



Psicologia Clínica

ISSN: 0103-5665

psirevista@puc-rio.br

Pontifícia Universidade Católica do Rio de
Janeiro
Brasil

Pereira Lopes, Graziela; Maraschin, Cleci
Políticas cognitivas e as propostas de intervenção e tratamento para usuários e dependentes de
drogas

Psicologia Clínica, vol. 20, núm. 2, 2008, pp. 149-161

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rio De Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291022017011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

POLÍTICAS COGNITIVAS E AS PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO E TRATAMENTO PARA USUÁRIOS E DEPENDENTES DE DROGAS

Graziela Pereira Lopes*

Cleci Maraschin**

RESUMO

O presente trabalho discute as políticas de cognição existentes nas modalidades de *prevenção e tratamento* propostos para usuários e dependentes de drogas. Toma como referência as leis 6.368/1976, 10.409/2002 e 11.343/2006 e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Ministério da Saúde, 2003). O referencial teórico que subsidiou a análise baseou-se, prioritariamente, nos trabalhos de Humberto Maturana, Francisco Varela e Virgínia Kastrup. A análise possibilita identificar um deslocamento nas políticas cognitivas que iniciam centradas muito mais na experiência recognitiva e representativa da cognição para abrir possibilidades a uma cognição inventiva e enativa. O fato de algumas políticas e propostas abrirem a possibilidade para o exercício de uma cognição inventiva não se constitui como um deslocamento necessário ou lógico, mas, sim, ético e político.

Palavras-chave: prevenção; tratamento; políticas de cognição.

ABSTRACT

COGNITIVE POLICIES AND PROPOSALS FOR *INTERVENTION* AND *TREATMENT* OF DRUG USERS AND DRUG ADDICTS

This paper discusses the cognitive policies present in models of prevention and treatment proposed for drug users and drug addicts. It takes as reference the laws 6.368/1976, 10.409/2002 and 11.343/2006, and a policy launched by the Ministry of Health in 2003, the

* Mestranda em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

** Professora do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. The academic literature that supported the analysis was mainly the works of Humberto Maturana, Francisco Varela and Virginia Kastrup. The analysis made it possible to identify a movement in the cognitive policies – that in the beginning are much more focused in re-cognitive and representative experiences of cognition – towards an inventive and enactive cognition. The fact that some policies and proposals open the possibility to the practice of an inventive cognition does not constitute a logical or necessary dislocation, but, on the other hand, an ethic and political one.

Keywords: prevention; treatment; cognitive policies.

O uso de substâncias que modificam as atividades sensoriais, perceptivas e mentais não é uma prática nova, existiu com diversas intensidades em diferentes tradições sociais e culturais. No Ocidente, o consumo ritual de drogas é registrado desde seus primórdios, mas é na atualidade que seu uso tem se constituído em objeto de debate, de práticas de punição e de restrição, fazendo com que possa ser problematizado também no campo dos direitos humanos.

Essa prática já ocupou uma posição estratégica de contestação (década de 60) a diferentes conjunturas sociais, políticas e de costumes. Mas, com o tempo (década de 70), houve um deslocamento, no contexto de uso das drogas, da economia dos signos para a economia política e desta para a constituição de um mercado de produção e de consumo (Birman, 1999). Além disso, a acentuação da individualidade, a recusa ao sofrimento e a busca de prazer – novamente pela via do consumo – são fenômenos atribuídos aos modos de viver contemporâneo decorrentes da atual configuração econômica, social e política. As novas fronteiras estabelecidas entre legalidade-ilegalidade, manifestações coletivas e necessidade individual contribuem para consolidar o uso abusivo como um problema de política pública, provocando mudanças nas leis antidrogas (6.368/1976, 10.409/2002 e 11.343/2006) e na Política Pública de Saúde no Brasil.

Desta forma, pretendemos neste artigo analisar as modificações que ocorreram nas legislações sobre drogas, quanto à questão da *prevenção* e *tratamento*, e o que a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas propõe quanto a estas práticas (de intervenção e tratamento). Além disso, colocaremos em evidência os tipos de políticas cognitivas (Kastrup, 1999) possíveis e existentes nestas propostas: a política de *reconhecimento* (representacional) e a política de *invenção* (enativa). A *reconhecimento* se dá através de uma política despótica e opressiva em que há ausência de potencial problematizador e de virtualização da ação, de modo que a aprendizagem é um meio de obtenção de um saber. Já a *invenção* propõe uma política de abertura da cognição às experi-

ências não-recognitivas e ao devir; mantendo a aprendizagem sempre em curso e construção.

