



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO
MESTRADO EM DIREITO DAS RELAÇÕES SOCIAIS E NOVOS DIREITOS

JESSICA HIND RIBEIRO COSTA

**A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO ÂMBITO DAS
CRACOLÂNDIAS: IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS ACERCA DA
AUTONOMIA DO DEPENDENTE QUÍMICO**

Salvador
2015

JESSICA HIND RIBEIRO COSTA

**A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO ÂMBITO DAS
CRACOLÂNDIAS: IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS ACERCA DA
AUTONOMIA DO DEPENDENTE QUÍMICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Direito, área de concentração Relações Sociais e Novos Direitos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Neves Aguiar da Silva

Salvador
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C837i Costa, Jessica Hind Ribeiro
A internação compulsória no âmbito das cracolândias:
implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente
químico. [manuscrito] / Jessica Hind Ribeiro Costa. – Salvador,
2015.
202f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Neves Aguiar da Silva
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Direito da Universidade Federal da Bahia.

1. Direito. 2. Bioética. 3. Internação compulsória. 4.
Dependência química. I. Silva, Mônica Neves Aguiar da. II.
Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 340:616.89

JESSICA HIND RIBEIRO COSTA

**A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA NO ÂMBITO DAS
CRACOLÂNDIAS: IMPLICAÇÕES BIOÉTIICAS ACERCA DA
AUTONOMIA DO DEPENDENTE QUÍMICO**

Dissertação apresentada e aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Direito, Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, área de concentração Direitos Sociais e Novos Direitos.

Aprovada em _____.

Prof^a. Dr^a. Mônica Neves Aguiar da Silva – Orientadora
Doutora em Direito pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Universidade Federal da Bahia

Prof^a. Dr^a. Maria Auxiliadora Minahim
Doutora em Direito pela Universidade Federal do Paraná
Universidade Federal da Bahia

Prof^a. Dr^a. Anna Amélia de Faria
Doutora em Letras e Linguística pela Universidade Federal da Bahia
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

*Dedico esse trabalho aos meus pais,
Tânia e Clóvis, com todo meu amor e
gratidão, por tudo que fizeram por mim
ao longo da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Depois de concluída nova etapa em minha vida é chegado o momento de agradecer aqueles que estiveram presentes ao longo dos últimos anos e das conquistas e desafios que hoje se encerram com a apresentação deste trabalho.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos meus pais por estarem ao meu lado sempre, incondicionalmente. A vocês dedico tudo que fiz e tudo que venha a conquistar na vida. Toda conquista e todo passo que dou carrega a presença constante de vocês comigo.

A Prof^a. Mônica Aguiar, por acreditar em mim, me mostrar o caminho da bioética, por ser presença e sorriso constante ao longo de todo o período de tirocínio, por ser exemplo de profissional e de mulher, a qual sempre fará parte da minha vida. Sem você nada disso seria possível.

A Prof^a. Auxiliadora Minahim, pelas oportunidades em que apresentou orientações e sugestões sobre os estudos desenvolvidos, as quais compuseram e engrandeceram o presente trabalho.

A Sávio pelo amor e carinho constantes, principalmente nos momentos de angústia e de ausência. Obrigada por tudo que passamos juntos, por ser o meu presente, pelos planos futuros...

A Roseli Rêgo e Adilson Cunha por me ajudarem ao longo da carreira acadêmica, contribuindo desde o início deste trabalho e por serem amigos tão próximos apesar da distância física.

As amigas que me acompanham desde a escola, Samantha Lins, Luana Lima, Shirley Raposo e Thífani Ribeiro, e as novas amigas que o mestrado me deu, Carliane Carvalho, Andréa Leone, Claiz Gunça, Gabriela Cury e Thaís Dórea, as quais tornaram mais alegres os dias na UFBA.

Aos colegas e chefes que tive em minha, ainda breve, trajetória profissional, principalmente por compreenderem e incentivarem a minha carreira acadêmica. Aos amigos do ANFA, Cora, Adriano e Gustavo, e as recentes amigas do Tribunal de Justiça. Agradeço ainda ao meu eterno chefe, Dr. Joselito Miranda.

Ao CETAD, por mudar a minha visão acerca das drogas (e do mundo), pelo auxílio com as dúvidas e aflições que nortearam essa minha dissertação e por me fazerem acreditar num tratamento mais adequado para os dependentes químicos.

A vocês, minha singela homenagem e meu eterno carinho.

"As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes."

Antônio Nery Filho

RESUMO

A presente dissertação abre caminho para as reflexões acerca do problema relacionado aos modelos de tratamento dos dependentes químicos do crack, dedicando-se a examinar os modelos terapêuticos adotados para tratar os efeitos psicoquímicos associados à dependência química, bem como às complicações decorrentes do uso nocivo, notadamente quando este se apresenta coligado à situação de rua vivenciada nas *cracolândias*. O objetivo central que se propõe é a de construir um contraponto entre a autonomia individual dos dependentes químicos e a legitimação de interferências nas *cracolândias* a partir da situação de extrema vulnerabilidade em que vivem estes indivíduos “amontoados” nos centros urbanos. A partir das indagações e estudos relacionados ao tema à luz da bioética, a internação compulsória é examinada como alternativa de intervenção a ser considerada como importante etapa para a “cura” da dependência química, na medida em que permite que este resgate a sua capacidade de ação, tornando-se ativo na escolha das próximas etapas do tratamento posteriores a desintoxicação promovida com o internamento. O estudo realizado neste trabalho busca, ainda, analisar o tratamento jurídico atualmente conferido no âmbito da aplicação judicial da internação, bem como os motivos utilizados pelos julgadores para fundamentar a sua decisão, debruçando-se sobre argumentos que devem ser rechaçados e aqueles que são compreendidos como verdadeira preocupação com o sujeito, legitimando, em alguns casos, a intervenção. Assim, finalmente, são sugeridas algumas mudanças na aplicação da internação compulsória com o intuito de que esta medida atenda os interesses e proteja os direitos e a vida do paciente, respeitando sua autonomia e enfrentando as suas vulnerabilidades.

Palavras-chave: Bioética. Autonomia. Dependência Química. Internação Compulsória.

ABSTRACT

This study shows the way for reflections about the drug problems, devoting himself to examine the treatment models adopted to address the physicochemical effects associated with chemical dependency, as well as the complications of harmful abuse, especially when it presents related to homelessness experienced in *cracolândias*. The task is proposed to build a counterpoint between individual autonomy of addicts and legitimization of interference to *cracolândias* from the extreme vulnerability in which they live these "stacked" individuals in urban centers. From the inquiries and studies related to the topic, compulsory hospitalization is considered as an intervention alternative to be considered as an important step for the "cure" of addiction, in that it allows this rescue its capacity for action, making be active in choosing the next steps in the subsequent detoxification treatment promoted with the relocation. This study aims also to analyze the legal treatment currently given in judicial application of hospitalization, and the reasons used by the judges to give reasons for its decision, and will focus on arguments that should be rejected and those who are understood as real concern with the subject, legitimized in some cases, the intervention. So, finally, are suggested some changes in the application of compulsory hospitalization to this measure meets the interests and protect the rights and the life of the patient, respecting their autonomy and addressing their vulnerabilities .

Keywords: Bioethics. Autonomy. Chemical Dependency. Compulsory hospitalization.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CND	<i>Commission on Narcotic Drugs</i> (Comissão de Narcóticos)
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CRATOD	Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
EaD	Educação à Distância
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUPERA	Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	United Nations, Educational, Scientific, and Cultural Organization (Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura)
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	DO ESTUDO DA BIOÉTICA	17
2.1	CONCEITO DE BIOÉTICA	18
2.2	AS CORRENTES DA BIOÉTICA.....	23
2.2.1	Feminista	23
2.2.2	Latino americana	25
2.2.3	Casuístico	28
2.3	PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA PRINCIPALISTA.....	30
2.3.1	Autonomia	33
2.3.2	Não maleficência	42
2.3.3	Beneficência	42
2.3.4	Justiça	44
3	REALIDADE DAS CRACOLÂNDIAS	47
3.1	BREVE ANÁLISE DAS DROGAS.....	48
3.2	DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	55
3.3	USO E ABUSO DO CRACK	60
3.4	A AGLOMERAÇÃO DOS VICIADOS E OS ESPAÇOS URBANOS AFETADOS	65
4	ASPECTOS CLÍNICOS DA INTERNAÇÃO	76
4.1	FORMAS DE TRATAMENTO.....	76
4.1.1	Modelos reducionistas	77
4.1.2	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	80
4.1.3	Redução de danos	84

4.2	AUTONOMIA DOS DEPENDENTES QUÍMICOS	88
4.3	ASPECTOS BIOÉTICOS DA INTERNAÇÃO: VULNERABILIDADE E PROTEÇÃO.....	96
4.4	A INTERNAÇÃO E SUA EFETIVIDADE.....	106
5	APLICAÇÃO JURÍDICA DA MEDIDA DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA	112
5.1	A POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO ANALÓGICA DA LEI 10.216/2001...	113
5.2	BREVE ANÁLISE JURISPRUDENCIAL	123
5.3	PROJETO DE LEI 7663/2010.....	140
5.4	UMA PROPOSTA DE APLICAÇÃO	141
6	CONCLUSÃO	152
	REFERÊNCIAS	156
	ANEXO - A	177
	ANEXO - B	178
	ANEXO - C	180
	ANEXO - D	186
	ANEXO - E	189
	ANEXO - F	195

1 INTRODUÇÃO

Observa-se nos últimos anos uma crescente veiculação de informações sobre o uso do crack, principalmente entre os indivíduos que experimentam a situação de rua, os quais são apresentados como sujeitos inconscientes em relação ao “poder” da droga. A marginalização destes indivíduos tem autorizado a implementação de algumas medidas opressoras em prol de supostos tratamentos necessários a sua “cura”, o que legitima ações que violam a dignidade destes sujeitos.

Muitos foram os fatores que motivaram esta pesquisa, dentre os quais destacou-se a necessidade de que fosse conferido um novo olhar sobre a dependência química do crack, o qual assegure ao dependente um tratamento mais adequado, mais especificamente àqueles que experimentam a situação de rua e a aglomeração em espaços públicos denominados como *cracolândias*.

Este recorte resulta da observação dos espaços públicos afetados e da compaixão nutrida por um grupo social que vive marginalizado e excluído. Acometidos pelo transtorno da dependência química, experimentando os dissabores e os danos decorrentes da vida na rua, em regra com frágeis relações sociais e sujeito a vários outros fatores que se estabelecem como agravantes da situação de extrema vulnerabilidade que lhes acomete, estes sujeitos necessitam de uma intervenção terapêutica que possa reduzir as aflições e os problemas de saúde que enfrentam.

Assim, a hipótese básica da presente dissertação é de que, a internação compulsória, no contexto das *cracolândias*, mesmo sendo um tratamento imposto de forma não-autônoma, é medida adequada e capaz de viabilizar a proteção, a sobrevivência e, inclusive, o empoderamento de alguns dos dependentes de crack, ali residentes.

A vertente teórico-metodológica da presente pesquisa é jurídico-sociológica, tendo em vista que examina o fenômeno jurídico a partir de uma abordagem eminentemente social. Esta abordagem sociocultural e sua adequação aos institutos jurídicos se estabelecem a partir do raciocínio hipotético dedutivo que trabalha com a construção de uma expectativa que já existe e se confirma, ou não, a partir de tentativas de refutação que ratificaram a tese sugerida.

A abordagem proposta tem por finalidade ainda, considerando a premissa de que a internação é um instrumento adequado ao tratamento, sugerir propostas relativas à aplicação do instituto. Estas inovações se coadunam com o tipo de pesquisa jurídico-projetivo, também chamado de jurídico-prospectivo, o qual parte de premissa e condições (pre)existentes para determinar tendências futuras que visem à solução de questões em aberto no cenário atual.

Atualmente, os tratamentos para a dependência química se apresentam a partir de diversas abordagens, dentre as quais serão apresentadas no presente trabalho os Centros de Atenção Psicossocial, os tratamentos de abordagem reducionista, a estratégia de redução de danos e, finalmente, a internação.

A internação foi escolhida como abordagem analisada mais detidamente neste trabalho por dois motivos. Primeiro pela necessidade de ruptura da ideia que permeia a crença social de que este é o único modelo adequado e eficiente de tratamento da dependência química. O segundo motivo é a comoção provocada pela situação de completo desrespeito aos direitos do dependente em situação de rua quando estes são levados de forma inadequada para tratar-se a partir de uma abordagem, geralmente realizada por agentes públicos, sem que haja qualquer critério de escolha dos dependentes a serem levados para tratamento que não o mero acaso.

É certo que, o tratamento, e conseqüentemente a internação do dependente nem sempre decorre da sua vontade. Quando este procura o internamento de forma livre, configurara-se a internação espontânea; quando se estabelece a pedido de terceiro (seja por orientação médica, seja por pedido do familiar) esta se denomina involuntária; a terceira modalidade prevista na Lei 10.216/2001 se refere à internação compulsória, a qual é determinada por autoridade judicial.

Este trabalho debruça-se sobre a internação compulsória, a qual decorre, conforme a definição legal, de prévia decisão judicial. Esta só pode ser determinada quando o indivíduo não tem (mais) condição de determinar-se. Isto porque em alguns graus de consumo e dependência, a capacidade de autodeterminação do indivíduo fica comprometida, podendo ser mitigada ou suprimida.

Os indivíduos residentes em *cracolândias* já se apresentam em completa ruptura com as atividades ordinárias da vida. Muitos deles, inclusive, estão acometidos por transtornos associados à dependência, sejam eles de cunho psicológico ou as sequelas físicas que decorrem da fome, do descuido e das intempéries experimentadas na rua. Necessário, assim, analisar a maneira de abordar a autonomia deste indivíduo a partir da contraposição com a extrema vulnerabilidade que os caracteriza.

Tomam-se, assim, como objeto de reflexão algumas particularidades do caso-limite dos dependentes inseridos nestes espaços urbanos conhecidos como *cracolândias*. Estes foram escolhidos para figurar como objeto da presente dissertação por apresentarem vulnerabilidades associadas que os fragilizam ainda mais e fazem com que, em alguns momentos, recorrer ao tratamento terapêutico (em seus múltiplos aspectos) se apresente como meio de assegurar a sua sobrevivência. Consideradas essas circunstâncias, a pesquisa se insere no debate sobre a autonomia corporal, aqui estudada como princípio bioético, e o seu exercício no espaço das *cracolândias*.

Considerando este estado de abandono existencial dos viciados em crack presentes nos espaços públicos, torna-se necessária utilização de instrumentos de intervenção eficazes à situação de emergência e necessidade desses sujeitos, mesmo que, aparentemente, tais medidas mitiguem a autonomia e desconsiderem o consentimento do indivíduo.

Isto porque, o respeito, ao contrário do que se pensa, não necessariamente obriga a omissão. Neste sentido, a bioética da proteção aponta para uma ação positiva em benefício do dependente químico. Em muitos casos, respeitar exige uma ação que supere as fases de intervenção em aspectos das liberdades individuais, possibilitando, portanto, a mitigação da autonomia individual. A partir disso é necessário avançar na análise do estado de necessidade destes sujeitos para pensar o caminho a ser adotado a fim de alcançar a sua melhora.

O presente trabalho examina o problema da disposição sobre o próprio corpo no que se refere ao tratamento da dependência química à luz dos pilares do Direito, da Bioética, da Medicina e da Sociologia, ciente da impossibilidade de abrangê-lo em sua inteireza. Nesta perspectiva são adotados como marcos teóricos: o

princípio para conceituação e abordagem da autonomia, a partir da obra de Beauchamp e Childress; a Sociologia do Desvio apresentada por Howard Becker para analisar a realidade de exclusão do grupo pesquisado; e, a bioética da proteção, idealizada pelos bioeticistas Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow.

No entanto, é fundamental que o estudo se faça a partir de uma perspectiva multi, inter e transdisciplinar do tema para que este seja abarcado em sua totalidade, assegurando assim uma análise mais ampla que irá direcionar a pesquisa acerca do tratamento para um panorama adequado de atenção às especificidades e complexidades inerentes ao uso/abuso de drogas.

A partir dos motivos que se apresentaram como ponto de partida da investigação, da abordagem metodológica escolhida e das principais ideias abordadas, necessário apresentar o plano de trabalho para a realização deste estudo, o qual se divide em quatro partes.

