e difícil, como foi, porque Olieve, como o chamamos, era um homem difícil, ciumento, possessivo, exigente. Mas eu suportei bem. Uma vez, disse a ele: “ou a gente lhe ama ou lhe odeia; eu, gosto muito de você”, e é assim até hoje, em que pese nos vermos pouco, depois que ele se aposentou e adoeceu. Foi assim que ele entrou em minha vida; e foram dez anos de trabalho ininterruptos com o Centro Médico Marmottan de Paris. Foi assim.

E: A outra pergunta, de alguma forma, você respondeu, mas, talvez, você pudesse ampliar um pouco mais. Qual era a realidade nacional em relação à abordagem dos usuários de drogas, na época da criação do CETAD?

N: Era uma abordagem, sobretudo, psiquiátrica, médico-psiquiátrica. O uso de maconha era considerado uma doença: internava-se e dava-se remédios aos usuários de maconha. Não se fazia muita distinção entre os diversos tipos de usuários; acho que isso coube a Olievenstein, primeiramente, e depois a nós, quando começamos a falar disso, em 1985; na verdade, em setembro de 1983, quando voltei da França, comecei a repetir o que ouvia dele, ou seja que “os toxicômanos, melhor ainda, que os usuários não eram todos iguais”. Comecei a afirmar que usar maconha não fazia, obrigatoriamente, uma toxicomania e que nem todo usuário de outras drogas era toxicômano. Foi naquela época que formulei a frase que, de vez em quando, Gey Espinheira recupera: “para alguém morrer por maconha, seria necessário

que caísse em sua cabeça um caminhão carregado de maconha”, o que motivava risos e preocupações, porque passaram a dizer que eu era um liberal e que defendia a maconha. Eu reagia, dizendo que não defendia a maconha ou qualquer outra substância, que só estava querendo mostrar o mal que se fazia internando um filho usuário de maconha, transgressoriamente, num período de passagem da infância para a vida adulta.

Começamos, naquela época, a re-situar a relação dos nossos adolescentes com a maconha, em 1983. Mas o mais comum era a resposta da medicina psiquiátrica, com internação em clínicas ou no Juliano Moreira; tinha gente internada, mesmo no Manicômio Judiciário, porque usava maconha; e a lei, que era dura, havia sido elaborada em 1976, com o resquício da Lei de 1970, período difícil da história recente do Brasil. Não estava muito longe, de 76 para 83. Na época, o usuário tinha duas possibilidades: declarar-se traficante ou doente. Quase todos afirmavam ser doentes e não traficantes, sendo encaminhados para perícia no Juliano Moreira, ou, pior ainda, quando implicava alguma coisa da ordem legal, mandados para o Manicômio Judiciário, lugar dos doentes mentais que haviam cometido algum delito. Encontrei, no Manicômio Judiciário, pessoas que estavam lá para perícia porque se declararam toxicômanas (dependentes de maconha) quando, na verdade, eram usuários que não queriam ser considerados traficantes e ir para a Delegacia de Tóxicos e Entorpecentes (DTE). Então, a resposta pura e simples à pergunta é: a realidade nesta época era médico-psiquiátrica.

Não sei se antecipo, mas não havia nenhum interesse pelos usuários, nem pelas drogas, naquela época; havia, sim, um grande interesse pelo álcool, nenhum pelo tabaco, a não ser o interesse dos pneumologistas e cancerologistas; mas, em relação à maconha o que havia era um curto circuito: “maconha é igual a bandidagem, perda de futuro, desordem”. Havia um temor fami-

liar imensamente maior do que hoje, e olhe que hoje ainda é muito grande o horror da família com relação a esta planta. Quando as pessoas dizem que tem alguém usando maconha na família, ainda é com grande mal-estar; vocês sabem que ainda assusta, imaginem isso em 1980/83; e o CETAD abriu suas portas em 1985, no Centro Social Urbano da Caixa d'Água.

Naquela época, também não havia nenhum conhecimento da epidemiologia, da distribuição e das prevalências de consumo no Brasil e, menos ainda, na Bahia. Todas as intervenções e os chamados planos de prevenção do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), vinculado ao Ministério da Justiça, eram muito mais da ordem do imaginário, daquilo que se pensava ser. Não existiam Conselhos Estaduais de Entorpecentes minimamente organizados. Só depois de 1985, a Secretaria de Justiça da Bahia, por convite do Prof. Luis José de Oliveira, da Faculdade de Direito da UFBA, então Secretário, reuniu pessoas para tratarem das questões relacionadas “com as drogas”. Esta foi a primeira gestão do Conselho Estadual de Entorpecentes da Bahia, denominação que sempre me desagradou, até que foi transformado em Conselho Antidrogas, o que me desagradou mais ainda e, desde lá, meu trabalho tem sido desmontar essa coisa de “vamos criar dispositivos para salvar nossos filhos das drogas”.