PONTUANDO DESLOCAMENTOS E POLÍTICAS COGNITIVAS

Analisando as três últimas leis brasileiras sobre drogas – Lei 6.368/1976, Lei 10.409/2002 e Lei 11.343/2006 –, é possível observar que houve mudanças significativas em vários aspectos.

Um dos primeiros deslocamentos entre as leis é relativo à própria definição da noção de droga. Se na lei 6.368/76 era referida como “substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica” (Art. 1º), na lei 11.343/06 a descrição foi substituída pelo termo “drogas” que são “substâncias ou produtos capazes de causar dependência” (Art. 1º, parágrafo único). Na lei de 2006 há uma abertura à possibilidade da dependência e não a necessária relação entre uso e dependência, como propunha a definição de 1976.

Na lei de 1976, qualquer um que cultivasse uma planta de maconha para uso próprio poderia responder pelo crime de tráfico, pois sua conduta não se diferenciava daquele que plantava para esse fim. Na lei atual (11.343/06), aquele que cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade para uso próprio não é traficante e não recebe pena privativa de liberdade e sim “I – advertência sobre os efeitos das drogas; II – prestação de serviços à comunidade; III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo” (Art. 28). Segundo Gomes (2006), a lei descriminalizou formalmente a conduta da posse de droga para consumo pessoal. O usuário não pode ser chamado de “criminoso”, pois retirou-se dele o crime (infração penal punida com reclusão ou detenção), uma vez que não é permitida a pena de prisão. Ele é autor de um ato ilícito (porque a posse da droga não foi legalizada). No entanto, a lei se tornou mais rigorosa para os definidos como traficantes.

A lei 11.343/06 relaciona o uso pessoal de drogas como uma questão de saúde pública e afasta esse ato do âmbito policial. Assim, o usuário ou dependente de drogas deixou de ser criminoso e se tornou alguém que precisa não de uma prisão, mas sim de ajuda de profissionais da saúde. O que, de um lado, não criminaliza o uso de drogas, de outro, problematiza as relações entre justiça e saúde. O texto da última lei encaminha para práticas e medidas de *prevenção e tratamento* de drogas.

Na lei 6.368/76, “É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica” (Art. 1º). Não fica claro na lei

o que realmente seria uma prevenção. A idéia de prevenção está relacionada a uma forma de evitar que as pessoas se aproximem e tenham contato com qualquer tipo de substância entorpecente que cause dependência, procurando assim impedir, de forma não estabelecida na lei, que ela (a substância) chegue aos “recintos ou imediações” de uma variedade de instituições. Fica claro que uma forma de prevenção é a informação: “Nos programas dos cursos de formação de professores serão incluídos ensinamentos referentes a substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, a fim de que possam ser transmitidos com observância dos seus princípios científicos” (Art. 5º). “Dos programas das disciplinas da área de ciências naturais, integrantes dos currículos dos cursos de 1º grau, constarão obrigatoriamente pontos que tenham por objetivo o esclarecimento sobre a natureza e efeitos das substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica” (Art. 5º, parágrafo único). Fica entendido que a prevenção ao tráfico e ao uso indevido de substâncias entorpecentes se dava ou pela repressão (prisão) daquele que já fazia uso ou pela transmissão de informação que deveria impedir o uso. Não havia prevenção para quem fazia uso, estes já estavam fadados a prisão ou internação. A idéia de prevenção estava ligada ao não-uso de qualquer substância e o tratamento visava a abstinência.

Quanto ao tratamento, este deveria ser proposto em “estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias” (Art. 9º). Caso não houvessem esses estabelecimentos, seriam adaptadas, “na rede já existente, unidades para aquela finalidade” (§ 1º). “O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem” (Art. 10). Não havendo necessidade de internação o dependente seria “submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do serviço social competente” (§ 1º).