O primeiro capítulo versa sobre o estudo da bioética, o qual se desenvolve a partir de sua breve abordagem histórica. A partir disso, são apresentadas algumas correntes que se dedicam ao estudo da disciplina que são conexas a presente temática, sendo as principais delas o Princípio e a bioética latino-americana, por prestarem os dois referenciais bioéticos fundamentais para a pesquisa: a autonomia e a vulnerabilidade.

No segundo capítulo são apresentados os sujeitos que figuram como residentes em *cracolândias*, os quais representam o recorte do presente trabalho. Para compreender a abordagem, o capítulo estabelece notas introdutórias sobre as drogas, a partir do que se analisarão os tipos de uso e abuso da substância, sendo o mais gravoso deles a dependência química, a qual é estudada considerando suas causas e consequências. A partir de então, para delimitar melhor o grupo de pessoas destacado, é fundamental demarcar o papel do crack para os indivíduos em situação de rua a partir de uma análise sobre os seus efeitos, sendo esta introdução fundamental para discorrer sobre os espaços públicos afetados com o uso (principal, mas não único) do crack, os quais são conhecidos como *cracolândias*.

O terceiro capítulo se dedica mais especificamente às formas de tratamento, analisando mais detidamente os contornos clínicos e bioéticos do tema. São

apresentadas as espécies mais comuns de tratamentos, incluindo a modalidade de internação e a maneira como estes modelos se amoldam à autonomia do dependente. Considerando a internação compulsória, esta é realizada numa perspectiva de mitigação da autonomia, ou até mesmo de supressão da capacidade de decisão do sujeito quando esta é confrontada com o estado de completa vulnerabilidade e debilidade do paciente.

Finalmente, sendo a internação compulsória uma medida judicial, serão apresentadas considerações sobre o modo como os órgãos julgadores vem implementando tal medida, analisando a aplicação analógica da Lei 10.216/2001, a qual se refere aos indivíduos acometidos de transtornos mentais, mas que, na falta de aparato legislativo mais específico, se estabelece como diretriz legal da dependência. É apresentada, ainda, análise de alguns julgados que determinam a internação, traçando comentários sobre os argumentos que constituem a sua fundamentação. Finalmente são trazidas, ao longo de todo o texto, mas principalmente no tópico denominado “Uma nova proposta”, algumas considerações sobre a aplicação adequada da medida na esperança de contribuir para a construção das soluções que se esperam no âmbito da dependência química.

2 DO ESTUDO DA BIOÉTICA

A internação compulsória, consoante definição do artigo 6º da Lei nº 10.216/01¹, é aquela que se estabelece por determinação judicial, sem consentimento do indivíduo a ser tratado. No âmbito da pesquisa, destacam-se os indivíduos inseridos no universo das *cracolândias*, os quais são frequentemente internados contra a sua vontade, seja a partir da modalidade compulsória seja a partir da internação involuntária, àquela que se dá a pedido de terceiro, seja a pedido da família seja por orientação médica.

Excluindo-se aqui a internação por motivo de “limpeza social”, a qual além de afrontar o ordenamento jurídico vigente não se coaduna com a conjectura abordada na pesquisa. O trabalho dedicar-se-á a estudar as formas de tratamento para a dependência química, notadamente o internamento, à luz de dois principais institutos da bioética: a autonomia e a vulnerabilidade.

Sendo assim, o ponto de partida da investigação detém-se sobre os pressupostos conceituais e as linhas gerais evolutivas da bioética, debruçando-se mais detidamente no princípio da autonomia bem como suas diversas acepções. Isto porque, o tema perpassa questões bioéticas que se associam ao problema médico e jurídico aqui desenvolvido, seja apresentando motivos para internar, seja atuando como limite para intervenções arbitrárias. Antes de, simplesmente, adentrar no estudo jurídico-bioético e institucional do assunto é preciso examinar o conceito de bioética e tratar brevemente do seu histórico e dos seus desdobramentos.

Após serão apresentadas as correntes bioéticas que se relacionam com a investigação, demonstrando quais as contribuições que estas vertentes acrescentam a presente pesquisa.

¹ Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro;

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

2.1 CONCEITO DE BIOÉTICA

O termo bioética – *bioethics* – foi cunhado pelo oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter em 1970, pelo que ficou conhecido como o “pai da bioética”. No entanto, alguns autores lembram que esse título reflete uma pesquisa já preexistente, que lhe foi atribuída por conta da criação do neologismo, o qual Potter definiu como “ciência da sobrevivência”. Para ele a bioética se constituiria numa ponte entre a ciência biológica e a ética que deveria conduzir o progresso da humanidade².

Em 1971, mesmo ano da publicação do artigo de Potter, o termo bioética foi empregado pelo também americano Andre Hellers, que fundou em julho o *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproductions e Bioethics*, “assim introduzindo o termo bioética pela segunda vez e, surpreendentemente, tanto quanto foi possível determinar, ainda com caráter inédito”³.

O instituto teria por finalidade a criação da disciplina a partir da elaboração de um programa para o Centro de Bioética, vinculado à Faculdade de Medicina e de Filosofia, despertando posteriormente o interesse do Instituto Nacional de Saúde. A instituição fundada por Helligers, após sua morte (1979) tomou o nome de *Kennedy Institute os Ethics*, sendo oficialmente anexado à Georgetown University⁴.

Maria do Céu Patrão Neves se refere a essa concomitância no aparecimento do termo em locais distintos e desconexos como “dupla paternidade” do termo, a qual reflete a “bilocalização da bioética”. O surgimento do termo se apresenta como “fruto da época” e das diversas peculiaridades que norteavam a conjuntura da época⁵.

² PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. *Problemas atuais da bioética*. 10. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012, p. 35-37.

³ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. *Bioética Simples*. Lisboa: Verbo, 2008, p. 16.

⁴ RODRIGUES, Maria Rafaela Junqueira Bruno. *Biodireito: Alimentos transgênicos*. São Paulo: Lemos e Cruz, 2002, p. 48.

⁵ NEVES, Maria do Céu Patrão. Bioética e bioéticas. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; LIMA, Manuela (Orgs.) *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra/São Paulo: Editora Gráfica de Coimbra/Centro Universitário São Camilo, 2005, p. 288.

Uma aproximação entre os autores “pais” do termo se estabelece na medida em que ambos, ao empregarem o termo bioética, demonstravam a preocupação de analisar os progressos científico-tecnológicos da época a partir de uma apreciação ética necessária naquele momento, tendo em vista o escândalo provocado pelas notícias envolvendo pesquisas científicas e violações aos direitos dos pacientes.

Os três casos principais que chocaram a população americana, fundamentais para o desenvolvimento das pesquisas em bioética, os quais fomentaram a ideia de inafastabilidade entre os avanços médicos e a questão da ética, foram: a) em 1963, no Hospital Israelita de Doenças Crônicas, em Nova York, injetaram células cancerosas vivas em idosos doentes com o intuito de pesquisa; b) entre 1950 e 1970, no Hospital Estadual de Willowbrook, em Nova York, injetaram o vírus da hepatite em crianças com deficiência mental; c) em 1932, no Estado do Alabama, no que foi conhecido como o caso Tuskegee, 400 negros com sífilis foram recrutados para participarem de uma pesquisa de história natural da doença e foram deixados sem tratamento. Em 1972, a pesquisa foi interrompida após denúncia no *The New York Times*⁶.

O despertar da bioética costuma ser associado a estes eventos famosos “que causaram espanto e alarme, porque em nome do bem-estar e da ciência foram transgredidos princípios elementares de respeito à dignidade e à vida das pessoas”⁷. A partir destes episódios, em 1974, o Congresso norte-americano constituiu a Comissão Nacional para a proteção dos Seres Humanos em Pesquisas Biomédica e Comportamental, que organizou o Relatório Belmont, divulgado oficialmente em 1978, o qual refletia a preocupação com as questões clínicas ligadas às pesquisas com seres humanos, se estabeleceu como uma das obras que fomentaram ainda mais as questões envolvendo a bioética⁸.

Nesse contexto de crise da ética normativa frente aos casos supracitados, que antecipavam uma falência de valores universais para regerem as condutas humanas e as experiências científicas, a bioética assumiu a tarefa de reconstruir os

⁶ PROJETO GHENTE. Bioética: Histórico. 2014. Disponível em: <http://www.ghente.org/bioetica/historico.htm>. Acesso em: 23 jul. 2014.

⁷ STEPKE, Fernando Lolas. *Bioética e Medicina: aspectos de uma nova relação*. Tradução Gilmar Saint Clair Ribeiro. São Paulo: Edições Loyola, 2006, p. 159.

⁸ SOARES, André Marcelo; PIÑEIRO, Walter Esteves. *Bioética e biodireito: Uma introdução*. 2 ed. São Paulo; Edições Loyola, 2006, p. 31.

parâmetros para fundamentar as condutas médicas no respeito e na dignidade para com o outro e para com a comunidade⁹.

Com o intuito de melhor compreender a nova “ciência” que surgia, foi criada a Enciclopédia de Bioética, importante obra que teve sua primeira edição lançada em 1978, cujo editor-chefe era Warren Thomas Reich, traz a seguinte definição para o termo: “Bioética é o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e a atenção à saúde, enquanto que esta conduta é examinada a luz dos princípios e valores morais”.

Nova edição, revista e ampliada, sob responsabilidade do mesmo editor-chefe foi publicada quase vinte anos depois, em 1995, e contemplou novos valores e questões que foram incorporados ao estudo da bioética, apresentando esta incorporação, inclusive, no novo conceito que foi exposto na obra: “Pode-se defini-la como o estudo sistemático das dimensões morais – incluído visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar”.

Em 2004, outra versão é lançada, já numa perspectiva de uma ciência consolidada e reconhecida na área científica. A obra teve como editor-chefe Stephen Garrard Post, indicado pelo antigo editor. Trouxe uma série de inovações, incorporando mais de 100 novos verbetes¹⁰, o que resultou das novas questões que surgiram, desde aquela época até a atualidade acerca da sobrevivência e da qualidade da vida humana, as quais continuam tendo como objeto de discussão o conflito existente entre as descobertas científicas e os valores que devem nortear sua aplicação¹¹.

Nesses mais de 40 anos de existência como ciência autônoma assim denominada a bioética evoluiu muito e adquiriu importante papel no âmbito científico e acadêmico. Passou ainda a atuar em diferentes campos, tendo destaque no

⁹ ANJOS, Márcio Fabri dos. Introdução. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias e Letras; Sociedade Brasileira de Bioética, 2007, p.17.

¹⁰ PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. *op. cit.*, 2012, p. 43.

¹¹ MINAHIM, Maria Auxiliadora. A vida pode morrer? Reflexões sobre a tutela penal da vida em face da revolução biotecnológica. In: BARBOZA, Heloisa Helena; MEIRELLES, Jussara Maria Leal de; BARRETTO, Vicente de Paulo (Orgs.) *Novos Temas de Biodireito e Bioética*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003, p. 99.

âmbito do direito e da medicina, sobre os quais se debruça o presente trabalho. No entanto, não se pode cogitar que a bioética apenas se instituiu como ferramenta para analisar as pesquisas médicas e os saberes jurídicos. O domínio da bioética se estende além das responsabilidades médicas, incluindo “as responsabilidades políticas e culturais da coletividade e por isso vai além do âmbito da deontologia¹² pura profissional e da ética médica”¹³.

A bioética apoia-se, assim, em dois componentes epistemológicos principais: um componente analítico, que investiga um conflito ou desvio ético envolvendo as Ciências da Vida; e um componente positivo, a partir do qual ações ou normas visando à resolução de conflitos são propostas e justificadas¹⁴.

Trata-se de um campo do conhecimento baseado na ética prática e que trabalha numa perspectiva plural de acolhimento dos saberes de várias ciências, “além da filosofia, faz valer a sociologia, a antropologia, a psicologia e a comunicação, e incorpora estudos empíricos, quantitativos e qualitativos do agir moral em saúde”¹⁵.

A partir dessa pluralidade, é preciso que a bioética seja analisada sob as perspectivas multi e transdisciplinar. A multidisciplinariedade diz respeito a participação dessas outras áreas de conhecimento além da ética. Já a interdisciplinaridade se refere a incorporação da visão ética nas disciplinas à ela associadas e vice-versa¹⁶.

¹² Deontologia é uma filosofia que faz parte da filosofia moral contemporânea, que significa ciência do dever e da obrigação. Deontologia é um tratado dos deveres e da moral. É uma teoria sobre as escolhas dos indivíduos, o que é moralmente necessário e serve para nortear o que realmente deve ser feito.

¹³ BELLINO, Francesco. *Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais*. Bauru: EDUSC, 1997, p. 47-48.

¹⁴ NERY FILHO, Antônio; LORENZO, Cláudio; DIZ, Fátima. Usos e usuários de substâncias psicoativas: considerações bioéticas. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para o conselheiros e lideranças comunitárias*. Brasília: SENAD; MJ, 2014, p. 130.

¹⁵ JUNGES, Jose Roque; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Revista de Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.17, n.4, 2012, p. 1051.

¹⁶ HOSSNE, William Saad; ALBUQUERQUE, Maria Clara; GOLDIM, José Roberto. Nascimento e desenvolvimento da Bioética no Brasil. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. São Paulo: Ideias e Letras; Sociedade Brasileira de Bioética, 2007, p.146.

O Simpósio promovido pela UNESCO sobre o Estatuto Epistemológico da Bioética, realizado em Montevideu em novembro de 2004, teve um dos seus capítulos voltado para a multidisciplinaridade, o qual incorporou a multi e a interdisciplinaridade “na busca da compreensão mais aprimorada para as questões a serem estudadas”¹⁷.

Em 2010, alguns bioeticistas se uniram para escrever um artigo intitulado “Bioética aos 40 anos: reflexões a partir de um tempo de incertezas”, o qual aborda, a partir de uma perspectiva histórica, o ponto em que chegamos à sociedade mundial. Tendo em vista o desenfreado avanço em uma série de perspectivas – social, tecnológico, consumerista, político... – concluem ser necessário (re)pensar o caminho da bioética, visando posicioná-la de forma adequada a contemplar as novas situações e conflitos contemporâneos. Partindo da reflexão que se inicia com a ideia de Potter da bioética como “ponte para o futuro” os autores concluem que, atualmente “a bioética é, também, ponte para a cidadania, porque ela exige reflexão e/ou juízo crítico sobre valores e, por isso, contribui para a formação cidadã”¹⁸.

Para isso, a bioética não pode ser vista apenas como disciplina, mas sim como uma educação ética inerente às decisões cotidianas, estando presente desde os hospitais e tribunais até pequenos eventos que exigem decisões pessoais, transpondo assim os trabalhos acadêmicos e o campo da pesquisa¹⁹.

A criação da bioética como disciplina teve seu início com o patrocínio de cursos com orientação pedagógica de ensino pela Organização Panamericana de Saúde, a qual elevou as discussões bioéticas à condição de disciplina, possibilitando a formação de bioeticistas. A partir do seu surgimento, a bioética se disseminou de maneira muito rápida entre os estudiosos da saúde e do direito gerando inclusive

¹⁷ GARRAFA, Volnei. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: GARRAFA, Volnei, KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya (Orgs.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia, 2006, p. 84.

¹⁸ HOSSNE, William Saad; PESSINI, Leo; SIQUEIRA, José Eduardo de; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Bioética aos 40 anos: reflexões a partir de um tempo de incertezas. *Revista Centro Universitário São Camilo*, São Paulo, 2010, p.141.

¹⁹ DINIZ, Débora; COSTA, Sérgio. *Ensaio: Bioética*. 2. ed. São Paulo/ Brasília: Brasiliense/ Letras Livres, 2006, p. 23.

uma disciplina que surge a partir deste desdobramento, a qual ficou conhecida como biodireito ou direito médico²⁰.

Com esta expansão e diversificação da bioética a mesma atinge duas esferas de atuação, a primeira referente às questões humanas perspectivadas a partir do indivíduo, e a segunda que privilegia a ótica dos grupos e populações, adquirindo um caráter eminentemente social²¹. Esta diferença de perspectiva no âmbito da pesquisa em bioética está refletida nas correntes bioéticas que se destacaram nos últimos anos, algumas delas mais voltadas para o sujeito, outras para o olhar comunitário dos problemas atuais.

2.2 AS CORRENTES DA BIOÉTICA

A bioética pode ser estudada à luz de diversas correntes. As pesquisas de Pessini e Barchifontaine indicam diversos sentidos da bioética, os quais podem ser apresentados sob a forma de dez paradigmas principais: principialista, libertário, das virtudes, casuístico, fenomenológico e hermenêutico, narrativo, do cuidado, do direito natural, contratualista e antropológico personalista²².