Aceitei participar da criação do Conselho, exatamente para lutar contra essa lógica “salvadora”, e foi o que fiz durante muitos anos. Era preciso uma alternativa que considerasse o consumo de drogas como um ato humano, relacionado com o sofrimento, dentro de condições socioculturais específicas, nem sempre beneficiário de tratamento médico. Começamos a desmontar isso, a introduzir uma outra lógica, uma outra ideologia.

Vou antecipar outra coisa: neste período, por volta de 85, havia escutado, no Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC), um jovem antropólogo, chamado Edward

MacRae, cuja orientação muito me agradou; de tal modo que, desde os primeiros momentos do CETAD, na época Centro de Terapia e Prevenção do Abuso de Drogas (CTPD), dizíamos que era preciso trabalhar muito mais com as ciências sociais do que com a ciência médica, tanto que, logo em seguida, consegui que o antropólogo Plínio Aguiar (recebi dele, recentemente, um livro de poesia. Há muito não nos vemos...) trabalhasse conosco, lá na Caixa d'Água. Alguns anos mais tarde, foi Gey Espinheira e seus alunos e alunas. Por último, Marcos Luciano Messeder, em parceria com a UNEB.

Então, desde aquela época, tentei transformar, sair do discurso médico para o discurso social; nos separamos completamente da saúde mental. Claro que funcionávamos, também, como um serviço de saúde mental, mas numa tonalidade muito mais voltada para o discurso social, antropológico, econômico. Algum tempo depois, convidei Luiz Alberto Tavares, jovem psiquiatra recém chegado da França, interessado pelas questões da infância e da adolescência, para trabalhar no CETAD - eu pensava construir uma rede com pessoas que pensassem diferente, que ousassem. Quer dizer, havia uma espécie de teia construída em minha cabeça e que eu só reconhecia na medida em que a tecia. Mas, uma coisa eu sempre soube, que a teia estava completa na minha cabeça, eu só precisava ir iluminando aos poucos, com o próprio trabalho. Como foi o caso, por exemplo, com MacRae: quando surgiu a possibilidade dele vir para cá, morar na Bahia, fazer o concurso em São Lázaro e, assim, possibilitar essa ponte com as ciências sociais. Em relação à educação, por exemplo, o CETAD sempre teve educadores, pedagogos, em sua equipe. Em muitos serviços pelo Brasil não se deu muita importância para os aspectos sociais, ao papel da educação e, menos ainda, à antropologia. Mesmo hoje, o discurso médico é hegemônico, em vários estados do Brasil. Parte do discurso paulista, por exem-

plo, é eminentemente médico, perdendo, completamente, a dimensão, a medida antropológica do consumo de substâncias psicoativas, em particular, as ilícitas.

E: Na sua proposta de trabalho, o enfoque central foi deslocado da droga para o indivíduo. Com o advento das posições comportamentais e cognitivistas, como sustentar a proposição tão difundida por você?

N: Desde o início, tomei a decisão de conduzir meu trabalho pela vertente psicanalítica. Nunca me preocupei com outras orientações técnicas. A psicanálise sempre me pareceu ser o melhor modelo explicativo do funcionamento psíquico. Mesmo correndo o risco de ser reducionista, optei por uma orientação e deixei, sempre, a porta aberta para dialogar com outras correntes e técnicos. Associei a isso uma certa tonalidade da leitura socioantropológica, que fez uma grande diferença.

Sempre pensei que o que interessava era trabalhar com a nossa proposta psicanalítica associada ao social, ao econômico, ao antropológico, ao educacional. e que o mundo fizesse a distinção entre os resultados de nossos trabalhos, o modo como reconhecemos os usuário de drogas, como os tratamos, e as demais terapias, que propõem mais uma abordagem dos efeitos e menos das causas; isto não significa dizer que somente a psicanálise produza resultados satisfatórios, mas, apenas, que esta doutrina explica de uma forma e obtém seus resultados. Mais ainda, numa sociedade da exibição e do transitório, muitos preferirão resultados mais rápidos e visíveis: a cada um, segundo seus merecimentos, já se disse. Vejam o candomblé: acho que, em certas condições, responde bem para determinadas pessoas. O espiritismo responde para outras, aquelas que acreditam em espíritos obsessores. Ou seja, cada indivíduo funciona e responde no um a um. Minha própria posição no mundo, de ter

sido submetido a uma psicanálise e considerar que não há nenhuma doutrina que explique melhor as vicissitudes, os avatares da subjetividade, da natureza psíquica humana, do que a psicanálise. Sempre pensei que o mundo faria a distinção entre o que é cognitivo, religioso, psicanalítico e que eu estaria no bloco dos sócio-antropo-psicanalistas. Não sei como responder de outro modo.