Já na lei 10.409/02 é preciso “colaborar na prevenção da produção, do tráfico ou uso indevidos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica” (Art.1º). Entre as medidas de prevenção estão a “orientação escolar nos três níveis” e instituições e entidades que “implementarão programas que assegurem a prevenção ao tráfico e uso de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica em seus respectivos locais de trabalho, incluindo campanhas e ações preventivas dirigidas a funcionários e seus familiares” (Art. 10, § 1º). Entre as medidas de prevenção estão: “II – incentivar atividades esportivas, artísticas e culturais; III – promover debates de questões ligadas à saúde, cidadania e ética; IV – manter nos estabelecimentos de ensino serviços de apoio, orientação e supervisão de professores e alunos; V – manter nos hospitais atividades de recuperação de dependentes e de orientação de

seus familiares” (Art. 10, § 2º). Observamos nessa lei que a idéia de prevenção não está mais ligada apenas à intenção de impedir o contato com a droga, mas sim uma prevenção ligada a um estilo de vida e saúde. Inicia-se uma nova maneira de pensar a prevenção: não mais a abstinência e sim uma redução de danos sociais e à saúde. Ainda persiste a idéia de que a informação é via fundamental para a prevenção. Mas parece que aqui se está abrindo um caminho de diálogo/debates sobre o tema, e não mais uma lógica de instrução em que autoridades e especialistas ensinam o porquê não usar drogas.

Tanto na lei 6.368/76 como na lei 10.409/02 o foco comum de intervenção da prevenção é a informação sobre os malefícios das substâncias entorpecentes, acreditando que esse acesso seria suficiente para impedir qualquer contato ou prevenir danos maiores. Nesta última, se visualiza uma tentativa de diálogo com diversos saberes e com as pessoas envolvidas na rede de relações do indivíduo que usa drogas, tais como a família, por exemplo. Mas o que se sabe é que na prática, até este momento, se alguém fosse pego com drogas ou era encaminhado para a prisão ou para internação.

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. [...] Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas anti-sociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelo de exclusão/separação dos usuários do convívio social (Ministério da Saúde, 2003: 7).

Até aqui as medidas tomadas para prevenção e tratamento são originárias dos Estados Unidos, onde vigoram o modelo moral do uso e a distribuição de certas drogas é crime e merece punição e o modelo de doença (biológica ou genética), em que prevalece o tratamento e a reabilitação. A ênfase está nos programas de prevenção que procuram remediar o desejo ou demanda de drogas (“redução de demanda”) e na proposta de “guerra às drogas”, que visa uma sociedade livre delas (“redução da oferta”). Tanto a “redução de demanda” quanto a “redução de oferta” têm como foco diminuir e finalmente eliminar a prevalência do uso de drogas na sociedade, concentrando-se principalmente no usuário. A meta única e aceitável é a abstinência total (tolerância zero), conhecida como abordagem de “alta exigência” (Marlatt, 1999) baseada em

uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e portanto de tratamento) baseia-se na associação drogas-comportamento anti-social (álcool) ou

criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência (Ministério da Saúde, 2003: 9).

Assim, o uso abusivo de drogas passou a ser tomado não somente no campo moral, mas também e, principalmente, no jurídico e médico, proporcionando uma variedade de serviços e de métodos de tratamento diferenciados que visavam a abstinência. As intervenções que eram inicialmente religiosas, ritualísticas, punitivas ou excludentes pelos encaminhamentos a asilos de pacientes “embriagados” (Marques, 2001) passam a ter outras ênfases; no entanto, muitas ainda mantêm o caráter religioso e punitivo.

A associação com outros saberes, dentre os quais o psicológico, faz com que se tenha nesse campo das práticas composições inusitadas, desde intervenções baseadas em pesquisas neurológicas e cognitivas, bem como práticas religiosas e de convencimento que se materializam em um conjunto de regras e normas que devem ser seguidas – como forma de salvação para essa doença incurável – através de um disciplinarização do corpo/mente. Há a idéia de que o envolvimento com drogas e álcool se dá por ausência de informação e do exercício de normas estabelecidas pela sociedade, uma vez que envolver-se com essas substâncias é visto como um escape do instituído; como também a idéia individualista de que o sujeito é moralmente fraco para conseguir sozinho libertar-se de seus vícios. Deste modo, seu estatuto de doença crônica – logo, sem cura – faz com que permaneça a coexistência de várias práticas terapêuticas e a manutenção de uma leitura moralizante.