Dentre estes enfoques supracitados, destacam-se, no âmbito desta pesquisa o paradigma do cuidado e casuístico, bem como a bioética latino-americana por apresentarem contribuições relevantes para o presente estudo, oferecendo argumentos que corroboram com o desenvolvimento e a conclusão do trabalho.

2.2.1 Feminista

A “ética do cuidado” no âmbito da atenção em saúde reflete a insuficiência da “ética da justiça”, baseada no papel da razão, para lidar com uma séria de situações que envolvem a vulnerabilidade e a fragilidade humana. Esta vertente, portanto, reforça como elementos essenciais no âmbito da saúde o papel das emoções e da

²⁰ SILVA, Paula Martinho da. O impacto da bioética num mundo em mudança. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; LIMA, Manuela (Orgs.) *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra/São Paulo: Editora Gráfica de Coimbra/Centro Universitário São Camilo, 2005, p. 267.

²¹ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. op. cit., p. 21.

²² PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. op. cit., p. 48-51.

efetividade humana, emergindo como contribuição formal do desenvolvimento moral das mulheres no final do séc. XX, a partir dos estudos de Carol Gilligan²³.

Carol Gilligan, na obra *"In a different voice"*, partindo do estudo da psicologia evolutiva, se manifestou sobre o cuidado em sua natureza psicológica. Ela contrapôs o valor do cuidado, de expressão mais acentuadamente feminina, ao da Justiça, de expressão mais acentuadamente masculina, propondo-o como noção fundamental para o desenvolvimento moral. A intencionalidade personalista deste modelo tem sido realçada como importante para a superação de uma perspectiva exclusivamente técnica da medicina, incorporando a noção de cuidado ao modelo médico ideal²⁴.

Esta contraposição, segundo Wildoberto Gurgel, se refere a forma diferente que os homens e mulheres são preparados para enfrentar os problemas morais. A partir dessa condução distinta são produzidas "diferenças psicossociais e históricas no modo como cada um dos gêneros representa axiologicamente o seu mundo"²⁵.

A ética do cuidado, em atenção aos traços associados à feminilidade, apresenta traços de compaixão, fidelidade e sensibilidade diante da necessidade e da vulnerabilidade do outro²⁶. O reflexo desta teoria no âmbito da bioética foi a implementação de uma bioética feminista, voltada para as questões relacionadas ao cuidado e à vulnerabilidade. Este paradigma bioético decorre da influência que o pensamento feminino exerceu na disciplina.

No entanto, ao contrário do que o nome sugere, a bioética feminista está longe de ser um discurso sexista, sendo, em verdade, o resultado de uma mudança do pensamento ético universal e absoluto para a defesa de princípios compensatórios da vulnerabilidade social, tendo por objetivo encontrar mecanismos éticos para intervir sobre todos os tipos de desigualdade social. Sendo "por isso que a categoria vulnerabilidade é tão sedutora para as pesquisadoras feministas da bioética: ao

²³ ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; PEGORATO, Priscilla Brandão Bacci. Bioética e Cuidado: o desafio espiritual. *Revista Mundo da Saúde*. São Paulo, abr/jun, 2007, p. 216.

²⁴ NEVES, Maria do Céu Patrão. A Fundamentação Antropológica da Bioética. *Bioética*, v. 4, n. 1, Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1996, p. 05.

²⁵ GURGEL, Wildoberto Batista. O que é mesmo Bioética? In: MINAHIM, Maria Auxiliadora; FREITAS, Tiago Batista; OLIVEIRA, Thiago Pires (Orgs.) *Meio Ambiente, Direito e Biotecnologia* - Estudos em Homenagem ao Prof. Dr. Paulo Affonso Leme Machado. Curitiba: Juruá, 2010, p. 597.

²⁶ FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. *Para fundamentar a bioética*. Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Edições Loyola, 2005, p. 275.

mesmo tempo em que resume a fragilidade de alguns grupos, demanda proteção e cuidado aos que experimentam a desigualdade”²⁷.

A bioética feminista se apresenta em dois grandes grupos principais: um centrado no poder, o qual está voltado para a modificação dos sistemas e estruturas que contribuem para a opressão das mulheres – mais associado ao movimento feminista –, e uma segunda vertente voltada para a recuperação dos valores tradicionalmente associados ao feminino, sendo esta uma bioética centrada no cuidado, na simpatia e na compreensão²⁸.

A corrente que se aproxima dos valores apresentados neste trabalho é a vertente feminina baseada na ética do cuidado, a qual muito se aproxima da vulnerabilidade do grupo delimitado pelos dependentes químicos residentes em *cracolândias* e com a sua necessária proteção adiante abordadas.

2.2.2 Latino americana

É fundamental para a compreensão das correntes bioéticas considerar que não é possível falar numa bioética de cunho global e universal a ser aplicada indistintamente à humanidade. Assim, surge a necessidade de falar em “bioéticas” no plural, as quais levam em consideração os valores culturais locais de cada região, despontando modelos que se assemelham a divisão continental do globo, quais sejam, latino-americano, africano, asiático, europeu e anglo-americano²⁹.

Apesar de a bioética estar arraigada às suas origens americanas, não se limita a esta realidade, aplicando-se a vários povos e contextos. Para que a bioética seja incorporada as diferentes tradições necessário se faz que sejam consideradas as características e culturas do local em que se insere. Com a América Latina não seria diferente.

Volnei Garrafa e Dora Porto salientam que os estudiosos da bioética que trabalham em diferentes contextos sociais se deparam com situações diversas, de

²⁷ DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. In: *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v.16, n.2, mai./ago., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2008000200015&script=sci_arttext. Acesso em 20 set. 2014.

²⁸ FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. op. cit., p. 281-282

²⁹ PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. op. cit., p. 22.

complexidade e dimensão completamente distintas. Assim, é fundamental que os pesquisadores da América Latina passem a não mais aceitar o crescente processo de despolitização dos conflitos morais³⁰.

Preocupada com a realidade social subdesenvolvida da região, marcada pelas desigualdades sociais e problemas inerentes à posição desprivilegiada no mundo globalizado, da qual decorre problemas específicos, surge a bioética latino-americana.

“A bioética latino-americana evoluiu ao longo de um período de trinta anos, em três estágios que duraram uma década cada um, a partir de 1970: recepção, assimilação e recriação”³¹, terminando, ao fim deste ciclo, por incorporar a realidade intelectual própria da região para solucionar os seus conflitos iminentes.

As realidades políticas e culturais dos países membros foram levadas em consideração para que a implementação do modelo bioético norte-americano não fosse uma mera transposição regional, até mesmo porque não há entre estes continentes identidade de problemas sociais³².

Miguel Kottow traça de forma sucinta as especificidades da bioética latino-americana nos seus países membros a partir das suas principais preocupações. Na Argentina a bioética preocupa-se mais detidamente com a solidariedade social sob a proteção de um Estado forte; em Cuba com a depuração de políticas públicas corruptas; no México com a construção de um diálogo civil e na Colômbia e Chile com o desenvolvimento de uma ética da proteção a serviço dos vulneráveis³³. Já as especificidades inerentes a bioética no Brasil se dedicam com mais intensidade a estudar as questões da saúde e das desigualdades sociais, conforme se verá adiante.

³⁰ GARrafa, Volnei; PORTO, Dora. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: GARrafa, Volnei; PESSINI, Leo (Orgs.). *Bioética, poder e injustiça*. São Paulo: Edições Loyola, 2003, p. 37.

³¹ MAINETTI, José Alberto; PEREZ, Maria Lucia. Os discursos da bioética na América Latina e referências de bioética na Argentina. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). *Bioética na Ibero-América: história e perspectivas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2007, p. 35.

³² LEGARDA, Germán Calderón. Uma leitura crítica da bioética latino-americana. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). *Bioética na Ibero-América: história e perspectivas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2007, p. 331.

³³ KOTTOW, Miguel. Bioética prescritiva. A falácia naturalista. O conceito de princípios na Bioética. In: GARrafa, Volnei, KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya (Orgs.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia, 2006, p. 42.

Trata-se, pois, de uma corrente compromissada com os problemas, e soluções, inerentes aos países subdesenvolvidos. Alguns autores latino-americanos, como Volnei Garrafa, sugerem, a partir desta perspectiva, que estabelecendo o problema a bioética não deve se deter no seu mero estudo, estabelecendo ações institucionais contundentes para efetivar a necessária inclusão. Esta proposta recebe a denominação de bioética da intervenção, que consiste numa “estratégia mais adequada de para atingir os objetivos da verdadeira justiça social”³⁴.

No Brasil³⁵, a bioética latino-americana, tendo por base novas escolas voltadas para os menos desenvolvidos e mais vulneráveis, se desenvolveu a partir de duas principais abordagens: “A Bioética de Proteção”, que será adiante estudada no capítulo referente aos aspectos clínicos da internação, e a “Bioética da Intervenção”³⁶.

Ao contrário do que sugere o termo de bioética da intervenção, não se trata de um viés que tem por finalidade promover medidas autoritárias e impositivas. Muito pelo contrário, o propósito central da bioética da intervenção é o de fomentar a proteção necessária rumo à libertação e emancipação definitiva, afastando-a do paternalismo³⁷ e promovendo a construção de estratégias para a solução dos problemas inerentes a realidade dessa região do continente americano.

Apesar de surgir num momento em que os problemas principais da bioética já haviam se consolidado, à exemplo da eutanásia e do aborto, a bioética latino americana, especialmente no Brasil, soube dedicar-se a novos problemas

³⁴ SIQUEIRA, José Eduardo. Ensaio sobre Vulnerabilidade Humana. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007, p. 21.

³⁵ Os autores visando deixar mais clara a escolha do recorte metodológico utilizado para o trabalho que foi escrito no âmbito do uso de drogas fazem a seguinte consideração, a qual se coaduna plenamente com a linha da presente dissertação: “Em que pese a diversidade de abordagens a bioética brasileira reconhece a existência de consensos que podem ser resumidos em três eixos principais: a proteção dos mais frágeis e o papel do Estado nessa tarefa; a pluralidade moral aliada a uma Bioética laica, sem pressupostos religiosos; e o respeito à dignidade da pessoa humana, embasada nos direitos humanos, como limites inegociáveis para práticas sociais. Considerando os limites do presente trabalho e a importância particular para as questões relacionadas com o uso e usuário de substâncias psicoativas, consideraremos, ainda que brevemente, duas escolas ou orientações principais no campo: A bioética de Intervenção e a Bioética da Proteção”. (NERY FILHO, Antônio; LORENZO, Cláudio; DIZ, Fátima. op. cit., p. 131).

³⁶ Ibid., p. 127.

³⁷ PORTO, Dora. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia. In: PORTO, Doraw; GARRAFA, Volnei; MARTINS, Gerson Zafalon; BARBOSA, Swenderberger Nascimento. *Bioéticas, poderes e injustiças*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012, p. 116.

específicos da realidade socioeconômica, política e cultural, como os problemas de saúde pública e aqueles que decorrem da exclusão social³⁸, noções intrínsecas a questão da *cracolândia*.

“A Bioética em nossa realidade latino-americana e mais especificamente brasileira traz a missão de responder aos desafios dados pela nossa realidade, constituída de graves contradições sociais”³⁹, dentre elas, a mais evidente é a extrema acumulação de riquezas em confronto com a extrema pobreza das populações mais vulneráveis.

Apesar de ter uma história explícita recente no Brasil, de aproximadamente duas décadas, as reflexões bioéticas vem ganhando forma, fazendo com que a bioética ganhe espaço e seja reconhecida por seus serviços à sociedade “participando das muitas razões e problemas pelos quais ela se constitui. Notadamente, as questões de procedimentos éticos na área da saúde”⁴⁰.

Nesse contexto, as *cracolândias* emergiram como um fenômeno sociocultural complexo, contornado pela exclusão social, pela questão da ilegalidade da substância utilizada, bem como pelos dilemas médicos associados ao consumo e tratamento do crack, sendo um problema que deve ser encarado também sob a ótica da bioética latino-americana, notadamente no que tange a intervenção, a proteção e o empoderamento destes sujeitos.

2.2.3 Casuístico

A bioética atua como um tipo de valoração tendo por base operadores axiológicos tais quais existem em qualquer atividade valorativa. No entanto, a bioética como valoração aplicada tem como especificidade a preocupação pragmática ou situacional na qual os operadores axiológicos serão aplicados⁴¹.

³⁸ PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Uma radiografia da bioética no Brasil: pioneiros, programas educacionais e institucionais e perspectivas. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). *Bioética na Ibero-América: história e perspectivas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2007, p. 100.

³⁹ TARACHUQUE, Jorge; SOUZA, Waldir. Bioética e vulnerabilidade da população em situação de rua: u estudo a partir da realidade da cidade de Curitiba. *Revista Teocomunicação*, Porto Alegre, v. 43, jan./jul., 2013, p. 161.

⁴⁰ ANJOS, Márcio Fabri dos. op. cit., p.15.

⁴¹ GURGEL, Wildoberto Batista. op. cit., p. 599.

O modelo casuístico na bioética, apresentado por Albert Jonsen e Stephen Toulmin em *The abuse of casuistry*, preconiza uma análise de caso a caso, num plano analógico. Não se assentando em quaisquer princípios orientadores *a priori* para a ação. Isto porque, cada caso deve ser examinado nas suas características paradigmáticas, estabelecendo-se comparações e analogias com outros casos⁴².

A partir desta corrente, seria preciso estudar os princípios tendo em mente que nenhum deles é responsável, sozinho, por traçar uma orientação ética. O trabalho de discernimento entre as vias inerentes a uma problemática corresponde ao que se chama casuística, que deve ser balizada pela virtude da prudência.

“É utópico pensar que a bioética possa usar um conjunto (um set) de princípios predeterminados dispensando as dificuldades tradicionais da casuística”⁴³. Esta afirmativa de Lapargneur aproxima o modelo casuístico à técnica de sopesamento muito utilizada no âmbito do Direito, a qual também tem por finalidade ponderar a aplicação de princípios nos casos concretos e que tem sido muito utilizada como argumento jurídico para determinar a internação.

O paradigma casuístico está associado a uma crítica a vertente principialista, a qual será a seguir analisada. O principialismo recebeu muitas críticas quanto ao método e aos pressupostos que sustentam sua aplicação. A principal crítica quanto ao método se refere a não dar primazia à particularidade do caso e insuficiente atenção às circunstâncias específicas que o norteiam, porque tem como critério e ponto de partida o princípio, concebido na sua universalidade abstrata, aplicado ao caso singular. Essa crítica foi levantada e desenvolvida pelos casuístas que tentam opor-se a chamada “tirania dos princípios”, recuperando o tradicional paradigma moral da casuística em moldes contemporâneos⁴⁴.

O modelo casuístico tem relevância para a presente pesquisa por apresentar a necessária vinculação da ponderação principiológica no caso concreto. Isto porque considerando os princípios que se descortinam na bioética (aqui considerados em rol mais amplo do que o abordado pelo principialismo), estes não podem ser

⁴² NEVES, Maria do Céu Patrão. op. cit., 1996, p. 05.

⁴³ LEPARGNEUR, Hubert. *Bioética, novo conceito*. A caminho do consenso. São Paulo: Editora Loyola, 2004, p.62.

⁴⁴ JUNGES, José Roque. Bioética como Casuística e como Hermenêutica. *Revista Brasileira de Bioética*, ano 1, v. 1, p. 29-44, 2005, p. 31.

desenvolvidos a partir de uma análise categórica que sobreponha um princípio a outro em todas as situações referentes ao tema. A internação, nesta perspectiva, deve ser avaliada em cada caso, consideradas as suas especificidades, analisando quais os princípios referentes ao quadro apresentado e em que proporção estes devem ser respeitados e/ou suprimidos.

2.3 PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

Necessário compreender a proposta principialista como uma teoria que não apenas remonta às origens da bioética como exerce grande influência nos códigos de ética de diferentes profissões na área da saúde até hoje. Apesar de ser alvo de severas críticas, é inegável que a proposta de Beauchamp e Childress de uma teoria ética, baseada em princípios morais representa um grande passo para o estudo da bioética⁴⁵.

Esta corrente se consolida a partir da publicação da obra *Princípios da Ética Biomédica*, em 1979, pelos autores Tom Beauchamp e James Childress, que sugeriram os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça como embasamento de uma bioética consistente⁴⁶.

A influência da corrente principialista – ou apenas principialismo – foi tão grande que a bioética é frequentemente associada a esta corrente americana. Muitos doutrinadores que se propõem a estudar a bioética o fazem a partir desta única perspectiva. Inclusive, algumas organizações científicas e diretrizes internacionais se apoderaram destes princípios como verdade absoluta e os reproduzem em seus documentos como se fossem diretrizes da bioética e não de uma corrente específica⁴⁷.