E: O discurso socioantropológico marca, constantemente, a sua fala, no campo das toxicomanias, tendo sido inclusive a área escolhida do seu doutorado. Podemos dizer que você tem privilegiado esse enfoque?

N: Certamente. Numa das minhas passagens por Marmottan, participando de uma reunião clínica, me dei conta da dificuldade que tinham para uma aproximação com práticas sociais, por exemplo, de rua; me parecia que viver a clínica das toxicomanias no isolamento das instituições seria insuportável e levaria a uma inelutável asfixia, inanição, por falta de oxigênio social, porque a clínica das toxicomanias é difícil, é dura; não era possível desconhecer a ordem econômica, histórica, como as substâncias psicoativas se inserem na história humana. Como desconhecer as diferentes funções das drogas? como desconhecer a maconha como um objeto de transição na adolescência, que reduz a ansiedade, possibilita a transgressão, aproximando os iguais? A cola para os meninos de rua não tem a mesma função que a cocaína para um executivo ou um artista; como não levar em consideração isso, que faz uma diferença tão grande, ampliando as fronteiras. Uma fronteira que você pode tratar do lado da clínica, do lado do social, do econômico, na educação. Privilegio tudo que permita sustentar uma clínica difícil, exigente, voraz.

Veja o CETAD, nós não fazemos uma clínica dos números, da quantidade, fazemos uma clínica do humano em sua relação com um produto, numa circunstância social, como nos indicou Olievenstein; e para fazer uma clínica da qualidade temos de ouvir as pessoas, compreender as diversas dimensões que envolvem as condutas humanas. Então, não diria que privilegio, diria, sim, que sustento. Sempre sustentei esta clínica, diferentemente da tendência geral que era a clínica do tamponamento medicamentoso, que sustenta outras coisas. Marmottan não ia às ruas, às escolas. Edward MacRae foi um dos raros antropólogos a manter algum diálogo com Olievenstein, partindo do Brasil.

Nós, daqui, víamos claramente que Marmottan começava a não ter oxigênio, porque a clínica das toxicomanias consome tudo. É preciso outros aportes, não só para compreender o fenômeno do uso de substâncias que modificam os sentidos, mas para continuar vivo na própria clínica, uma clínica dura. Então, não acho que privilegio, acho que sustento e sempre sustentei um discurso apoiado na prática social - foi mais sustentar que privilegiar. O próprio trabalho com os meninos de rua, objeto de minha tese, foi mais uma sustentação. Talvez vocês não se lembrem, foi numa reunião no CETAD que perguntei: onde estão os meninos e meninas de rua que não vêm aqui? E a resposta foi, não sei. Eles vêm, mas não ficam.

Foi, a partir daí, que tomei a decisão de criar a experiência de observação da rua chamada “Banco de Rua”, na praça da Piedade, com Margareth Leonelli, Gey Espinheira, Nívea Chagas e Jane Montes, uma psicanalista, um médico psiquiatra, duas educadoras. Ficamos três anos vendo aquela praça funcionar, com aqueles meninos cheirando cola. Isso foi, se eu não me engano, em 1989. Como disse, funciono numa teia, e aquela pergunta iluminou outro pedaço da teia, me fez ir para a rua e, a

partir daí, concluí que era preciso ir para a rua, cada vez mais para a rua. MacRae fala disso: é preciso ver o *setting* onde as pessoas vivem, descrever mais os lugares onde vivem os consumidores. Desde os anos 90, repito que é preciso ir ver onde essas pessoas estão. Começamos pelos meninos e meninas de rua. Nós já sabíamos que não eram todos toxicômanos, que a cola era muito mais um fator de proteção, com riscos, do que uma verdadeira toxicomania; a cola apazigua a fome (é até banal dizer isso hoje), facilita o sono, reduz o medo da violência que os envolve, reduz a dor. Desde sempre dizemos que não é a droga o mais importante, a droga é um objeto que permite ir vivendo, e não, a morte; a morte é acidental. Eles cheiram cola para viver e não pra morrer, a morte é um acidente. Então, a gente foi para a rua... sempre sustentei o social, ligado à clínica, é claro.