As práticas terapêuticas, advindas dessa lógica, revelam uma ênfase individual, baseadas na espiritualidade, no trabalho, na moral, na doença e na tomada de consciência cognitiva da cronicidade dessa “doença” e de seus efeitos na vida dos usuários.

Cabe salientar que a grande maioria das instituições de tratamento para dependência química e alcoolismo que visa a abstinência não trabalha apenas com um tipo de prática. Todos, de alguma forma, possuem normas a serem seguidas de modo bastante rígido, tendo como propósito a recuperação pela disciplinarização e pelo controle.

A maioria prescreve um período de internação no qual, além da desintoxicação, são propostas técnicas disciplinares e de controle, seja pela via da oração, seja pelo trabalho, pela medicação, por uma rotina ritualística ou mesmo pela via cognitiva de aprendizagem da “sua doença”.

Após o período de internação há a continuidade dos mecanismos de controle (cartilhas) que auxiliam no andamento do tratamento. Tal estratégia estende a lógica disciplinar para além dos muros das instituições. Segundo Nardi e Silva

(2004), o assujeitamento às técnicas de controle se dá de um modo sutil através de uma homogeneização dos nossos modos de pensar, agir e sentir que se dissemina nas práticas institucionais.

O controle externo visa adaptar o sujeito socialmente – normatizá-lo –, de modo que ele volte a ser um homem trabalhador, que tenha fé, respeite as normas sociais que havia abandonado e, principalmente, que estabeleça um autocontrole comportamental e emocional sobre “sua doença”. O controle do corpo e do desejo pelas drogas é feito através de grupos que enunciam leis e normas (tecnologias de poder) que regulam o comportamento do indivíduo dentro e fora do grupo. O seguimento das normas estabelecidas em cada grupo adapta e regula o sujeito dentro das normas da sociedade. “Com o advento da sociedade de controle, trata-se de intensificar a interiorização / invisibilização da norma na trama da própria vida” (Nardi & Silva, 2004: 11), fazendo com que cada qual possa ser individualmente responsabilizado quanto a essa interiorização.

Todas as modalidades de tratamento de alguma forma falam de uma espiritualidade ou fé num poder superior como uma ferramenta a mais de salvação do mundo das drogas. Segundo Foucault ([1983] 1995), esse tipo de poder e função pastoral se ampliou e se multiplicou fora da instituição eclesiástica. Neste tipo de tratamento o poder pastoral e do Estado moderno uniram forças para combater o “mal” que subverte a sociedade. O estado moderno é considerado a “matriz moderna da individualização ou uma nova forma de poder pastoral” (Foucault, [1983] 1995: 237), de modo que este último ampliou-se e encontrou apoio em várias instituições. Estado moderno e poder pastoral uniram-se numa “tática individualizante que caracterizava uma série de poderes: da família, da medicina, da psiquiatria, da educação e dos empregadores” (Foucault, [1983] 1995: 238).

As práticas terapêuticas utilizadas por este tipo de instituições colocam em evidência a idéia do conhecimento de si e do cuidado de si como vias de alcançar o equilíbrio. No entanto, o que de uma forma ou outra é proposto é que isso se desenvolva a partir do conhecimento-convencimento “de um certo número de regras de conduta ou de princípios que são simultaneamente verdades e prescrições. Cuidar de si é se munir dessas verdades” (Foucault, [1984] 2004: 269), o que corresponde à construção de lógicas específicas que os sujeitos utilizam para compreender quem são.

Frente a esse objetivo de abstinência, são traçadas estratégias de redução de oferta em que se conta com a ação da justiça, da segurança e da defesa, e redução de demanda através de tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente perturbador (Ministério da Saúde, 2003).

Entendemos, desta forma, que este modo de prevenção e de tratamento até aqui esboçado se desenvolve através de uma política cognitiva da re-cognição que postula que a cognição resulta do processamento de informações que advém de uma realidade pré-estabelecida aos sujeitos. Em outros termos, o que percebemos do mundo são representações do mesmo. O pressuposto de base do cognitivismo é que o mundo é predeterminado, ou seja, pré-dado em relação ao observador, que assim o perceberia de modo passivo: absorveria informações que já viriam configuradas de fora. Esse mundo anterior à nossa observação conteria informações independentes de nossa elaboração, cabendo-nos representá-las por meio da cognição.