Apesar de muito atrelada à obra e à pesquisa de Beauchamp e Childress, não se pode descartar que, numa perspectiva mais ampla, o termo principialismo designa todos os modelos que tem em comum as premissas principiológicas, partindo de

⁴⁵ DEJEANNE, Solange. Os fundamentos da bioética e a teoria principialista. In: *Thaumazein: Revista on-line de filosofia*, Santa Maria-RS, ano IV, n.7, p. 32-45, jul. 2011. Disponível em: http://sites.unifra.br/Portals/1/ARTIGOS/nro_06/SOLANGE.pdf. Acesso em: 10 out. 2014, p. 34.

⁴⁶ DINIZ, Débora e GUILHEM, Dirce. *O que é Bioética?* São Paulo: Brasiliense, 2012, p. 38.

⁴⁷ DURAND, Guy. *Introdução geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos*. 4 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2012, p. 53.

enunciados teóricos que devem ser aplicados como forma de legitimar as práticas adotadas. Como exemplo de outras correntes que podem ser consideradas “principlistas” tem-se o modelo europeu apresentado na Declaração de Barcelona, o modelo contratualista de Robert Veach e o fundacional de Gert, Colver e Clouser⁴⁸.

Os dilemas bioéticos – notadamente aqueles oriundos da relação médico-paciente – quando analisados a partir desta vertente, utilizando os quatro princípios basilares, tende a fomentar dilemas agudos pela ausência de hierarquia definida entre eles, bem como pela impossibilidade de se atender a todos eles em algumas situações mesmo quando precedidas de um delicado juízo prudencial⁴⁹.

Apesar da dificuldade de aplicação puramente principiológica, não se pode descartar a importância e a fundamentalidade desta vertente, a qual se aplica às inúmeras situações e dilemas médicos cotidianos. O fato do principlismo não conseguir se constituir sozinho como resposta estanque para todas as situações, não significa que esta vertente não conduza com sucesso à resposta da maioria das demandas analisadas a partir dos princípios a seguir estudados.

Neste sentido, não se pode ignorar sua relevância na medida em que consegue apresentar solução para vários dilemas e questionamentos ao longo das últimas décadas, sendo muitas críticas que se estabelecem a esta vertente mero aprimoramento deste padrão já consolidado. Assim, muitas inovações em termos principiológicos mantêm a estrutura inicialmente pensada pelo principlismo adequando apenas o modelo às novas realidades e às diferentes culturas.

Por não possuírem caráter absoluto nem prioridade um sobre o outro, a importância dos princípios em bioética consiste em organizar os argumentos a partir de referenciais a serem considerados e respeitados na maior medida possível. São, portanto, parâmetros para a tomada de decisão frente aos problemas éticos⁵⁰.

Ocorre que, nas situações de conflitos morais na área biomédica, apesar de não haver hierarquia principiológica, acaba-se por atribuir grande importância à

⁴⁸ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. op. cit., p. 103.

⁴⁹ ZUBEN, Newton Aquiles Von. Vulnerabilidade e Decisão: tensão no pacto médico. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007, p. 69.

⁵⁰ KIPPER, Délio José; OSELKA, Gabriel Wolf; AYER, Reinaldo. Bioética clínica. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias e Letras; Sociedade Brasileira de Bioética, 2007, p.118.

autonomia em prejuízo dos princípios que com ela conflitam. Por conta disso esta vertente “foi muito criticada nos anos 80 por supostamente atribuir uma ênfase demasiada ao princípio do respeito à autonomia individual, em detrimento dos outros princípios”⁵¹.

Esta é uma das críticas que se apresentam à vertente principialista: a exacerbada importância que atribui ao princípio da autonomia, conferindo-lhe, por vezes, um papel de superioridade quando em comparação com os outros princípios estabelecidos.

Esta exaltação da autonomia aproxima-se do paradigma libertário da bioética, pregando, assim, um controle absoluto do próprio corpo do indivíduo, o que perpassa, inclusive, questões polêmicas como a venda de órgãos. A proeminência deste princípio acaba ensejando a mitigação de outros princípios (e direitos) que deveriam nortear as questões bioéticas.

Conforme salienta Volnei Garrafa, o hiper-dimensionamento da autonomia na bioética estadunidense dos anos 70 e 80, fez emergir uma visão individualizada dos conflitos, como se todas as pessoas – independente de qualquer circunstância – fossem autônomas e pudessem consentir. A consequência disso foi uma verdadeira indústria de “consentimentos informados” que se incorporou aos atendimentos médico-hospitalares⁵².

Edmund Pellegrino, professor bioeticista, salienta os perigos desta exacerbção da autonomia: “*Llevado a sus últimos extremos, el derecho de autonomia moralmente justificable podría minar el carácter comunitario de la existencia humana. La autonomía em um derecho absoluto conduce (...) a la anarquía*”⁵³.

A anarquia aqui referida se estabelece como reflexo de uma sociedade egoísta, o que pode anular a visão de coletividade indispensável para o enfrentamento da

⁵¹ SEGRE, Marco; SILVA, Franklin Leopoldo; SCHRAMM, Fermin. O Contexto, Histórico, Semântico e Filosófico do Princípio da Autonomia. *Bioética*. v. 6, n. 1. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998, p.33.

⁵² GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125-134, abr. 2005, p. 128.

⁵³ PELLEGRINO, Edmund Daniel. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bioética: Temas y Perspectivas*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica nº 527, Washington DC: OPS, 1990, p. 14-15.

exclusão e injustiça social, hoje, mais do que nunca, constatadas no planeta⁵⁴. Além da exclusão social, imaginar uma perspectiva macroscópica que considere a autonomia individual em sua integralidade conduziria a um cenário de caos social decorrente de uma realidade em que cada um determina-se segundo julgamento e valores próprios que desconsideram as normas e conseqüentemente a coletividade.

2.3.1 Autonomia

Para início de análise, é necessário buscar a significação primordial do termo autonomia, o qual possui um núcleo cognitivo comum a todas as possibilidades de significação. Este entendimento essencial está atrelado à etimologia do termo: auto, do grego, “o próprio”, “o mesmo”; e nomos, também do grego, que designa lei, governo, significando, assim, o governo de si mesmo⁵⁵.

Segundo o dicionário jurídico de Maria Helena Diniz, autônomo é, segundo a linguagem jurídica em geral, definido como a sendo “1) o que é independente; b) o que não está sujeito a nenhuma potência estranha, governando-se e dirigindo seu destino segundo leis próprias; c) o que tem existência própria”⁵⁶. Este conceito, no entanto, não é único nem estanque, sendo necessário lembrar que existem uma série de acepções e desdobramentos acerca do tema.

Em linhas gerais, costuma-se entender que o indivíduo autônomo é aquele que “reina soberano” sobre o seu corpo e sua mente, podendo fazer suas escolhas de forma livre. No entanto, para melhor compreender a noção de autonomia que se refere o texto, necessário libertar-se desta noção simplista do termo para estudá-lo de forma mais ampla e abrangente.

É notável a profundidade teórica e filosófica a que remetem as investidas científicas da humanidade no terreno da autonomia. Os estudos sobre autonomia

⁵⁴ GARRAFA, Volnei. 2005, Op. Cit, loc. Cit.

⁵⁵ “A palavra autonomia, derivada do grego autos (‘próprio’) e nomos (‘regra’, ‘governo’ ou ‘lei’), foi primeiramente empregada com referência à autogestão ou ao autogoverno das cidades-estados independentes gregas. A partir de então, o termo autonomia estendeu-se aos indivíduos e adquiriu sentidos muito diversos, tais como os de autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, ser o motor do próprio comportamento e pertencer a si mesmo.” (BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. *Princípios de Ética Médica*. São Paulo: Loyola, 2002, p. 137).

⁵⁶ DINIZ, Maria Helena. *Dicionário jurídico*. São Paulo: Saraiva, 1998, p. 349.

contam com séculos de elaboração e parecem estar em evolução constante, sob enfoques variados.

Inicialmente, para estudar o instituto da autonomia é necessário fazer referência a Kant pela importância que este teve no estudo da liberdade e da autonomia como traços inerentes aos indivíduos. Este filósofo definiu autonomia como a possibilidade de realizar escolhas que podem ser almeçadas como leis universais, sendo, pois, a essência deste princípio a função autolegisladora. Isso significa a capacidade de determinar as leis às quais o indivíduo pretende se submeter⁵⁷.

Outro ponto importante da sua pesquisa consiste na aproximação entre autonomia e dignidade dos indivíduos, na medida em que tanto a dignidade quanto a autonomia para Kant se relacionam com a noção do indivíduo como fim em si mesmo. Tal acepção se coaduna com a noção de respeito que até hoje está interligada com o conceito principiológico, muito em voga atualmente no âmbito jurídico, da dignidade da pessoa humana⁵⁸.

*“Según Kant, en consecuencia, la persona humana no tiene precio (...). En lugar de precio, los seres humanos tenemos dignidad. En consecuencia, la dignidad es un valor, una cualidad irreal que tenemos todos los humanos”*⁵⁹. Fábio Konder Comparato, adotando esta postura kantiana, entende que sendo a pessoa um fim em si mesmo, apenas pode guiar-se por sua vontade natural, sendo este o traço distintivo entre as pessoas e as coisas⁶⁰.

“A autonomia exprime a dignidade da pessoa porque franqueia sua liberdade autocontrolada e responsável”⁶¹, na medida em que “exige um processo contínuo de

⁵⁷ Poder querer para todos o que se quer para si é a máxima expressão da autonomia. Ser autor de leis universais para um ‘reino dos fins’ do qual fazemos parte como seres racionais e razoáveis é a máxima expressão da liberdade e dignidade.” WEBER, Thadeu. Autonomia, dignidade da pessoa humana e respeito em Kant. In: UTZ, Konrad; BAVARESCO, Agemir; KOZEN, Paulo Roberto (Org.). *Sujeito e liberdade: investigações a partir do idealismo alemão*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012, p. 17.

⁵⁸ Tal princípio reconhece “o ser humano como sujeito de direitos e, assim, detentor de uma ‘dignidade’ própria, cuja base (lógica) é o universal direito da pessoa humana a ter direitos”. A dignidade da pessoa humana se traduz assim, como um núcleo de integridade física, moral e espiritual do indivíduo. (MORAES, Maria Celina Bodin de (coord). *Princípios do Direito Civil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 13).

⁵⁹ YÁNEZ, Gonzalo Fugueroa. La Dignidad y el derecho a la vida (vivir con dignidade). *Revista del Derecho y Genoma Humano*, Bilbao, Fundación BBV, n.18. Enero-Junio, 2003, p. 134-135.

⁶⁰ COMPARATO, Fábio Konder. *A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos*. São Paulo. Saraiva, 2005, p 21

⁶¹ LEPARGNEUR, Hubert. *op. cit.*, p.72.

respeito pela individualidade e originalidade do outro, pelas suas escolhas e decisões”⁶².

A autonomia kantiana pressupõe que somos agentes racionais cuja liberdade transcendental nos tira do domínio da causação originária, sendo inerente ao homem no âmbito natural e social⁶³. Esta abordagem filosófica da autonomia foi incorporada pelo Direito, cristalizando-se principalmente com a noção de capacidade de ação. Conforme afirma Denis Franco Silva, o conceito de autonomia utilizado pelos juristas é uma versão falseada da autonomia de Kant, definida como sendo a vontade livre das necessidades presentes no mundo da sensibilidade, configurando as medidas a si impostas máximas universais⁶⁴.

Apesar das diversas significações de autonomia pode-se estabelecer um ponto em comum entre praticamente todas elas. Este elo se refere às duas condições essenciais para pensar em autonomia, quais sejam: (1) a liberdade (independência de influências controladoras) e (2) a qualidade de agente (capacidade de agir intencionalmente)⁶⁵.

Mais uma vez, necessário considerar a diversidade de valores incorporados ao termo autonomia, o qual denota diversos outros significados, que não convém serem aqui explicitados de forma mais acentuada, tendo em vista que este trabalho pretende abordar o referido conceito numa perspectiva bioética, o que será feito a partir da vertente principialista outrora apresentada.

Segundo a obra de Beauchamp e Childress, o termo autonomia adquire sentidos muito diversos, tais como de autogoverno, direitos de liberdade, privacidade, escolha individual, liberdade da vontade, seleção do próprio comportamento e pertencimento a si mesmo⁶⁶. Para os teóricos do principialismo a autonomia estaria relacionada, em linhas gerais, com o conceito de autodeterminação e liberdade de decisão, sendo estas noções fundamentais para

⁶² CARNEIRO, Paula Jacinta Moreira Gonçalves. Vulnerabilidade da pessoa com doença mental: apelo a uma ética da hospitalidade. In: CARVALHO, Ana Sofia; OSSWALD, Walter (Orgs.) *Ensaio de Bioética*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008, p. 50.

⁶³ SCHNEEWIND, Jerome. *A invenção da autonomia*. São Leopoldo, Editora Unisinos, 2005, p. 560.

⁶⁴ SILVA, Denis Franco. O princípio da autonomia: da reinvenção à reconstrução. In: MORAES, Maria Celina Bodin de (coord.). *Princípios do Direito Civil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 138-139.

⁶⁵ BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. Op. cit, p. 138.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 137.

esta pesquisa por se relacionarem com a faculdade de deliberação do sujeito sobre questões relativas ao corpo, à saúde, à doença e à sua recuperação.

Importante aqui ressaltar a diferença que existe entre o conceito da autonomia em si e a sua utilização como princípio bioético que se ora se examina. O princípio da autonomia se apresenta como requisito moral da obrigatoriedade de respeito à autonomia dos outros. Já o conceito de autonomia se refere, em regra, a autonomia de ação, a qual comporta certo grau de restrição, sob pena de aceitação de qualquer tipo de ação independente das suas (desastrosas) consequências⁶⁷.

Esta distinção estabelece de um lado a autonomia como princípio, que faz com que a mesma seja perseguida e assegurada em todas as situações como exigência moral de dimensão indeterminada, de outro, a autonomia como um conceito determinado. Segundo Marcos de Almeida, a autonomia como conceito se confunde com a autonomia de ação. Apesar da autonomia como princípio exigir o respeito irrestrito ao arbítrio do sujeito, a autonomia como conceito pode ser restringida nos momentos em que a capacidade para agir esteja prejudicada.

Francesco Bellino afirma que o princípio da autonomia estabelece o respeito pela liberdade individual do paciente, o que faria decorrer a obrigatoriedade do consenso livre e informado, sob pena de transformar o enfermo em objeto⁶⁸. No entanto, o que se pretende no presente trabalho com a mitigação e supressão da autonomia não é a “coisificação” do dependente químico, mas sim o resgate ao seu estado de indivíduo autônomo, o qual não pode ser assim considerado em determinadas condições adiante estudadas nas quais experimenta uma situação de extrema compulsão e dependência.

A internação, nestes casos, se coaduna com a análise conceitual da autonomia, a qual inclui um componente restritivo quando se está diante de alguém impossibilitado de exercer esta capacidade. Se essa condição é duvidosa, intermitente, transitória ou até mesmo inexistente, o sujeito é considerado limitado

⁶⁷ ALMEIDA, Marcos de. Comentário sobre os princípios fundamentais da bioética – perspectiva médica. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus, 1996, p. 58-59.

⁶⁸ BELLINO, Francesco. op. cit., p. 198.

(ou privado) em suas aptidões de direcionar as ações que lhe dizem respeito de acordo com seu próprio discernimento⁶⁹.

O princípio da autonomia, conforme já visto, é apontado como superior aos outros princípios em diversas situações. Neste sentido, Volnei Garrafa destaca que “o tema da autonomia foi maximizado hierarquicamente com relação aos outros três, tornando-se uma espécie de super-princípio”⁷⁰. No entanto, a autonomia também deve ser limitada ou condicionada pelos demais princípios (principalmente quando confrontado com a justiça e a beneficência). Isto porque a autonomia deve ser exercida de forma controlada e responsável⁷¹. Assim, deve ser analisada no caso concreto, para aferir se o paciente poderá agir de forma autônoma tendo em vista que “o princípio da autonomia não dá liberdade absoluta, determinando o quanto uma pessoa pode estar livre”⁷².

Este princípio não deve ser tomado, pois, da forma absoluta sem considerar a beneficência e a justiça, bem como os outros princípios e condições inerentes aos seres humanos. Esta necessária observância autoriza que sejam feitos alguns juízos e discriminações entre os indivíduos em benefício daqueles menos favorecidos, bem como, daqueles que não possuem o necessário autoconhecimento e amadurecimento para manifestar sua vontade em situações de risco⁷³.