E: Nos anos 90, você convocou os técnicos do CETAD a lidarem com usuários de drogas injetáveis nos seus locais de moradia, sustentando, de forma pioneira, o trabalho efetivo de redução de danos. No panorama atual, qual a sua proposição mais ousada?

N: Atualmente, a mais ousada é fazer um CETAD de rua, com teatro mambembe, música e, dentro dele, uma escola aberta. Esta é, atualmente, a coisa mais avançada que tenho na cabeça e que estou trabalhando para realizar. Retomar a experiência do consultório de rua, colocar profissionais dentro de um carro - antropólogos, pedagogos, terapeutas ocupacionais, estudantes de medicina e psicólogos, fazer uma equipe legal - e ir para a rua fazer um teatro provocador, um teatro de situações. Encenar, por exemplo, um bêbado na esquina, que perturba a rua. A partir daí, interferir com as pessoas, dando informação, fazendo algum tipo de atendimento, porque a experiência do Consultório de Rua nos ensinou a fazer isso. Encaminhar pes-

soas de rua para o CETAD, para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), encaminhar para fazer o diagnóstico da AIDS.

Estou querendo colocar dentro desse carro dois ou três professores, para trabalhar a cidadania, de que tanto se fala. Vi, no Canadá, em 2004, um trabalho escolar com as pessoas que viviam nas ruas. E se nós vamos trabalhar também na rua, porque não abrir a possibilidade de ensinar a essas pessoas a reconhecerem as letras, os números, “assinar o nome”, a fazer umas pequenas leituras, sem proposta de educar formalmente. Se somos capaz de encaminhar, de sugerir o diagnóstico de alguma doença, por que, também, não ajudar as pessoas a reconhecerem uma letra, um número e aprender a ler.

Não diria que essa idéia é original, a não ser que se trata de colocar isso na rua, junto a usuários de substâncias psicoativas. Entrei em contato com a Secretaria de Educação do Município, onde há pessoas interessadas, e estamos trabalhando junto à Secretaria de Saúde de Salvador para a contratação dos técnicos. Essa é a idéia que me ocupa, atualmente. Ir para as ruas, cada vez mais. Trabalhar com as artes e com a escola aberta. Acho que vai dar bons resultados. Sem desprezar, é evidente, o trabalho da “casa mãe”, dos centros de saúde, do CAPSad de Pernambués que também trabalha muito com a idéia de rua, de território.

Outra coisa, tenho avançado, cada vez mais, com a mídia. Acho que essa é uma ponta que a gente não tem ousado, mas que é preciso. Tenho ousado ir à televisão e, mais ainda, ao rádio, regularmente. Tenho participado, quinzenalmente, de programas da Rádio Metrôpole, informando, respondendo questões. Tenho levado ao público as questões relacionadas com o comércio ilícito e a sua legalização. Creio que o uso controlado é possível; não só é possível, como há quem use produtos psicoativos sem aparentes danos sociais; claro que para cada produto, há

seus riscos para a saúde. Em relação à maconha, é assim. Dei entrevista para o programa “Sinta-se Mal”, da Metrópole, paródia do “Sinta-se bem”, discutindo esses aspectos pouco abordados pela mídia. Acho que nós do CETAD, precisamos ir mais à mídia, dizer coisas que as pessoas precisam ouvir: defender o usuário, fortalecer a associação de usuários, coisas assim.

E: Isso que você falou tem a ver com próxima questão. As proposições da redução de danos têm sido muito criticadas por profissionais ligados à área das toxicomanias. Como você vê essas críticas?

N: Essas críticas são feitas, de modo geral, por psiquiatras e médicos, que eu chamaria de muito ortodoxos, que acreditam que a toxicomania é uma doença tratável, apenas, no âmbito médico. As pessoas querem defender a toxicomania como uma área pessoal, uma reserva de mercado. “Toxicomania é para médico, não é para qualquer um”. A redução de danos faz uma coisa que os médicos fazem pouco: respeitar a autonomia e a liberdade das pessoas. Há médicos clínicos e psiquiatras ortodoxos. Como essas pessoas podem aceitar essa proposição que considera o uso de produtos psicoativos como “contingências da vida”, nem sempre uma doença? Que não é preciso tratar todas as pessoas para defender a vida, a qualquer custo? Como é que os médicos psiquiatras podem aceitar a lógica e a proposta de suportar a doença, conviver com ela, não, tratá-la, facilitar o uso da substância que, supostamente, produz a doença? Compreendo que é difícil suportar isso, e é por aí que entendo a oposição que essa medicina faz à proposta. Agora, um médico mais lúcido, mais esclarecido, que reconheça o direito à liberdade, o respeito à doença, ao comportamento do outro, pode propor às pessoas que elas protejam sua vida de um modo mais eficaz ou que reduzam os riscos e danos decorrentes de algumas práticas.