Com a lei 11.343/06 ampliam-se as medidas para com os usuários de drogas, apresentando como foco não só a *prevenção* mas também *atenção e reinserção social*. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas estão “direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção” (Art. 18). Ao que parece, houve uma mudança significativa com esta nova lei. Não existe aqui uma ilusão de total ausência de drogas na nossa sociedade, mas uma alternativa para lidar com elas. O foco não está na substância em si, mas no sujeito que dela faz uso: “III – fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas, IV – o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio de estabelecimento de parcerias” (Art. 19).

Ao contrário das outras leis, esta inclui o sujeito como colaborador de uma possível mudança em sua vida. A concepção de cognição é alterada. Se na cognição representacional o sujeito é passivo frente às informações provenientes de um mundo pré-estabelecido, aqui o sujeito entra de um modo mais protagonista, responsável por suas futuras mudanças. É a cognição produzida na interseção entre as contingências biológicas, institucionais e tecnológicas.

Do ponto de vista singular, a cognição não é uma representação de um mundo independente de nossa corporeidade, de nossas técnicas e de nossa cultura, mas tem um componente autoprodutivo, autopoietico (Maturana & Varela, 2001). A cognição resulta daquilo que fazemos (do modo como operamos) com as ecologias cognitivas que nos tocam viver. Ela é relação, ação, conexão (Axt & Maraschin, 1998).

Por seu caráter auto e hetero-produtivo, sustentados na teoria autopoietica e enativa (Maturana & Varela, 2001), propõe-se a cognição como produção de si e de mundos e não, como já salientamos, representação de uma realidade que existe

independentemente dos sujeitos em seus coletivos de conversação. Retomando uma condição constitutiva dos seres biológicos, os autores citados afirmam que tudo o que fazemos depende de nossa biologia e que, portanto, pela nossa constituição biológica, não fazemos referência a nada que tenha existência independente de nós. Essa característica é compartilhada por todos os seres vivos que são estruturalmente determinados.

A cognição como ação corporificada – enação –, segundo Varela, Thompson e Rosch (2001), possibilita tomar as capacidades cognitivas ligadas às histórias que são vividas, ou seja, atuação ou produção de um mundo através de uma história de acoplamento estrutural de modo que uma perturbação do meio não contém em si uma especificação de seus efeitos sobre cada um. A estrutura atual do sujeito, que é produto do acoplamento com sua circunstância, é que determina quais são as mudanças que ocorrerão em resposta. Assim, qualquer interação não é nunca instrutiva, porque não determina quais serão seus desdobramentos em cada sujeito. As mudanças que resultam da interação entre o ser vivo e o meio não são desencadeadas pelo agente perturbador, mas determinadas pela estrutura do sistema perturbado.

Desse modo, modelos de intervenção baseados em informações e na demonstração dos efeitos dos danos causados pelas drogas não são instrutivos por si, ou seja, não determinam necessariamente o que vai acontecer com os sujeitos. O que lhes acontecerá é modulado pelo modo com que viveram e vivem suas histórias com os distintos acoplamentos que se atualizam. Então, considerando que também é proposta na lei 11.343/06 a prevenção através da informação – “X – o estabelecimento de políticas de formação continuada na área da prevenção do uso indevido de drogas para profissionais de educação nos 3 (três) níveis de ensino; XI – a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino público e privado, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados a drogas” (Art. 19) –, é preciso compreender que a eficácia deste tipo de atividade implica em estabelecer uma outra relação de conhecimento baseada na produção de si próprio e daquilo que tomamos por realidade em distintas redes de conversações (Maturana & Varela, 2001). Não basta informar, é preciso produzir outras redes de convivência, de conversas.