Os debates sobre a capacidade questionam se os sujeitos são capazes, psicológica ou legalmente, de tomar decisões adequadas. A capacidade para a decisão, portanto, está intimamente ligada à decisão autônoma e às questões sobre a validade do consentimento. São imprescindíveis, portanto, para realizar este julgamento distinguir os “indivíduos cujas decisões autônomas devem ser

⁶⁹ RIBEIRO, Cléa Regina de Oliveira. *Ética e pesquisa em álcool e drogas: uma abordagem bioética*. In: Rev. Eletrônica Saúde Mental, Álcool e outras drogas [online], vol.1, n.1, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762005000100006&script=sci_arttext. Acesso em: 6 set. 2014. p. 2.

⁷⁰ GARRAFA, Volnei. op. cit., p. 128.

⁷¹ LEPARGNEUR, Hubert. op. cit., p. 72.

⁷² SEGRE, Marco; MARCOLINO, José Álvaro Marques. *Relação médico-paciente*. In: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Orgs.). *Bioética*. 3ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008, p.89.

⁷³ GARCIA, Maria. *Bioética e o princípio da autonomia: a maioria kantiana e a condição do autoconhecimento humano*. In: GOZZO, Débora; LIGIERA, Wilson Ricardo (Orgs.) *Bioética e direitos fundamentais*. São Paulo: Saraiva, 2012, p. 74.

respeitadas daqueles cujas decisões precisam ser checadas e talvez suplantadas por um representante”⁷⁴.

Assim sendo, “diante de um pedido de suprimento da capacidade para consentir nos casos de intervenção médica em bem da personalidade a autoridade decisória deve determinar quem é ou não concretamente capaz de discernimento”⁷⁵. É o que será visto adiante na ótica de Beauchamp e Childress como “modelo dos melhores interesses”.

O indivíduo autônomo age livremente em conformidade com um plano de ação que ele mesmo escolheu. Existem pessoas, em contrapartida, cuja autonomia está diminuída, o que admite que sejam, ao menos em parte, controladas por outras pessoas haja vista não estarem em condição de deliberarem conforme seus desejos. Quando estas não conseguem decidir de modo autônomo são justificadas intervenções que reverberem na sua esfera decisória⁷⁶.

Deve-se compreender a existência de quatro pilares para a aplicação prática do respeito à autonomia: informação, competência, entendimento e consentimento. É necessário para que um indivíduo possa tomar uma decisão autônoma, não somente que ele tenha capacidade para tomar decisões, mas também que lhe sejam reveladas todas as informações relevantes para a sua tomada de decisão. No entanto, nem todos os indivíduos estão em condição de compreendê-la – seja porque esta é transmitida de modo ininteligível para o informado, seja porque este está numa situação de debilidade que não permita a exata compreensão do conteúdo informado – impedindo a decisão de forma lúcida e esclarecida. Além destes aspectos relativos à revelação e entendimento da informação, há que se considerar também a voluntariedade, tida como a capacidade de tomar decisões, agregando a isto o fato de que estas decisões devem ser tomadas livres de influências manipuladoras ou coercitivas. Apenas presentes todos estes requisitos é que, por fim, podemos chegar a um consentimento que possa ser classificado como

⁷⁴ BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. op. cit., p. 151.

⁷⁵ COSTA, Judith Martins. Capacidade para consentir e esterilização de mulheres tornadas incapazes pelo uso de drogas: notas para uma aproximação entre a técnica jurídica e a reflexão bioética. In: MOLLER, Letícia Ludwig; COSTA, Judith Martins (Orgs.) *Bioética e Responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009, p. 326.

⁷⁶ FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. Op. Cit, p. 124-127.

consentimento informado, caracterizando, por conseguinte, uma decisão autônoma⁷⁷.

Em sentido muito semelhante, Ana Carolina Brochado Teixeira, entende que devem ser considerados o discernimento, a competência e a possibilidade de autodeterminação do indivíduo para que assim estes possam exercer o consentimento em relação à própria esfera corpórea e, conseqüentemente, sobre a sua vida e morte. Só presente estes elementos é que estaria caracterizado o pleno poder de governar o próprio corpo e a própria saúde⁷⁸.

Em algumas situações, por estar ausente algum destes fundamentos, o consentimento pode não ocorrer, caracterizando uma conjuntura em que o indivíduo ou não tem condições de decidir, ou decide em condições de não confiabilidade decorrentes de fatores como: a falta de informações, a coação, as influências externas, e outros elementos que deturpam o entendimento daquele sujeito.

Nestes casos, em que não houve consentimento, ou quando este não pode ser exarado, Beuchamp e Childress estabelecem a solução para respeitar a autonomia destes indivíduos sob três modelos distintos, os quais servem de embasamento teórico para a escolha ética que irá reger o tratamento conferido ao paciente. Os três modelos que aparecem na obra destes autores são o da autonomia plena, o do julgamento substituto e o dos melhores interesses⁷⁹.

O modelo da pura autonomia se aplica exclusivamente a pacientes que já foram autônomos e que expressam uma decisão autônoma ou preferência relevante, tornando possível respeitar as decisões autônomas prévias de pessoas que são agora incapazes, mas que tomaram decisões referentes a si mesmas quando eram ainda capazes. Existindo ou não uma diretriz formal de ação, os julgamentos autônomos prévios devem ser aceitos.

O modelo do julgamento substituto se refere à hipótese em que outra pessoa poderá, caso o paciente esteja impossibilitado de expressar sua vontade, realizar

⁷⁷ REQUIÃO, Maurício. Do princípalismo aos princípios: a dignidade da pessoa humana como princípio bioético. In: *Anais do XVIII Encontro Nacional do CONPEDI*, 2009. Disponível em: http://www.conpedi.org.br/anais/36/11_1373.pdf. Acesso em: 15 out.2014, p. 1216/1217.

⁷⁸ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Saúde, corpo e autonomia privada. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p. 56.

⁷⁹ BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. op. cit., p. 199-206.

escolhas no lugar do enfermo, atuando como uma espécie de procurador. Deve ser usado para pacientes que já foram capazes caso haja razões para crer que é possível tomar a decisão que o paciente teria tomado. Nesse caso, a intimidade do decisor substituto com o paciente deve ser suficientemente profunda e relevante para que o julgamento reflita os objetivos e as opiniões do paciente.

Já o modelo dos melhores interesses se constitui a partir de um decisor substituto, o qual deve determinar o maior benefício entre as opções possíveis, atribuindo diferentes pesos aos interesses que o paciente tem em cada opção e subtraindo os riscos e os custos inerentes a cada uma. Emprega-se o termo “melhor” porque a obrigação é a de maximizar os benefícios por meio de uma avaliação comparativa que encontra o maior conjunto de benefícios. O modelo dos melhores interesses protege o bem-estar de outra pessoa, avaliando os riscos e os benefícios dos vários tratamentos e das alternativas ao tratamento, levando em consideração a dor e o sofrimento e avaliando o restabelecimento e a perda de funções. Para pacientes que nunca foram capazes e para pacientes anteriormente capazes cujas preferências precedentes não podem ser determinadas de maneira confiável é apropriado que se prefira o modelo dos melhores interesses por ser mais adequado que os demais.

Resta claro, à luz do estudo de Beuchamp e Childress, que nem todos os indivíduos estão aptos a decidir. Sendo, por isso, necessário em alguns casos que determinada decisão seja tomada por outra pessoa como forma, inclusive, de proteger e respeitar o paciente. Esta relação entre autonomia e respeito às pessoas não é nova, já estando presente desde 1978 com a edição do Relatório Belmont.

O referido relatório estabeleceu o Princípio do Respeito às Pessoas, que propunha a autonomia a partir de duas convicções éticas: a primeira que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos, e a segunda, que as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas, reconhecendo, assim, tanto a autonomia do sujeito quando a exigência de proteger aqueles com autonomia reduzida. O princípio do respeito das pessoas se dividiria, portanto, em duas

exigências morais distintas que consistem em reconhecer a autonomia e proteger os que têm a capacidade de autonomia diminuída⁸⁰.

Interessante, nesse contexto de respeito a autonomia dos indivíduos, a relação que Engelhardt estabelece entre autonomia e o “direito de ser deixado em paz”, afirmando que os indivíduos devem ter segurança em seu corpo contra o toque não autorizado de outras pessoas, haja vista serem humanos de idade adulta, que tem o direito de determinar o que será feito com o seu próprio corpo. No entanto, o autor institui, como limites a implementação deste direito, a ressalva de que devem existir dois requisitos fundamentais: mente sadia e idade adulta⁸¹.

No âmbito das *cracolândias*, em que quase todos os indivíduos encontram-se dependentes da droga, bem como acometidos por intempéries decorrentes da situação de rua, é importante questionar o requisito fundamental de “mente sadia”. Isto porque, conforme será abordado, a dependência química tem o condão de prejudicar a saúde física e mental do indivíduo, interferindo, em casos mais graves, na autonomia do paciente.

“Nesse contexto – *cracolândias* –, questões filosóficas muito antigas, como o determinismo e a liberdade, se recolocam de uma maneira nova, diante de acontecimentos que exigem o reexame de certas evidências”⁸². Estes conflitos devem levar em consideração não apenas a autonomia do dependente, mas também a(s) sua(s) vulnerabilidade(s), tendo como objetivo a sua proteção.

Conforme se analisará mais adiante, no caso concreto, “a autonomia não é uma realidade que cada um possui como natural e realizada desde o início, ou então que é capaz de se realizar de qualquer modo, isto é, prescindindo das escolhas que a pessoa faz”⁸³. Por isso, necessário que seja avaliada a decisão dos indivíduos no tocante ao abuso de drogas, o que permite, em algumas circunstâncias, mitigar ou desconsiderar a autonomia para que seja assegurado um tratamento adequado ao dependente químico, o que será demonstrado ao longo do texto.

⁸⁰ ZUBEN, Newton Aquiles Von. op. cit., p. 71.

⁸¹ ENGELHARDT JR., H. Tristram. *Fundamentos da Bioética*. 2 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004, p. 366/368.

⁸² ATLAN, Henri. *A ciência é inumana?* Ensaio sobre a livre necessidade. São Paulo: Cortez, 2004, p. 83.

⁸³ ZUCCARO, Cataldo. *Bioética e valores no pós-moderno*. São Paulo: Edições Loyola, 2007, p. 137.

2.3.2 Não maleficência

A não-maleficência se traduz como o dever de não provocar mal ao outro, sendo incorporado na área médica como a obrigação do médico de não causar (intencionalmente) danos ao paciente. Sua importância está associada ao iminente risco inerente a vários procedimentos da medicina, pois quase toda intervenção (diagnóstica, terapêutica ou cirúrgica) está atrelada a possíveis danos⁸⁴.

O princípio da não-maleficência se traduz na máxima de não causar o mal ao outro intencionalmente. Assemelha-se assim ao princípio da beneficência, o qual impõe prestações positivas no sentido de assegurar que o indivíduo não venha a sofrer dano. “Determina o não infligir qualquer mal intencionalmente dele decorre a regra de fidelidade, entendida como a obrigatoriedade de manter as promessas e, a limite, (...) de procurar sempre o bem da pessoa”⁸⁵. Por serem muito próximos, há quem critique a diferenciação entre a não-maleficência e a beneficência, considerando o primeiro como desdobramento da obrigação de fazer o bem ao próximo.

Neste sentido, Marco Segre afirma que a beneficência e a não-maleficência são deveras semelhantes, e considera pouco úteis as propostas de diferenciação entre fazer o bem e não fazer o mal. Na opinião deste autor, seriam meras tentativas de delimitar formalmente as responsabilidades médicas determinando o limite de atuação ou omissão do médico, o qual não seria punido quando cabia apenas não fazer o mal, e o seria, em outro momento, quando sua obrigação era a de fazer o bem, acarretando-lhe maior exigência. As diferenças entre não fazer o mal e fazer o bem, para este autor, seriam apenas acadêmicas, dependendo de interpretações e divagações⁸⁶.

2.3.3 Beneficência

A beneficência se refere a maximizar o positivo para os sujeitos e em conseguir a excelência na ação, sendo especialmente aplicado no âmbito das populações

⁸⁴ KIPPER, Délio José; op. cit., p.119.

⁸⁵ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. op. cit., p. 85/86.

⁸⁶ SEGRE, Marco. Considerações críticas sobre os princípios da bioética. In: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Orgs.). *Bioética*. 3. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008, p. 36.

vulneráveis como forma de atenuar esta situação⁸⁷. Em certa medida, é o que pretende este trabalho quando visa, conforme será visto adiante, mitigar as vulnerabilidades coexistentes na situação de dependência química associada à situação de rua.

A beneficência, no âmbito da Medicina, gozou de primazia entre os demais princípios, sendo consideradas éticas uma série de condutas que prezavam pelo bem do paciente. Assim, legitimavam-se os meios em prol da busca por determinado fim. No entanto alguns fatores impuseram limites à esta realidade, quais sejam: a necessidade de ponderar a respeito do que significa “bem”; a não aceitação do paternalismo associado à beneficência; o crescimento da importância do respeito à autonomia do paciente e, as novas dimensões de justiça que despontaram no campo da saúde⁸⁸.

Guy Durand, contemplando as múltiplas abordagens da beneficência, afirma que esta pode ser, ao mesmo tempo, um dever, uma virtude, um princípio e um valor. “A palavra dever designando diretamente a obrigação moral ou a norma; a virtude, a atitude anterior; o princípio, a inspiração e a legitimação; o valor, uma espécie de objetivo a ser atingido”⁸⁹.

O princípio da beneficência refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros. “Muitos atos da beneficência não são obrigatórios, mas um princípio da beneficência afirma a obrigação de ajudar outras pessoas promovendo seus interesses legítimos e importantes”⁹⁰.

Importante destacar que este princípio não se confunde com autoritarismo, tampouco com o livre arbítrio do médico para tomar qualquer decisão. A análise das decisões médicas que ferem a autodeterminação dos pacientes, atingindo-lhes em

⁸⁷ STEPKE, Fernando Lolas. op. cit., p. 89.

⁸⁸ CORREIA, Francisco de Assis. Alguns desafios atuais da bioética In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus, 1996, p. 40.

⁸⁹ DURAND, Guy. op. cit., p. 162.

⁹⁰ DANTAS, Ivo. Constituição e bioética (breves e curtas notas) In: SARLET, Ingo Wolfgang; LEITE, George Salomão (Orgs.). *Direitos fundamentais e biotecnologia*. São Paulo: Método, 2008, p. 118.

sua dignidade, pode concluir pela responsabilização civil e criminal do médico quando comete ilegalidades supostamente em prol do bem dos pacientes⁹¹.

Neste sentido, Engelhardt Jr. tece importante consideração acerca da beneficência afirmando que este princípio recebe distintas interpretações do que deve ser considerado fazer o bem, sendo a mais comum delas a de “fazer aos outros o que queremos que façam a nós”. No entanto, esta interpretação dá margem a imposições tirânicas de uma visão particular do que seria uma vida boa. O autor entende que a utilização adequada do princípio se daria a partir da máxima “faça aos outros o bem deles”, reconhecendo que qualquer conversa sobre o melhor interesse dos outros pressupõe um julgamento particular sobre o que constitui esse melhor interesse⁹².

Importante, pois, construir uma visão individualizada da saúde sem conectá-la com a perspectiva de liberdade individual do sujeito. É fundamental para isso reconhecer os “parâmetros estabelecidos por cada um, de acordo com a própria crença, experiências de vida, valores, enfim, com a concepção do que seja bom para si mesmo”⁹³.

2.3.4 Justiça

O princípio da justiça corresponde aos benefícios e/ou responsabilidades dos indivíduos em sociedade. Tem íntima relação com o conceito de distributivismo, uma vez que fomenta a ideia de atribuir às pessoas aquilo que lhes corresponde ou que lhes seria devido⁹⁴.

Com uma incontestada influência do utilitarismo⁹⁵, que visa maximizar o bem global, este princípio “requer uma repartição equânime dos benefícios e dos ônus, para evitar discriminações e injustiças nas políticas e nas intervenções sanitárias”⁹⁶.

⁹¹ Judith Martins Costa traz como exemplo a decisão do médico de submeter a paciente à cirurgia de laqueadura de trompas, impedindo-a de (novamente) engravidar sem que esta manifeste autorização e/ou consentimento. (COSTA, Judith Martins. op. cit., p. 302).

⁹² ENGELHARDT JR., H. Tristam. op. cit., p. 145-146.