Não, propor, simplesmente, a abstinência, mas que cada um se proteja do melhor modo possível; proteger a vida, sim; ajudar a reconhecer os riscos, também, sem retirar de cada pessoa sua autonomia e sua liberdade de escolhas, de vida.

A redução de danos nasce aí. Vi isso, pela primeira vez, com os “Médecins du Monde”, em Paris, quando eles distribuíam seringas para as prostitutas, usuários de drogas, nas noites parisienses. Numa das saídas que pude fazer naquele ônibus, pensei: por que não fazer o mesmo na Bahia, retomar a idéia de Telma Souza, em Santos, São Paulo, que não deu certo, e iniciar a troca de seringas? Eu me dei conta que, apesar das dificuldades, também apresentadas em Paris, o “Médecins du Monde” era uma instituição respeitada e que o poder público não podia se opor, completamente, e prender os seus médicos, acusando-os de estímulo ao consumo de drogas. De volta à Bahia, montei uma estratégia que, na época, não foi muito visível, mas acho que foi eficaz: pensei que, para implantar uma prática desta natureza, uma prática de redução de danos, seria necessário algumas barricadas de proteção política e evitar as acusações de estímulo ao consumo, bandeira levantada pelo Ministério Público, em Santos e em outras cidades, em nome da antiga Lei Antitóxicos do Brasil. Aí, pensei: como nós não somos “Médecins du Monde”, é preciso nos fortalecer.

A partir daí, assumi a vice-presidência do Conselho Estadual de Entorpecentes, (CONEN), ampliei minhas atividades acadêmicas. Além disso, o CETAD é um centro da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, apoiado por diversas Secretarias de Estado e Municipais, em particular, as da Saúde e da Justiça. Naquela época, era, também, professor da Academia de Polícia da Bahia; fiz aliança com quase todos os policiais e delegados da época. Convidei, então, o professor Tarcísio Andrade, da mesma Faculdade de Medicina, que, até

aquele momento, não havia se interessado pela clínica das toxicomantias, para participar de nossa proposta. Ele aceitou e juntos, nós do CETAD, com o prestígio que a instituição tinha, porque é preciso ressaltar que o CETAD já tinha dez anos de trabalho e uma sólida inserção na sociedade, implantamos o Programa de Redução de Danos. O pessoal que hoje está na ativa, capacitando novos técnicos, foi formado no CETAD. Os anos 90 foram de consolidação de tudo; éramos conhecidos pelos professores, porque tínhamos realizado dezenas de cursos; eu havia trabalhado com os pais do Colégio Antônio Vieira, Maristas, São Paulo. Não havia um colégio de classe média que não nos conhecesse. Além disso, participava de um programa de televisão com Marcelo Nonato, falecido precocemente e de quem eu gostava muito, onde podia falar do CETAD e de suas iniciativas. Acredito que construí uma rede de proteção que permitiu que respondêssemos a qualquer crítica sobre a revolucionária proposta de trocar seringas sujas por limpas e trabalhar com os humanos mais excluídos de Salvador.

Então, acho que a resistência passava pela dificuldade de aceitar uma nova abordagem, aceitar a toxicomania, o uso das drogas, a doença, injetar aceitar a liberdade, a autonomia das pessoas, então eu penso que a dificuldade é por aí, forte, ainda hoje, entre alguns.

E: À luz do que se tem formalizado sobre a banalidade do mal, qual a reflexão que você faria sobre o sofrimento do usuário de drogas e, por que não dizer, do traficante?

N: Essa pergunta é complexa. Tenho trabalhado muito com a questão do sofrimento humano, que considero ser inaugural da natureza humana, da hominização. Acho que nos tornamos humanos quando fomos capazes de reconhecer nossa finitude, a morte e o enorme, monstruoso, sofrimento a ela associado.

Então, o sofrimento está aí. Se faço um salto extraordinário, diria que o uso de um produto psicoativo é uma alternativa, é uma saída para o sofrimento. Não penso no uso de drogas como um mal, como um acidente ou um castigo de Deus. É uma alternativa humana para o sofrimento humano. Então, penso que o uso desses produtos não é, necessariamente, causa do sofrimento, mas de sua redução.