Segundo Maturana (2001), como humanos existimos na linguagem, no fluir de nossas conversações, de modo que todas as nossas atividades acontecem como diferentes espécies de conversações. Conseqüentemente, nossos diferentes domínios de ações (domínios cognitivos) como seres humanos (culturas, instituições...) são constituídos como diferentes redes de conversações. Assim, para o autor, a *conversação* é uma operação no fluxo entrelaçado de coordenações consensuais de

linguajar e emocionar e *conversações* são as diferentes redes de coordenações entrelaçadas e consensuais de linguajar e emocionar que geramos ao vivermos juntos. Assim, a cultura pode ser pensada como a recursiva ativação de uma rede de conversações que define um modo de viver.

As redes de conversações podem constituir o que Lévy (1998) chamou de coletivo inteligente. Coletivo este que não submete nem limita as inteligências individuais; pelo contrário, abre-lhes novas potências. O intelectual coletivo pensa em toda parte, o tempo todo, e retoma perpetuamente o pensamento de seus membros, de modo que ele é acelerado pela técnica, pela linguagem e pelo pensamento. No entanto, essa velocidade cognitiva só será atingida quando mobilizar as subjetividades autônomas que o compõem, quando o coletivo inteligente multiplicar seu potencial inventivo. Potencial este que se dá numa cognição enativa que é menos recognitiva, mais criativa. Visa menos a resolução de problemas e mais a proposição dos mesmos. O meio comparece perturbando, ou seja, afetando, colocando problemas e não transmitindo informações (Kastrup, 1999).

Se o texto da última lei pode ser lido como uma abertura ao exercício de uma política de cognição inventiva, por si só não o garante. Tal exercício deve ser reinventado, atualizado nas próprias práticas. Assim, as práticas de saúde devem levar em conta a diversidade, as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas, a fim de potencializar a participação destes que procuram a rede de saúde. “Devem acolher, sem julgamento, o que cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento” (Ministério da Saúde, 2003: 10).

Se antes (na lei 6.348/76 e de 10.409/02) tinha-se a ideologia de ausência total de drogas na sociedade (“Guerra às drogas”) pela repressão e pela abstinência, agora (na lei 11.343/2006), ao menos na lei, há a aceitação de se conviver com usuários de drogas e que é possível trabalhar preventivamente tanto com estes quanto com os abstêmios. A idéia é que haja “VI – o reconhecimento do ‘não-uso’, do ‘retardamento do uso’ e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados” (Art. 19). “Se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos que nos colocar na condição de acolhimento, onde cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo” (Ministério da Saúde, 2003: 10).

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Ministério da Saúde, 2003) propõe a Redução de Danos como estratégia de prevenção e tratamento. Segundo Marlatt (1999), a redução de da-

nos recusa-se a assumir que o único sucesso possível é a abstinência total, uma vez que considera o sucesso qualquer passo no sentido de menor risco possível. A abstinência pode ser desejada e estimulada como objetivo preventivo ou terapêutico de menor risco possível. Então, a diferença entre a Redução de Danos e a abordagem tradicional é que, enquanto na primeira a abstinência é a melhor opção terapêutica e preventiva em um amplo menu de possibilidades de melhora, na abordagem tradicional ela é a única opção aceita.

A Redução de Danos tem sua origem na Europa, optando por uma abordagem humanitária que toma como foco a saúde e a responsabilidade pessoal mais do que a punição de comportamentos. É uma alternativa de saúde pública de “baixa exigência” em comparação aos modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas. Adota políticas sociais que reconheçam a legitimidade da pluralidade de modos de vida e que atuem a partir da aceitação dessa realidade. Os indivíduos afetados são aceitos como parceiros capazes de assumir responsabilidades pela realização de mudanças pessoais em seus comportamentos e de ajudar os outros a fazerem o mesmo. Essencialmente, é, sobretudo, um movimento que visa capacitar o poder de decisão e o exercício da autonomia (Marlatt, 1999).

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Ministério da Saúde, 2003) utiliza o modelo de Redução de Danos, pois acredita que este modelo reconhece cada usuário em suas singularidades e traça com eles estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida.