⁹³ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. op. cit., p. 86.

⁹⁴ FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. op. cit., p. 132-138.

⁹⁵ Doutrina que vê no útil o valor supremo da vida; doutrina moral que coloca como fundamento das ações humanas a busca egoística do prazer individual, do que deverá resultar mais felicidade para maior número de pessoas, pois se admite a possibilidade de um equilíbrio racional entre os interesses individuais; teoria que considera à boa ação ou à boa regra de conduta caracterizável

Para que esta repartição, em tese, equânime seja possível, algumas pessoas são marginalizadas pelo sistema em prol de um bem comum. “O indiscutível mérito do utilitarismo na maximização do bem geral do maior número de pessoas é alcançado através do sacrifício do bem-estar mais elementar de algumas poucas pessoas”⁹⁷.

A partir dessa premissa desabrocha a questão da falta de parâmetros para aferir o que seria devido a cada um, havendo várias formulações que são aceitas como balizas para a distribuição de direitos e deveres aos indivíduos. Estas podem ser resumidas nas seguintes sentenças: 1. A cada pessoa, uma cota e uma oportunidade; 2. A cada pessoa, de acordo com a necessidade individual; 3. A cada pessoa de acordo com o esforço individual; 4. A cada pessoa, de acordo com a contribuição social; 5. A cada pessoa, de acordo com o mérito⁹⁸. A partir destes parâmetros seria distribuído o quanto deve ser destinado a cada indivíduo.

O princípio da justiça, a partir dessas premissas, costuma ser interpretado como equidade, na medida em que os bens e males deveriam ser distribuídos de forma igualitária entre as pessoas. No entanto, não se pode olvidar de que fazer justiça significa compensar as desigualdades, tratando os semelhantes de modo igual e os dessemelhantes de modo diferente para, assim, equalizar os bens e males de cada um⁹⁹.

A bioética tangencia a noção de justiça principalmente no âmbito da justiça sanitária – tema contextualizado às realidades dos países em subdesenvolvidos – que se relaciona com o acesso aos serviços básicos de saúde e a implementação de políticas públicas. A justiça, nesta perspectiva, extrapola os limites de mero princípio para se tornar o grande desafio atual das sociedades em desenvolvimento¹⁰⁰.

Isto porque, na medida em que a justiça se aproxima da equidade de acesso aos mesmos objetos, a política pública passa a ter o desafio de uniformizar a

pela utilidade e pelo prazer que podem proporcionar a um indivíduo e, em extensão, a coletividade, na suposição de uma complementariedade entre a satisfação pessoal e coletiva; doutrina que coloca a utilidade ou o interesse como valor supremo da ação moral, admitindo como útil tudo que serve ávida e a sua conservação, mediante um acréscimo de felicidade (satisfação) e bem estar.

⁹⁶ BELLINO, Francesco. op. cit., p. 199.

⁹⁷ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. op. cit., p. 75.

⁹⁸ ALMEIDA, Marcos de. op. cit., p. 58-59.

⁹⁹ STEPKE, Fernando Lolas. op. cit., p. 90.

¹⁰⁰ LEGARDA, Germán Calderón. op. cit., p. 334.

realidade material e formal dos cidadãos a partir de medidas efetivas para alcançarem o seu objetivo de assegurar a justiça¹⁰¹.

Nesse sentido, importante reconhecer que o pressuposto da defesa da vulnerabilidade tem íntima relação com o princípio da justiça, o qual define a equidade como sendo um dos pilares da ética e assistência em saúde. Esta relação tem fundamento na ética aristotélica, a qual preconiza que ser justo significa tratar os iguais como iguais e os diferentes como diferentes na justa medida de sua desigualdade¹⁰², reconhecendo assim as suas vulnerabilidades e vulnerações.

Embora a justiça esteja geralmente associada à noção de equidade, propondo uma divisão equânime entre os riscos e benefícios entre os seres humanos, refletindo-se na justa distribuição dos recursos no âmbito da saúde, “isto não se traduz em tratar a todos de modo igual, pois são diferentes as situações clínicas e sociais, mas os valores essenciais e constitucionais como a vida, o respeito e a dignidade da pessoa humana devem sempre prevalecer”¹⁰³.

A partir desta necessidade de reconhecer os limites, as diferenças e as vulnerabilidades de cada um no caso concreto, este trabalho passa a delimitar de forma mais específica o recorte adotado na pesquisa. Isto porque não é plausível considerar como iguais todos os dependentes em substâncias psicoativas, os quais merecerem atenção e tratamento adequados ao seu modo de uso e de vida. Por isso, fundamental reconhecer a extrema vulnerabilidade que difere (e vincula) aqueles dependentes residentes nas *cracolândias*, os quais serão delimitados como objeto do presente estudo pelas razões expostas e debatidas no capítulo seguinte.

¹⁰¹ ZANCANARO, Lourenço. Bioética, Direitos Humanos e Vulnerabilidade. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007, p. 55.

¹⁰² RIBEIRO, Cléa Regina de Oliveira. op. cit., p. 05.

¹⁰³ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; BAÊTA, Heloísa Maria Coelho. Princípio da justiça e doação de órgãos e tecidos. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira (Orgs.) *Bioética, Biodireito e o novo Código Civil de 2002*. Belo Horizonte: DelRey, 2004, p. 94.

3 REALIDADE DAS CRACOLÂNDIAS

É fundamental para a compreensão do presente trabalho que sejam delimitadas as hipóteses em que a internação compulsória deve ser admitida. Isso porque, o usuário de drogas pode estar compreendido em uma série de hipóteses de uso, sendo a mais gravosa equivalente à dependência química. A dependência associada à situação de rua que caracteriza a *cracolândia* tem o condão de produzir e/ou agravar uma série de riscos ao organismo do sujeito, potencializando a sua “probabilidade de ser ferido”¹⁰⁴.

Estes sujeitos são afetados por múltiplas vulnerabilidades, sendo a dependência química a mais evidente delas. Para melhor compreender o espaço conhecido como *cracolândia* é necessário analisar brevemente o papel das drogas, tanto na perspectiva do indivíduo quanto, macroscopicamente, o seu papel na sociedade, dando ênfase ao uso/abuso de crack.

Os indivíduos que residem em *cracolândias* acumulam riscos e danos decorrentes da situação que experimentam nos espaços públicos. Fazem o uso do crack de forma exposta e se colocam em risco de morte aparente, o que se dá não apenas pelo uso da droga como pelos infortúnios inerentes à vida na rua. A partir do momento que o uso compulsivo se dá em vias públicas e que a situação de risco iminente de morte é observada pelos entes estatais responsáveis por protegê-los e assegurar-lhes direitos, estes são convocados a tomarem uma atitude protetiva com o fim de promover o tratamento terapêutico deste grupo.

Embora tratar a dependência química não signifique necessariamente internar o paciente – o que não se apresenta como melhor hipótese de tratamento – esta possibilidade não deve ser descartada *prima facie*, tendo em vista que em alguns casos é o primeiro passo na luta contra a doença, conforme será visto adiante.

Para concretizar a internação deste indivíduo debilitado e que revela uma vulnerabilidade acrescida, muitas vezes é preciso desconsiderar sua capacidade de

¹⁰⁴ A expressão “possibilidade de ser ferido” foi destacada pois refere-se à base etimológica do termo vulnerabilidade a qual advém do verbo latino “ferir”.

decisão, considerando-o não-autônomo, Sendo a internação contra sua vontade, não uma atitude meramente paternalista ou tampouco arbitrária, mas como sendo, em alguns casos, a única possibilidade de resgate do sujeito.

3.1 BREVE ANÁLISE DAS DROGAS

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1981, definiu droga como qualquer entidade química ou mistura de substâncias que alteram a função biológica. Em outras palavras, seria qualquer substância capaz de modificar a função de organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento¹⁰⁵.

As drogas são substâncias naturais ou sintéticas que, ao penetrarem no organismo humano sob qualquer forma – ingeridas, injetadas, inaladas ou absorvidas pela pele – alteram as suas funções. Este termo é utilizado, inclusive, em referências as substâncias naturais, como por exemplo o café e o açúcar, bem como aos fármacos prescritos pelos médicos e também às substâncias ilícitas.

Já os psicotrópicos incluem toda e qualquer substância que age no sistema nervoso central, modificando seu funcionamento, alterando os sentidos, o humor, afetos, pensamentos, memória ou o comportamento. “Modificações essas que podem variar de estímulo leve, como o provocado por uma xícara de café, até alterações mais intensas na percepção do tempo, do espaço, ou do próprio corpo, como as que podem ser desencadeadas por ecstasy”¹⁰⁶.

Assim, enquanto o vocábulo droga apresenta sentido mais largo, abrangendo uma série compostos bioquímicos que causam alteração do comportamento dos tecidos e sistemas do corpo, o termo substância psicoativa (ou psicotrópico) se atém especificamente aos fármacos que despertam modificações nos processos mentais do usuário. Portanto, as drogas, em sua acepção genérica, podem afetar o

¹⁰⁵ World Health Organization (WHO). *Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems*: a WHO memorandum. Bull World Health Organ 1981. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396054/> Acesso em: 15 jul. 2014

¹⁰⁶ SIMÕES, Júlio Assis. Prefácio. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs.) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, p. 14.

funcionamento dos diversos órgãos do corpo humano, enquanto os psicotrópicos atuam no sistema nervoso central¹⁰⁷.

De acordo com o processo de atuação no sistema nervoso, as substâncias psicoativas se classificam em: depressoras, perturbadoras ou estimulantes. As drogas estimulantes da atividade do sistema nervoso central aumentam a atividade do cérebro. Este grupo incluiu a nicotina, as anfetaminas, a cafeína, a cocaína, e conseqüentemente o crack.

É importante aqui ressaltar que todas as substâncias psicotrópicas têm o potencial de produzir efeitos terapêuticos e colaterais. Isso significa que “os psicofármacos prescritos não produzem somente efeitos benéficos, e as drogas ilícitas somente efeitos adversos, maléficos”¹⁰⁸. A escolha do uso de uma determinada substância perpassa, assim, “uma opção consciente por algo que seu autor saiba que faz mal, mas que traz outros benefícios ou prazeres que lhe são agregados”¹⁰⁹.

É ao foro interno de cada um que incumbe decidir se o remédio é adequado à doença, pior do que ela ou porventura origem até da própria doença. Os gregos batizaram as drogas com o termo *phármakon*, que significa ao mesmo tempo remédio e veneno. Depende, pois, do conhecimento, da ocasião e do indivíduo que um se transforma no outro. É do ser humano e de modo nenhum das drogas, que depende o remediarem ou estragarem¹¹⁰.

Em regra, grande parte das substâncias psicoativas têm potencialidade para causar a dependência química, embora algumas tenham maior potencial do que outras. Isto porque, as diversas substâncias psicotrópicas existentes são capazes de provocar variadas reações, sendo a dependência atrelada às denominadas drogas

¹⁰⁷ BARRETO NETO, Heráclito Mota. *Reflexos da bioética sobre o tratamento jurídico do uso de drogas no Brasil: autonomia x paternalismo*. 2014. 159 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014, p. 21.

¹⁰⁸ RODRIGUES, Sandro Eduardo. Experiências psicotrópicas proscritas: o fora-eixo. In: LOPES, Lucília Elias; BATISTA, Vera Malaguti (Orgs.). *Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2014, p. 79.

¹⁰⁹ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. op. cit., p. 332.

¹¹⁰ ESCOHOTADO, Antonio. *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona, 2004, p. 20.

de abuso, que tem maior probabilidade de desencadear autoadministração repetida compulsivamente¹¹¹.

No entanto, outros aspectos devem ser observados no diagnóstico e conseqüentemente no tratamento dos pacientes acometidos pela dependência, conforme se verá adiante. Não basta o olhar sobre as substâncias e suas potencialidades, necessário uma análise tridimensional que leva em conta também, as particularidades do sujeito e do contexto que se insere o uso. Isto porque a História nos mostra que a presença de drogas é inerente à sociedade, sem que representasse, muitas vezes, qualquer tipo de ameaça ou problema.

Não há registro de sociedade a qual tenha se desenvolvido sem recorrer a alguma(s) droga(s), utilizando-as para fins diferentes, em conformidade com o campo de atividades na qual se coloca. O consumo de drogas é inerente a condição humana, estando relacionada ao desejo do homem de alterar o seu estado de consciência, explorar as emoções, melhorar o estado de espírito, promover a interação em seu meio social... Assim, o ser humano tem se deixado perseguir por um tentador desejo de "consertar" a realidade e de lidar com sua mortalidade, recorrendo, com isso, ao uso de alguma substância classificada como droga.

Sendo assim, "(...) a função das adições consiste em neutralizar uma carência, diminuir uma ansiedade, devolver uma esperança, reoutorgar as forças perdidas ou a ilusão de tê-las reencontrado"¹¹². Esta afirmação de Eduardo Kalina reflete, em parte, o que representa a droga para muitos dos indivíduos em situação de rua que optam por fazer uso de crack.

Além disso, associa-se a droga com a busca pelo prazer, sendo um dos métodos que os seres humanos utilizam com intuito de buscar a felicidade e afastar-se daquilo que lhe provoca desprazer/desconforto. Esta relação entre uso de drogas e busca do prazer não escapou a Freud, o qual considerava a intoxicação por narcóticos como forma de impedir a percepção dos estímulos desagradáveis¹¹³.

¹¹¹ BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Tratamento da Dependência de Crack, álcool, e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. Brasília, 2012, p. 21

¹¹² KALINA, Eduardo. *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1999, p. 116

¹¹³ GURFINKEL, Decio. *A Pulsão e seu Objeto-Droga: Estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis: Editora Vozes, 1996, p. 60.

O problema das drogas não é exclusivo do nosso século, existindo registros de uso de drogas desde os primórdios da humanidade, inseridas nos mais diversos contextos, devendo ser considerado como um fenômeno especificamente humano, isto é, um fenômeno cultural. Apesar disso, é inconteste que no século XX as drogas se tornaram problema psicossocial, seja pela “guerra as drogas”, seja pela efetiva disseminação problemática. O que fez com que a sociedade (mundial) refletisse em busca de soluções que amenizassem os efeitos deste crescimento incontrolável¹¹⁴.

Existem muitos grupos de drogas e vários tipos de uso, sendo que este uso pode se instaurar desde uma maneira inofensiva (e não condenável pela sociedade) até padrões disfuncionais que põem em risco os indivíduos na medida em que desencadeiam prejuízos de cunho biológico e social. Apesar da atual construção social que gira em torno da droga, estabelecendo-a sempre como mal, em contraposição à abstinência benéfica, o mundo nem sempre viu a questão das drogas a partir desta perspectiva.

A prova disso é que muitas das substâncias ilícitas outrora foram comercializadas em farmácias como remédios, algumas não apresentavam sequer a necessidade de prévia consulta ao médico, como por exemplo os dropes de cocaína para dor de dentes (1885), populares inclusive entre as crianças ou a heroína vendida como substituto não viciante da morfina e remédio contra tosse (1890).

As distinções entre drogas e medicamentos surgem no início do século XX, quando se recrudesciu a postura de repressão do uso de substâncias psicoativas. Descobertas acerca dos malefícios e dos efeitos indesejados de algumas substâncias – aliadas a pressão norte americana no combate às drogas – impuseram restrições ao uso terapêutico e desencadearam a proibição de diversas substâncias¹¹⁵.

Após uma série de eventos históricos, como por exemplo o uso inadequado e adulteração dos derivados de ópio na Inglaterra, bem como pelo avanço da pesquisa científica que já associava a dependência química como efeito colateral dos

¹¹⁴ COSTA, Priscila Fernandes. Aspectos legais do consumo. In: BUCHER, Richard (Org.). *As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo: Cordato - Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos/EPU, 1988, p. 39.

¹¹⁵ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa. *Experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica: dispositivos para o cuidado integral do usuário*. Fortaleza: EdUECE, 2013, p. 59.

“remédios”, iniciaram-se os questionamentos acerca da utilização livre dessas substâncias¹¹⁶. A partir de então, uma vasta gama de produtos utilizados pela medicina, inclusive sem receituário, tornaram-se um problema.

Nas primeiras décadas do século XX observou-se a consolidação, no mundo, dos movimentos conhecidos como temperança, a qual buscava a erradicação do vício em drogas. Iniciaram-se assim as proibições referentes ao ópio na Califórnia, a partir da qual se seguiram com relação a outras substâncias psicoativas, culminando com a aprovação da Lei Seca¹¹⁷, em 1919, nos Estados Unidos¹¹⁸, o que funcionou como marco da política de “Guerra às Drogas”

Não é necessário discorrer aqui sobre todo o panorama mundial que culminou e fomentou a Guerra às Drogas, importando apenas destacar, a partir das breves nuances históricas apresentadas, que a consequência imediata do movimento foi a intervenção estatal no sentido de acabar com a produção, o consumo e o tráfico de drogas, o que tem como medida primeira a proibição das substâncias, tornando-as ilegais.