É verdade que há um sofrimento, vinculado à perspectiva da falta do produto, gerando o que Olievenstein chamou de “sofrimento da falta da falta”. Para os humanos, é assim que acontece. Desde que o humano encontra alguma coisa que apazigüe seu sofrimento, há um sofrimento acessório, que é o de pensar que pode perder esse apaziguador. Isso vale para o sexo, para a droga, para o alimento, para tudo. Então, penso que o uso da droga em si não causa sofrimento, nesse sentido estrito; causa, sim, sofrimento, pensar que ela possa faltar. Mas isso é da natureza humana e ninguém tem alternativa para isso. Agora, quanto ao traficante, enquanto humano, está submetido às vicissitudes comuns a todos; enquanto comerciante, deve ser submetido à Lei, pura e simplesmente. Hans Jonas⁴ nos indica que o que vai salvar o mundo, no futuro, será o medo. O que me pergunto é se o medo não aumentará a demanda por mais produtos químicos “apaziguadores”, fortalecendo este comércio, mesmo que se torne lícito. Atualmente, a ilegalidade gera lutas extraordinárias voltadas para o controle de um comércio sem limites, se não os determinados pela própria violência, num crescendo assustador. Eu não penso que o traficante sofra pelo sofrimento do usuário; o traficante tem pleno conhecimento que “presta um serviço”: fornece um produto buscado para uso lúdico, às vezes, não tão lúdico assim, mas sempre presente. O traficante sabe disso. Então, a pergunta é complexa porque é múltipla, ela é

multifacetada, não dá para respondê-la numa única direção. Ela é topológica: quando eu digo uma coisa já estou pensando que posso tomar outra direção. Então, acho que isso mereceria mais reflexão...

E: Como você se posiciona frente ao controverso tema da legalização das drogas?

N: Eu me posiciono claramente. Aliás já o indiquei, ao longo dessa conversa. Não tenho hoje a menor dúvida em declarar, inclusive na mídia, como já tenho feito, que não há outra alternativa para o comércio das substâncias ilícitas além do controle social, legal, porque não dizer, estatal, com a cobrança de imposto, melhora na qualidade, oferta controlada - o que reduzirá danos, doenças - e oferecimento, às pessoas, de possibilidades de tratamento sem estigma, criando serviços, utilizando recursos que, ao invés de servirem para enriquecer o tráfico, vão colaborar para a saúde daqueles que precisam se tratar, pelas contingências do consumo inadaptado de substâncias psicoativas.

Eu não tenho dúvida em declarar que não vejo alternativa à legalização e a defendo, no sentido de que o Estado assuma a responsabilidade pela gestão de um comércio que se expande de modo monstruoso, sem fronteiras, sem limites. Essa economia paralela, marginal, no sentido sociológico, causa muito mais danos do que aqueles decorrentes do consumo. Nada, senão o Estado, pode interferir numa economia paralela que envolve de 300 a 500 bilhões de dólares, segundo diversas fontes. Ninguém vai querer abrir mão de tanto poder. E é esta, penso, uma das razões que impede a legalização. Acho que a legalização não avança, justamente, porque ela acabará com uma economia que dá, a poucos, um poder imenso.

E: Você falou como se fosse só interesse dos traficantes; você não acha que haveria também, como referia Richard Bucher⁵, uma máfia antidroga?

N: Eu acho que os traficantes são os operadores desta ordem econômica marginal. Não chamaria de traficante, por exemplo, o dono do banco, as igrejas que lavam dinheiro do tráfico, que mantém uma economia absolutamente extraordinária. Eu não chamaria essas pessoas de traficantes, e é por isso que digo que há uma ordem econômica paralela; há diversos níveis de tráfico: o traficante que leva, que traz, o que vende. Anterior ao traficante está a produção; o produtor não é o mesmo que vende.

O que Bucher chamava máfia anti-drogas, entendo como os interesses que ganham com a manutenção da ordem ilegal, ou se esconde atrás dela. Não esqueçamos os “discursos salvadores”, as “ações caridosas”, as inúmeras e caras clínicas que internam, por longos períodos, adolescentes que se aventuraram pelo uso de maconha, os programas preventivos sem qualquer base científica, muitos policiais. Acho que Bucher chamava a tudo isto de “máfia antidroga” para escandalizar e denunciar a hipocrisia. Creio que ele queria dizer, também, que os que se opõem à legalização, temem a desorganização que esta legalização trará para todos que ganham com as drogas. Penso que a legalização virá produzir uma enorme desorganização nessa economia, que é absolutamente organizada: organizada com violência; organizada com método, com produção.

E: Quando você fala da legalização, inclui também as drogas chamadas hoje de demoníacas, como crack, heroína?