É possível dizer que a Redução de Danos se propõe ser uma tática (De Certeau, 1999), uma vez que possibilita outras “maneiras de fazer”, de lidar com a questão da droga. As táticas respondem a uma lógica de ordem horizontal e se referem ao manejo de todos os elementos durante o desenvolvimento da própria ação, o que implica ir variando as ações de acordo com as circunstâncias que vão se apresentando no momento.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A análise das últimas leis brasileiras e da política do Ministério da Saúde possibilita evidenciar um deslocamento das políticas cognitivas que sustentam as proposições de intervenção e de práticas em relação aos usuários de drogas. Da prevenção baseada fundamentalmente na transmissão de informações há, agora, a possibilidade da aceitação de uma modulação de modos de viver dos que convivem com o uso de drogas. Certamente as práticas de controle de si ainda estão atuantes mesmo em propostas como a de Redução de Danos. O que

difere é uma certa abertura a modos de experiências capazes de manter uma vida vivível com as drogas, aceitando e potencializando propostas que emergem do coletivo participante.

Podemos afirmar que o modelo de cognição representacional, ou política recognitiva, predomina na proposta de *prevenção e tratamento* baseados na repressão e abstinência de drogas. Aqui a aprendizagem se dá na obediência da informação (drogas fazem mal) e ela é um meio de obtenção de um saber que é utilizado como veículo de dominação do mundo (Kastrup, 1999). Na proposta de *prevenção e tratamento* baseados na Redução de Danos, predomina o modelo de cognição enativa, ou política da invenção, em que a aprendizagem pode conduzir a um saber singular, diferencial e provisório. Ela é um processo por meio do qual a ação se virtualiza. Trata-se de uma experiência na qual pode se atualizar um aprender a aprender. “Trata-se de aprender a viver num mundo que não fornece um fundamento preestabelecido, num mundo que inventamos ao viver, lidando com a diferença que nos atinge” (Kastrup, 1999: 194).

A Lei 11.343/06 e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas podem abrir possibilidades de estabelecermos outras redes de conversação, com usuários e não-usuários, capazes de potencializar outros acoplamentos, outros modos de vida, outros fazeres que possibilitem ao usuário ou dependente de drogas mais do que usufruir seus humanos direitos: reinventá-los.

O percurso aqui realizado mostrou a importância de se questionar o tipo de cognição presente nas propostas de práticas de prevenção, promoção e atenção à saúde. O apelo a um ou outro tipo de cognição tem se constituído como um dos principais recursos na efetivação de propostas de intervenção aos usuários de drogas. É necessária a manutenção de uma certa vigilância crítica e criativa, pois o fato de algumas políticas e propostas abrirem a possibilidade para o exercício de uma cognição inventiva nada garante que a mesma se atualize, pois sua atualização não decorre como um deslocamento necessário ou lógico de leis, mas, muito mais, de uma posição ética e política.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Axt, M. & Maraschin, C. (1998). Conhecimento. Em Jacques, M. G. C. *Psicologia Social contemporânea* (pp. 133-145). Petrópolis: Vozes.
- Birman, J. (1999). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

- De Certeau, M. (1999). *A invenção do cotidiano*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1983). O sujeito e o poder. Em Dreyfus, H. E & Rabinow, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica; para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- . (1984). A ética do cuidado de si como prática da liberdade. Em Motta, M. B. (ed.). *Ética, sexualidade e política* (pp. 264-287). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- Gomes, L. F. (2006). Nova lei de drogas: descriminalização da posse de drogas para consumo pessoal. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9180>>. Acessado em 15/10/2008.
- Kastrup, V. (1999). *A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. São Paulo: Papirus.
- Lei Nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=123692>>. Acessado em 15/10/2008.
- Lei Nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Disponível em <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=234247>>. Acessado em 15/10/2008.
- Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=254672>>. Acessado em: 15/10/2008.
- Lévy, P. (1998). *A inteligência coletiva*. São Paulo: Loyola.
- Marlatt, G. A. (1999). *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marques, A. (2001). O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. *Revista IMESC*, 3, 73-86.
- Maturana, H. (2001). *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Maturana, H. & Varela, F. (2001). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Athena.
- Ministério da Saúde (2003). Secretaria executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Nardi, H. C. & Silva, R. N. (2004). A emergência de um saber psicológico e as políticas de individualização. *Educação e Realidade*, 29, 1, 187-198.
- Varela, F.; Thompson, E. & Rosch, E. (2001). *A mente corpórea: ciência cognitiva e experiência humana*. Lisboa: Instituto Piaget.

Recebido em 20 de julho de 2008

Aceito para publicação em 10 de outubro de 2008