O proibicionismo se apresenta como uma técnica efetiva de exercer o controle sobre a questão das drogas, permitindo ao mesmo tempo disciplinar a prática médica – intervindo em condutas profissionais e em práticas de automedicação ou livre de intoxicação dos indivíduos – e vigiar uma parcela considerável da sociedade que deve ser controlada, revistada, observada de perto, confinada e classificada como usuário ou traficante, sendo ambos relegados ao espaço da ilicitude¹¹⁹.

¹¹⁶ FONSECA, Eliza Massard; BASTOS, Francisco Inácio. Os tratados internacionais Antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 17.

¹¹⁷ Em 16 de janeiro de 1919 era ratificada a 18ª Emenda, com a seguinte provisão: "Nenhuma pessoa poderá, na data ou depois da data em que entrar em vigor a 18ª Emenda à Constituição dos Estados Unidos, fabricar, vender, trocar, transportar, importar, exportar, distribuir, entregar ou possuir qualquer bebida intoxicante, exceto aquelas autorizadas por este ato". A proibição durou até o dia 5 de dezembro de 1933.

¹¹⁸ CORREIA JÚNIOR, Rubens; VENTURA; Carla Aparecida Arena. As interações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira: uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, janeiro/junho de 2013, p. 258.

¹¹⁹ RODRIGUES, Thiago. Tráfico, Guerra, Proibição. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs.) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 98.

A Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, promulgada no Brasil por meio do Decreto nº 54.216, lançou as bases da proibição e do combate a algumas drogas que foram definidas como objeto da máxima atenção. Assim, a comunidade internacional definiu as diretrizes que conduziria as convenções subsequentes, as quais ocorreram nos anos de 1971 e 1988¹²⁰.

As drogas, a partir desse marco, passaram a ser mais claramente distinguidas entre lícitas e ilícitas, apesar de não serem necessariamente elementos patológicos dentro de uma sociedade, mesmo aquelas que foram definidas como ilícitas. O problema decorre, pois, do uso desmesurado de drogas que terminam por ocasionar consequências drásticas no âmbito individual e social¹²¹.

Isto porque, existem indivíduos que utilizam a droga de maneira eventual não se justificando, nestes casos, que sejam adotadas medidas compulsórias para limitar a autonomia destes sujeitos, haja vista que estes se apresentam num estágio que não interfere na sua capacidade de “autodeterminação”.

Interessante ressaltar a definição de Howard Becker que entende como usuário controlado aquele que não está usando a droga o tempo todo. Seu uso é planejado a partir do que este considera apropriado em certas ocasiões. A própria existência desse planejamento lhe permite assegurar a si mesmo que controla a droga, e ela torna-se um símbolo da inocuidade da prática. “Ele não se considera um escravo da droga porque é capaz de ater a seu plano – e se além fato de haver ocasiões em que, a principio, ele não usa droga, pode lhe servir como um a prova para si mesmo de sua liberdade com relação a ela.”¹²²

Em muitos casos, o uso de drogas ultrapassa essa noção de intermitência para se tornar uma situação de falta de controle, o que acarreta consequências negativas. Neste sentido Liliana Basso Musso afirma que “el momento del reconocimiento de la adicción está relacionado, con el momento en que la droga deja de producir

¹²⁰ PRADO, Daniel Nicory do. *Crítica ao controle penal das drogas ilícitas*. Salvador: JusPodivm, 2013, p. 21.

¹²¹ FERREIRA, Pedro Luciano Evangelista. Os programas de redução de danos (PRD's) e a política criminal de drogas no Brasil. *Revista Discursos Sediciosos – crime, direito e sociedade*. Rio de Janeiro, ano 15, n. 17/18, 2010. Editora Revan, p. 306.

¹²² BECKER, Howard Saul. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: ZAHAR, 2008, p. 84.

episodios placenteros y gratificantes y estos efectos experimentados vivencialmente, tienen consecuencias negativas”¹²³.

As consequências positivas variam da entre a cura e a recreação, perpassando eventos místicos e confraternizações. Já as consequências negativas diferem a depender da substância utilizada e do modo de uso. Adiante serão estudadas mais detidamente aquelas relacionadas diretamente ao abuso do crack.

A gama de drogas está longe de esgotar-se. O Relatório Mundial Sobre Drogas¹²⁴ publicado em 26 de junho de 2013, apontou uma redução do uso de drogas tradicionais e um aumento significativo do consumo de novas substâncias psicoativas ainda desconhecidas e não submetidas a um controle internacional.

Tal como existiram sempre, em toda parte, e a julgar pela atualidade (em que as drogas se multiplicam e se disseminam velozmente, amanhã haverá mais do que ontem, não sendo uma alternativa coerente imaginar um mundo sem elas. A alternativa é instruir sobre o seu emprego correto ou demonizá-lo indiscriminadamente, semeando o conhecimento ou semear a ignorância¹²⁵. Para o melhor entendimento da questão das drogas é fundamental o conhecimento dos significados jurídicos e culturais que são necessários para a compreensão do objeto de investigação epidemiológico e, conseqüentemente, para uma melhor percepção do estado de dependência química¹²⁶.

¹²³MUSSO, Liliana Basso. La vivencia de la dependência em un consumidor de drogas psicoactivas. *Índice Enferm.* v.20 n.1-2 Granada jan.-jun. 2011. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100013&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2014.

¹²⁴UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Relatório Mundial sobre Drogas 2013 observa a estabilidade no uso de drogas tradicionais e aponta o aumento alarmante de novas substâncias psicoativas. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-points-to-alarming-rise-in-new-psychoactive-substances.html>. Acesso em: 10 nov. 2014.

¹²⁵ESCOHOTADO, Antonio. op. cit., p. 20.

¹²⁶MEDINA, Maria Guadalupe; SANTOS, Darci Neves do; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Epidemiologia do consumo de substancias psicoativas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Cooperação Brasil – União Européia, 2002, p. 19-20.

3.2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Em 1976, Griffith Edwards e Milton Gross propuseram pela primeira vez o consumo exagerado de uma substância como síndrome, se referindo ao abuso do álcool. Assim, definiram a Síndrome de Dependência de Álcool (DAS). Em 1977, a OMS passou a rever os conceitos e definições existentes, considerando não só a dependência de álcool como o uso abusivo de outras drogas como um problema social e uma doença, também admitindo como ideia de síndrome com relação a outras substâncias. Nos anos de 1980, a Saúde Pública passou por uma reformulação assumindo programas de combate à dependência, com caráter primário e epidemiológico, pois era crescente o número de casos de pacientes alcoolistas, com tuberculose, envolvidos em acidentes de trânsito, detidos ou internados, todos em situação de uso abusivo¹²⁷.

As pesquisas do início da década de 80 elencavam 3 tipos de padrões de consumo, quais sejam: a) Consumo experimental – o mais comumente encontrado, associado à experimentação de jovens ou adultos por curiosidade ou pressão do grupo; b) Consumo ocasional – aquele intermitente que não chega a transgredir importantes normas sociais para obtenção do suprimimento, no qual a frequência varia de dias ocasionais de festa até alguns dias na semana, não se constituindo dependência; c) Farmacodependência – não está mais vinculada ao prazer de utilização da droga, estando relacionado com o comportamento compulsivo associado ao mal estar do dependente¹²⁸.

Já as pesquisas atuais no Brasil, a partir das informações apresentadas pelo Ministério da Justiça, apontam os seguintes moldes de uso a seguir apresentados: 1) uso experimental - os primeiros poucos episódios de uso de uma droga específica, extremamente infrequentes ou não persistentes; 2) uso recreacional - uso de uma droga, em geral ilícita, em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações com dependência e outros problemas relacionados, embora haja os que discordem,

¹²⁷MOREIRA, Leonardo Gomes. Conceitos gerais de dependência, uso abusivo, intoxicação e abstinência. In: COSTA, Ilenozídeo da (org.). *Dimensões e Desafios do Enfrentamento do Crack e Outras Drogas*. Brasília, Universidade de Brasília, 2012, p. 104-105.

¹²⁸TANCREDI, Francisco Bernardini. As toxicomanias do ponto de vista de Medicina e Saúde Pública. In: AMAURI, Tonucci Sanchez. *Drogas e Drogados: O indivíduo a família e a sociedade*. São Paulo: EPU, 1982, p. 10-11.

opinando que, no caso de droga ilícita, não seja possível este padrão devido às implicações legais relacionadas; 3) uso ocasional - a pessoa usa eventualmente a droga em situações específicas e pontuais; 4) uso social - pode ser entendido, de forma literal, como uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável, mas também é usado de forma imprecisa querendo indicar os padrões acima definidos; 5) uso regular (habitual) - refere-se à manutenção de um uso regular, não compulsivo e que não interfere com o funcionamento habitual do indivíduo. Termo também controverso, pois se questiona se determinadas substâncias permitem tal padrão; 6) uso nocivo - o termo é utilizado como aquele que resulta em dano físico ou mental; 7) uso abusivo/problemático - o termo “abuso”, definido de forma mais precisa e considerando também consequências sociais de um uso problemático, na ausência de compulsividade e fenômenos como tolerância e abstinência¹²⁹; 8) drogadição/síndrome de dependência, o qual será apresentado mais detidamente a seguir.

O passo entre abuso e vício, refletido nos conceitos supramencionados, tem íntima relação com a compulsão que o indivíduo sente pela substância, a qual pode ser inexistente ou muito baixa no padrão experimental (quando o indivíduo pode sequer voltar a ter contato com a droga) até atingir padrões de completo descontrole em casos graves de dependência.

Se a pessoa gasta maior parte do seu tempo para obter, usar, ou pensar na droga; quando, apesar das consequências negativas a sua saúde, mentais ou físicas, a pessoa continua a usá-la; quando após a suspensão, o consumidor ainda tem tendência a recomeçar o uso – a isso se chama vício¹³⁰. O consumidor perde,

¹²⁹ BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Informações sobre drogas*. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11251&rastro=INFO_RMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Padr%C3%B5es+de+uso. Acesso em: 23 nov. 2014.

¹³⁰ Convém ressaltar que embora atualmente seja condenável o uso do termo vício ou viciado, em contraposição à correta denominação de dependente químico, aqui se utiliza a expressão vício com a intenção de não tornar repetitivo a utilização da expressão dependente químico, bem como para utilizar expressão mais fidedigna aos termos adotados pelos autores citados, não havendo qualquer cunho negativo ou estigmatizador na sua utilização.

então, o controle do uso da droga e a substância torna-se a coisa mais importante da sua vida¹³¹.

A dependência química está atrelada a uma doença representada pelo CID 10, que se refere aos “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas”. As subdivisões associadas a doença se referem a uma maior ou menor gravidade do quadro clínico, tendo em vista que os paciente apresentam gravidade variável e, por isso, sintomatologia diversa, compreendendo: Intoxicação aguda; Uso nocivo para a saúde; Síndrome de dependência; Síndrome [estado] de abstinência; Síndrome de abstinência com delirium; Transtorno psicótico; Síndrome amnésica; Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia; Outros transtornos mentais ou comportamentais e Transtorno mental ou comportamental não especificado.

Dentre estes quadros, que estão englobados pela Classificação Internacional de Doenças pelo código CID 10, tendo em vista terem em comum o uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, merece destaque a caracterização da síndrome da dependência, a qual se define como o conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, a dificuldade de controlar o consumo, a utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física¹³².

As classificações do DSM-IV¹³³ e o CID-10 têm critérios similares para dependência química¹³⁴. O diagnóstico da síndrome da dependência é feito, a partir

¹³¹ INABA, Darryl; COHEN, Willian. *Drogas: Estimulantes, Depressores, Alucinógenos – Efeitos físicos e mentais das drogas psicoativas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991, p. 216.

¹³² BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. F10 - F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm. Acesso em: 13 ago. 2014.

¹³³ Critérios para dependência de substâncias com base no DSM-IV. Além de um padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo durante qualquer tempo, num período de 12 meses: 1. Tolerância, definida por um dos seguintes critérios a) necessidade de quantidades nitidamente aumentadas de substâncias para atingir intoxicação ou o efeito desejado, b) efeito nitidamente diminuído com o uso contínuo da mesma quantidade da substância. 2. Abstinência, manifestada por um dos seguintes critérios a) síndrome de abstinência característica da substância

do CID 10, quando três ou mais dos seguintes critérios forem manifestados no paciente no período de um ano:

1. Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância.
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo.
3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses baixas.
5. Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou recuperar-se de seus efeitos.
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância, ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com a droga: deve-se procurar determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

Dois institutos associados a dependência química devem ser aqui conceituados para que se possa melhor compreender os problemas decorrentes da dependência química, quais sejam: a tolerância e a fissura. A tolerância é definida como um mecanismo de adaptação do organismo a determinada substância consumida de forma sistemática, a qual provoca o aumento das quantidades ingeridas pelo sujeito

b) a mesma substância (ou outra bastante parecida) é usada para aliviar ou evitar sintomas de abstinência. 3. A substância é frequentemente usada em grandes quantidades, ou por período maior do que o intencionado. 4. Um desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar a ingestão da substância. 5. Grandes períodos de tempo utilizados em atividades necessárias para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos. 6. Reduzir ou abandonar atividades sociais, recreacionais ou ocupacionais por causa do uso da substância. 7. Uso continuado da substância, apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico ou recorrente que tenha sido causado ou exacerbado pela substância.

¹³⁴ O mesmo não acontece, entretanto, com o diagnóstico de uso nocivo. Um ponto comum entre estas classificações é a impossibilidade do diagnóstico de uso nocivo em um indivíduo que atualmente preenche critérios para dependência. Por outro lado, o DSM-IV exclui o diagnóstico de uso nocivo num indivíduo que alguma vez foi dependente, enquanto a CID-10 não impede o diagnóstico posterior de uso nocivo em um indivíduo com diagnóstico de dependência no passado.

para causar o mesmo efeito experimentado pelas doses iniciais¹³⁵. Já a fissura seria um comportamento decorrente de forte desejo ou compulsão, neste estado pode-se dizer que nenhum outro objeto interessa, estando o indivíduo fissurado, única e exclusivamente preocupado em saciar o seu desejo¹³⁶.

Uma vez constatada a dependência química e suas peculiaridades, é importante examinar o paciente buscando consequências físicas associadas ao transtorno. Isto porque, a depender da substância, da frequência de uso e do tempo de uso abusivo, múltiplas e graves poderão ser as lesões do indivíduo.

As consequências físicas da dependência são há muito tempo conhecidas, e se apresentam de forma gradativa a depender do grau de comprometimento do paciente. As complicações mais associadas à doença são de natureza psicológicas e se refletem em: reações de pânico (alto níveis de ansiedade associado a reações físicas como tremores e ataque cardíaco), flashbacks (estado induzido por drogas que envolve uma recorrência da intoxicação algum tempo depois que os efeitos da drogas desaparecem, não se constitui como séria ameaça física), reações tóxicas (superdosagens que podem culminar em overdoses), psicose (perda de contato com a realidade geralmente associado a transtornos psiquiátricos), síndrome cerebral orgânica (ilusões, alucinações e ideias delirantes) e síndromes de abstinência psicoativa (resulta do decréscimo rápido na ingestão de substâncias e geralmente não envolve risco de vida a menos que o paciente prossiga num estado físico seriamente disfuncional)¹³⁷.

Existem também uma série de consequência físicas, as quais serão variáveis a depender da(s) substância(s) utilizada(s), tendo em vista que as mesmas possuem diferentes áreas de atuação tanto nos tecidos quanto no sistema nervoso, além do que são ingeridas a partir de diferentes vias de utilização o que desencadeia problemas dos mais variados. Adiante serão apresentadas as principais lesões e consequências do uso e abuso de crack, o que não será feito com as demais

¹³⁵ SGRECCIA, Elio. *Manual de Bioética II: aspectos médicos-sociais*. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014, p. 190.

¹³⁶ TIBURI, Marcia; DIAS, Andréa Costa. *Sociedade fissurada: para pensar as drogas e a banalidade do vício*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013, p. 126.

¹³⁷ SCHUCKIT, Marc. *Abuso de álcool e outras drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento*. Tradução de Ane Rose Bolner. Porto Alegre: Artes Médica, 1991, p. 289-297.

substâncias tendo em vista a vasta gama de problemas e sua impertinência com o recorte do presente estudo.