N: Todas, não faço exceção: penso que essa é uma economia que envolve todas as drogas, incluindo o *ecstasy*, para não ficarmos aí com misturas como as vendidas nas *raves*. Minha posi-

ção é de legalizar de A a Z. O Estado que faça a gestão dessas substâncias para regular os impostos, a produção e o mercado. Na condição legal, poderíamos abrir salas protegidas e salvar muitas vidas, orientar pessoas; estou convencido de que o consumo de drogas ilícitas diminuiria; poderíamos controlar o uso injetável, talvez ter espaços para uso controlado de *crack*, o que seria muito melhor do que presenciar o que está acontecendo: as pessoas se matando, roubando, se prostituindo, até, para encontrar uma pedra de *crack*. Estou absolutamente convencido de que a violência relacionada com o comércio, a violência relacionada com o tráfico, desapareceria.

E: E a redução de danos para essas drogas usadas em festas de música eletrônica, como você está vendo isso?

N: A redução de danos, para mim, é uma estratégia de trabalho que não se desenvolve em função da substância, mas das circunstâncias humanas de uso. Devemos fazer redução de danos, por exemplo, junto aos adolescentes que bebem e dirigem. Isso é a redução de riscos e danos. A criação de dispositivos que protejam esses adolescentes da morte no trânsito, mortes idiotas, burras. Precisamos fazer redução de danos para o uso de *ecstasy* em festas, com pessoas que não são toxicômanas, mas que se desidratam, que ficam surdas, que podem desenvolver uma hipertensão maligna, por força da desidratação, da excitação, do cansaço, do calor, numa região como Salvador ou em outras regiões de temperaturas elevadas. Então, acho que a redução de danos tem de ser uma estratégia permanente de proteção à vida.

Costumo brincar com as pessoas, e todo mundo ri, dizendo que o mais poderoso e eficiente redutor de danos que conheço é o sutiã, porque evita que os seios, submetidos a uma permanente tensão para baixo, a gravidade, caiam. Com isso, estou que-

rendo dizer que tudo que protege o corpo, a vida, deve ser implementado. Portanto, não penso na redução de danos (sei que a pergunta vem por aí) a partir da substância, mas a partir das circunstâncias em que os humanos estão e dos danos a que se expõem. Isso vale para tudo, não para a droga tal ou qual. Mas para todas as circunstâncias em que as pessoas possam colocar a vida em risco.

E: A partir da sua vasta experiência, é possível fazer prevenção no campo das toxicomanias?

N: Acho que não. Há muito tempo, não falo mais em prevenção. Acho que podemos prevenir, por exemplo, a poliomielite, a hepatite B, a rubéola, doenças produzidas por vírus conhecidos. Agora, como é que se faz prevenção de qualquer coisa que entra na vida dos humanos por todas as portas. Entra pelo social, pelo físico, pelo psíquico? Penso que o máximo que podemos fazer em nome da prevenção é um amplo processo educacional, informando as pessoas sobre os riscos e as possibilidades de causar danos à vida.

Defendo uma informação para a proteção à vida, com liberdade. Quanto mais eu puder alcançar o outro, numa informação o menos preconceituosa e o mais próxima possível da verdade, mais serei eficaz. Mas, para isso, é preciso que elas sejam capazes de receber essa informação. Quando alfabetizada, a pessoa lê e, a partir daí, pode ampliar sua reflexão. Quanto mais preparado cada um estiver para receber informação sobre as substâncias psicoativas, melhor. Então, eu chamo a isso informação para a liberdade de decidir sobre a própria vida. É no que eu acredito hoje.

Não acredito em prevenção, no sentido de campanhas rápidas, micro campanhas, pequenas informações tipo “não use isto porque você vai morrer”. A morte é, geralmente, um acidente. Os toxicômanos morrem, como Olievenstein nos chamava a aten-

ção, na abstinência; os toxicômanos se matam na abstinência. Não estou, aqui, dizendo que as pessoas devam usar drogas porque a vida está uma merda, mas que o uso de drogas faz parte da vida, desse ou daquele modo; a vida está, também, no uso de uma substância psicoativa. Então, não acredito, de modo algum, nessas intervenções breves, sem continuidade, sem sentido.

E: Afinal, o que tem mudado, os humanos ou as drogas?

N: Penso que os dois têm mudado, os humanos e as drogas. Por um lado, novas substâncias são encontradas, inventadas, porque os humanos não cessam de inventar coisas, de “fazer arte”, como se dizia em minha infância. Por outro lado, a condição humana também tem mudado, mudado em dois sentidos ou, talvez, até mais.

Os humanos têm perdido ou têm enfraquecido os laços que permitem a convivência social. O *ethos*, isto é, o lugar de convivência sob condições acordadas tem sido pouco considerado; as regras derivadas dessa experiência de convivência, a *moris*, moral, têm sido abandonadas ou destituídas de valor, com a perda da convivialidade, da socialidade. Eu acho que isso tem enfraquecido. Por outro lado, diferentemente do que pensa Gey Espinheira, acho que o sofrimento humano tem aumentado, quer dizer, diante de mais possibilidades tecnológicas, a solidão tem aumentado. A proposta da ciência é resolver tudo, mas é uma proposta enganosa. Por exemplo, as células-tronco acenam para o fim das doenças e da morte; aos humanos é dada a esperança do retorno à condição divina, imortal; essa promessa, é sem garantias, só promessa. Então penso na “Intermitência da Morte”, de Saramago. Neste livro a morte faz greve em um lugar qualquer e o resultado é o caos; não há mal maior do que alcançar a impossibilidade de morrer. Quando isto chegar, vamos fazer seminários e discutir a reinstalação da morte.

Acho que vivemos no sofrimento da possibilidade de nos tornarmos imortais, desse retorno ao divino, que parece tão perto e tão distante. Então os laços se enfraquecem. Vemos isso, por exemplo, no caso da religião. As igrejas estão aí, oferecendo opções que me parecem insatisfatórias. Como a família, também: pai e mãe não sabem mais exercer seus papéis. Cada vez mais, ouço e vejo pais se igualarem aos filhos, deixando de ser referências. Quem reconhecerá seus filhos? De que lugar? Fico muito apreensivo, porque penso que os pais deveriam continuar dizendo e sendo muito diferentes dos filhos. Compreendo mal os pais que concordam com a circulação mais ou menos rápida de muitas mulheres pela cama de seus filhos e filhas ou pelas camas dos próprios pais, tudo sob o mesmo teto. O argumento da proteção contra a violência do mundo exterior, não me convence.

Eu acho que o que está morrendo é outra coisa. Morre-se pela perda de referência; perde-se o lugar e a autoridade. Quando ouço pessoas dizendo que não há segredos nem mentiras entre elas e seus filhos, fico preocupado; primeiro, porque esse é um grande engano e, segundo, porque, se for verdade, estão morrerão os dois, porque a verdade pode matar quem diz e quem ouve. As pessoas são seus pequenos – e grandes – segredos. Pais e filhos não podem conhecer todos seus segredos. Então, acho que isso tudo tem aumentado, e muito, o sofrimento humano. Tem, também, a questão do desamparo. A gente pensa que pode tudo, mas, de repente, a natureza nos mostra que nosso poder é muito limitado. Acho que o sofrimento humano aumentou.

Uma das possibilidades para o aumento do consumo das substâncias psicoativas está no aumento da demanda; nesse sentido, o aumento da oferta é uma consequência. Em geral, essa relação é apresentada invertida ou nunca se fala do papel

do consumidor, de sua demanda. Muitos internautas passam horas trancados numa sala, num quarto, diante de um monitor, viajando pelo mundo sem dormir e na mais absoluta solidão. Esta é uma nova condição e novas possibilidades. Acho que estamos vivendo um tempo especial em que estamos perdendo as referências do passado e vivendo um presente rápido demais, transitório demais, banal demais, descartável demais. Penso, novamente, em Gey Espinheira, *notre cher sociologue*, quando diz que os humanos, hoje, são mais felizes. Não tenho essa impressão. Acho que, no mundo atual, os humanos têm vivido numa “sociedade do espetáculo”, desprovida de tempo para ver e sentir, muito veloz. Os Big Brothers apenas *voyeuristes* nos conduzem para uma repetição do ato, vazio, superficial. Não vejo as pessoas expressarem mais felicidade. Vejo-as mais preocupadas com a compra do mais recente brinquedo eletrônico: o celular é o mais poderoso exemplo, seguido da troca do carro velho, que não está tão velho assim... essas coisas...

Notas

- ¹ Coordenador Geral do CETAD/UFBA - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Entrevista realizada em 11 de julho de 2008 em Salvador/Bahia.
- ² Revisão: Luiz Alberto Tavares; Marlize Rêgo.
Colaboradores: Jane Cohim – Psicanalista. CETAD/Ufba.
Jane Montes – Pedagoga. CETAD/Ufba.
Transcrição: Érica Coelho - Estagiária de psicologia do CETAD.
- ³ OLIEVENSTEIN, Claude. **Os drogados não são felizes**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.
- ³ JONAS, Hans. **Pour une éthique du futur**. Paris: Payot & Rivages, 1998.
- ⁴ BUCHER, Richard. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.