O vício em drogas deve ser visto, pois, como uma doença que agrava o grau de fragilidade e vulnerabilidade do indivíduo, expondo-o também a um maior risco de morte, a qual deve ser caracterizada pelo uso continuado de substâncias psicoativas que provocam alterações na estrutura e funcionamento do cérebro¹³⁸. Esta se apresenta como a primeira, e mais importante, vulnerabilidade do grupo ora abordado, o fato de serem dependentes químicos e terem suas funções alteradas substancialmente pelo abuso de drogas.

A dependência química se estabelece a partir do abuso de qualquer substância psicoativa quando constatados os critérios elencados pelo CID-10. No entanto a presente pesquisa não estabelece como objeto de estudo todo e qualquer dependente, dedicando-se especificamente a tratar do uso e abuso do crack. Esta droga foi escolhida pelo alto grau de devastação no organismo, pelo alarde social que se disseminou nos últimos anos, e, principalmente, por estar intimamente associada a situação de rua.

A partir dessas especificidades surgiu nos últimos anos o dilema acerca de qual seria o tratamento adequado à estes dependentes específicos que transitavam e habitavam as *cracolândias*, surgindo como resposta a internação. No entanto, as políticas públicas de internamento involuntário e compulsório se estabelecem por vezes de forma irresponsável e higienista, sem atentar para as particularidades do caso concreto e, tampouco, sem considerarem a realidade social, as necessidades, vulnerabilidade e a autonomia daqueles que vivem relações de uso e abuso do crack.

3.3 USO E ABUSO DO CRACK

Dentre as diversas drogas existentes, no âmbito desta pesquisa destaca-se o crack. Esta droga surgiu a partir do crescimento do consumo de cocaína e do aumento das políticas de repressão à sua produção e comercialização. Entre elas, a

¹³⁸ LARANJEIRA, Ronaldo. Bases do tratamento da dependência de crack. In: LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 23.

identificação e o fechamento de laboratórios de refino e a restrição à disponibilidade de solventes essenciais para a transformação da pasta base em cocaína, acontecimentos fundamentais para o surgimento desta droga ainda mais potente e rentável¹³⁹.

A espécie vegetal da qual deriva a cocaína, a *Erythroxylon*, é utilizada pelos povos andinos desde a antiguidade como estimulante e como forma de melhor lidar com os efeitos da altitude. No entanto, esta planta adquiriu importância e rentabilidade a partir da extração da cocaína. Trata-se de alcaloide muito rentável, o qual serviu como matéria prima - ao longo da história - para substâncias medicinais, estimulantes e psicotrópicas¹⁴⁰.

As propriedades anestésicas da cocaína, ainda utilizadas sob a forma de seus derivados – como a xilocaína –, foram descobertas em 1880 por Vassili von Anrep, a partir da constatação de perda da sensibilidade (e conseqüentemente da dor) após ingestão local da substância. Anrep apresentou esta substância a Freud, que passou a utilizá-la, não como anestésico, mas como estimulante, utilizando inclusive para pacientes em tratamento de fadiga, impotência e depressão¹⁴¹.

A cocaína, a partir disso passa a ser utilizada como droga psicotrópica estimulante, logo tornada ilícita. Quase cem anos depois o crack surgiu nos Estados Unidos, na década de 1980, entre grupos marginalizados e empobrecidos, sendo extraído a partir da adição de bicarbonato de sódio ou amônia ao hidrócloro de cocaína e posterior aquecimento dessa mistura.

Ou seja, o crack não é uma nova droga, mas um novo sistema de liberação da cocaína, a partir da sua base, que se cristaliza como pequenas pedras, podendo ser fumada, o que não ocorre com sua forma de pó¹⁴². Ao contrário do que foi alardeado pela mídia da época, que propagava a falsa ideia de que surgira uma nova droga, o

¹³⁹ RAUPP, Luciane Marques. *Circuitos de uso de crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre: Cotidiano, práticas e cuidado*. (2011) Tese (Doutorado) . Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2011, p. 22.

¹⁴⁰ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 19-20.

¹⁴¹ FONSECA, Eliza Massard; op. cit., p. 16

¹⁴² MOREIRA, Esdras Cabus. Padrões de consumo de crack: comentários sobre seus mitos e verdades. In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.) *Crack: Contextos, Padrões e Propósitos de uso*, Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013, p. 88.

que se extraí, na verdade, é o mesmo componente ativo da cocaína a partir de uma nova forma, prática e barata, de uso¹⁴³.

É importante destacar a via de administração da cocaína porque a depender de como a droga seja manipulada, a intensidade dos efeitos e dos riscos do seu uso se modifica. A via respiratória, a partir da modalidade de fumo, se constitui na maneira mais rápida de contato com o sistema nervoso. Além de ser mais célere, essa forma possui uma concentração de droga no sangue tão alta quanto sua ingestão venosa, no entanto, por ser uma via mais rápida de utilização, permite a aplicação de doses muito grandes e concentradas de cocaína no organismo¹⁴⁴.

O crack é uma substância que merece ênfase por se tratar de uma droga com alto poder de devastação, a qual, além de prejudicar a capacidade psicomotora do indivíduo, provoca lesões irreversíveis em órgãos vitais. Dentre estas lesões, ressaltam-se, além da iminência de overdose, complicações pulmonares e cardíacas.

Apesar da inegável interferência negativa no organismo do usuário, não se pode estabelecer com precisão qual o padrão de uso que oportuniza estas lesões, isto porque não existe consenso acerca da dose de cocaína - tampouco de *crack* - necessária para desencadear problemas sérios à saúde ou mesmo à vida do usuário. Estudos apontam que o consumo ao redor de 2-4 mg/kg por ingestão acarreta a redução discreta do fluxo coronariano e aumento da mesma magnitude na frequência cardíaca e na pressão arterial. Além da toxicidade inerente à substância, a presença concomitante de doenças nos órgãos mais afetados pela ação simpatomimética da cocaína torna seus portadores ainda mais suscetíveis à outras complicações como coronariopatias, hipertensão arterial sistêmica, aneurismas, epilepsias, dentre outras¹⁴⁵.

¹⁴³ NUÑEZ, Maria Eugênia. A chegada do crack em Salvador: quem disse que o crack traz algo de novo? In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.) *Crack: Contextos, Padrões e Propósitos de uso*, Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013, p. 136.

¹⁴⁴ ARAUJO, Tarso. *Almanaque das drogas: um guia informal para o debate racional*. São Paulo: Leya, 2012, p. 155.

¹⁴⁵ ANDRADA, Nathalia Carvalho de. Abuso e dependência: crack. In: *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo; v.58, n.2, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2014.

Associados a estas complicações, destacam-se uma série de problemas pulmonares entre os usuários de crack atendidos pelo sistema de saúde, conforme revela pesquisa recente realizada na Pensilvânia, sendo os mais comuns: edema pulmonar, hipersensibilidade a pneumonia, bronquiospasma e hemorragia alveolar¹⁴⁶.

Já no que tange aos efeitos psicológicos podem ser enumerados quatro principais quadros: ansiedade e raiva; medo; alucinações e solidão¹⁴⁷. Os dependentes em estado grave costumam apresentar quadros tão agudos que em várias ocasiões conduzem o paciente, inclusive, à tentativas de suicídio.

No entanto, engana-se quem entende que o único padrão de uso do crack é aquele alardeado pela mídia que o coloca na posição de eterno vilão, chegando a associar o uso do crack a dois caminhos “sem volta”: cadeia ou caixão¹⁴⁸. Este *slogan* é fruto da tendência das campanhas de prevenção ao associar as drogas sempre a comportamentos negativos, utilizando-se de distorções e exageros para descrever o fenômeno com o intuito de chocar os potenciais consumidores e disseminar o pânico na sociedade¹⁴⁹, cujas causas e consequências serão adiante estudadas.

Esse alarde midiático não é exclusividade das manchetes sobre o crack. “O uso de drogas na sociedade brasileira assume contornos de uma discussão falaciosa, através de mitos e com forte carga de preconceito”¹⁵⁰, utilizando-se de ideias falsas e/ou deturpadas para fomentar o discurso do medo.

A questão das drogas é frequentemente explorada de maneira demagógica e sensacionalista por vários setores da sociedade, que fazem coro ao tema “guerra às drogas” promovida no Brasil, apelando-se para o pânico que os psicoativos ilícitos

¹⁴⁶ DOMANICO, Andrea. *Crakeiros e crackados*: bem vindo ao mundo dos nórias! – Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto no Brasil. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006, p. 21.

¹⁴⁷ MEDEIROS, Regina. *Redes sociais*: reflexões sobre as redes informais dos usuários de álcool e de crack. Belo Horizonte: Sigma, 2008, p. 79-80.

¹⁴⁸ Polêmico slogan do Governo da Bahia muito veiculado em outdoors no ano de 2010.

¹⁴⁹ TRAD, Sérgio do Nascimento Silva. Mídia e drogas: confrontando texto e contexto da publicidade comercial e de prevenção. In: Luiz Alberto Tavares, Alva Riva Brito de Almeida, Antonio Nery filho (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004, p. 56.

¹⁵⁰ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 17.

suscitam entre a população¹⁵¹, o que dificulta a compreensão e o tratamento do problema. A “demonização” do crack é mero reflexo desta realidade.

Apesar de ser uma droga com características mais agressivas, o uso de crack não necessariamente está associado sempre a dependência, tampouco à morte. Existem muitos usuários que fazem uso regular de crack ao longo de muitos anos. Recentemente foi publicada uma pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com o Ministério da Saúde que desmistifica essa informação, concluindo que nas capitais, o tempo médio de uso do crack e/ou similares foi de aproximadamente 8 anos, enquanto que nos demais municípios este tempo foi de, aproximadamente, 5 anos, sugerindo que o uso da droga vem se interiorizando mais recentemente. Este aspecto, relativo ao tempo médio de uso, contradiz as notícias comumente veiculadas de que os usuários de crack teriam sobrevivência necessariamente inferior a 3 anos de consumo¹⁵².

Sendo assim, “cria-se o consenso de que o uso continuado do crack acarreta, necessariamente, usos disfuncionais, uma generalização que acaba por encobrir outras modalidades de uso menos danosas e mais funcionais”¹⁵³, inclusive por usuários que mantêm relações familiares, sociais e trabalhistas, sem apresentarem qualquer ruptura com a funcionalidade social.

Infelizmente, devido ao baixo custo da droga e da facilidade de acesso a maior parte dos viciados nesta droga está inserida nas camadas mais pobres e vulneráveis da sociedade. Muitos dos moradores de ruas têm acesso ao crack e muitos deles se viciam, o que gera uma aglomeração de pessoas em situação de rua dependentes dessa substância. Assim, passam a viver neste ambiente marginalizado, reunindo-se nas ruas em espaços denominados como *cracolândias*.

É imprescindível salientar a importância de caracterização dos usuários de crack, e daqueles que se inserem nas *cracolândias*, como forma de sistematizar a

¹⁵¹ MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis. Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias urbanas. 2 ed. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2004, p. 127.

¹⁵² BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Disponível em: http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livreto_epidemiologico_17set.pdf. Acesso em 20 set. 2014.

¹⁵³ MALHEIROS. Luana. Tornando-se um usuário de crack. In: NERY FILHO, Antônio (org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2012, p. 79.

população alvo das ações emergenciais bem como de elaborar o planejamento dos investimentos de ampliação e diversificação das ofertas de cuidado. Esta tipificação é necessária, não no sentido de criar categorias diagnosticas, mas sim, de construir estratégias intersetoriais diversificadas para um problema de complexidade tão mutante. A rede (de cuidado) não pode ser constituída sem a consideração das regras e das exceções decorrentes da diversidade, as quais subsistem inclusive no âmbito da *cracolândia*¹⁵⁴.

3.4 A AGLOMERAÇÃO DOS VICIADOS E OS ESPAÇOS URBANOS AFETADOS

O reflexo da mais evidente desigualdade social decorrente do sistema capitalista se constitui na realidade dicotômica onde alguns vivem no extremo luxo e muitos vivem na extrema miséria. Nesse contexto, as grandes cidades se deparam com vários corpos fragilizados pela exclusão, os quais encontram a rua como último espaço de existência, configurando uma categoria denominada de população em situação de rua¹⁵⁵.

Esta é a segunda, e mais evidente, vulnerabilidade daqueles que residem nas *cracolândias*: o fato de viverem na rua. O estado de mendicidade, por si só, já faz com que certos segmentos sociais tratem os indivíduos que vivem nas ruas como “lixo humano”¹⁵⁶. Quando estes se associam às drogas, essa repulsa só aumenta, o que se apresenta, paradoxalmente, como causa e consequência deste problema social.

“O consumo de drogas está inserido no cotidiano de grande parte das pessoas que estão em situação de rua. Essa condição está associada a uma série de outras vulnerabilidades que as expõem a diversos riscos”¹⁵⁷. Trata-se de um problema de grande importância e que vem tomando alarmantes proporções a partir da ocupação de espaços urbanos, com a formação das (alardeadas) *cracolândias*.

¹⁵⁴ MATOS, Suzy Rocha de. Identificação do padrão de uso de crack e outras drogas e o seu impacto sobre as diversas esferas da vida do usuário. In: COSTA, Ilenolzídeo da (org.). *Dimensões e Desafios do Enfrentamento do Crack e Outras Drogas*. Brasília, Universidade de Brasília, 2012, p. 58.

¹⁵⁵ TARACHUQUE, Jorge; SOUZA, Waldir. op. cit., p. 148-149.

¹⁵⁶ SIQUEIRA, José Eduardo. op. cit., p. 25.

¹⁵⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília, 2012, p. 72

As *cracolândias* se estabelecem como consequência da marginalidade daqueles indivíduos que estão em situação de rua, o que caracteriza a sua exclusão. No entanto, é preciso ressaltar que a exclusão destes indivíduos “não se processa exclusivamente no campo do visível. Ocorre também sob formas apenas perceptíveis porque não excluem nem materialmente nem simbolicamente: os excluídos estão simplesmente ausentes ou invisíveis”¹⁵⁸.

Embora invisíveis, esquecidos e desprezados, os dependentes químicos de crack residentes no espaço urbano “incomodam”. Como a prática do abuso da droga ocorre em locais públicos, e durante o dia, ela costuma ser mais visível, principalmente devido à formação das *cracolândias*.

Assim, espalham-se pelas ruas dependentes que carregam em si um paradoxo de serem ao mesmo tempo esquecidos e inesquecíveis. Esquecidos pela falta de importância e de atenção que lhe são dedicados, mas sempre lembrados como feridas abertas que importunam aqueles que passam. Despertam geralmente medo e desprezo dos transeuntes, os quais, em sua maioria, se incomodam ao se deparar com o uso abusivo de crack em plena avenida durante todo o dia. Isto porque, estes dependentes “acumulam-se” nas ruas, conseqüentemente, gerando repercussões na ocupação do espaço urbano¹⁵⁹.

A tendência de uma sociedade dominada pelo discurso do medo é de se proteger, o que causa duas implicações sociais: o distanciamento dos espaços urbanos afetados – com a construção de condomínios fechados em bairros distantes do fluxo caótico das chamadas *cracolândias* – e a implementação de uma política higienista que tem por objetivo retirá-los “do caminho”.

Nesta busca por se afastar e se proteger do problema das drogas, as cidades se viram obrigadas a erguer mais uma vez as muralhas que ontem rodearam os centros urbanos e as metrópoles para protegê-las de invasões e perigos externos. No entanto, hoje os muros não mais se constroem em volta das cidades, mas sim, ao redor de cada um dos seus habitantes. Nesse tempo há que se proteger dos

¹⁵⁸ OLIVEIRA, Mirian Gracie Plena Nunes de. (coord.) Exclusão ou desvio? Sofrimento ou Prazer. In. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Cooperação Brasil – União Européia, 2002, p. 55.

¹⁵⁹ PADILHA, Alexandre; TYKANORI, Roberto. Crack: Acolher é reconstruir vidas. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, v. 15, n. 352, p. 22-23.

perigos que surgem dentro da cidade, assim como no passado a proteção dos riscos e ameaças provinham do exterior¹⁶⁰.

A representação do crack como uma epidemia a ser controlada está relacionada com a situação de visibilidade dos efeitos que esta organização para o consumo produz e, efetivamente, com o pavor que provoca lidar com a perda da autoresponsabilização e da autocondução que esses sujeitos oferecem como um espetáculo¹⁶¹.

São indivíduos marginalizados que tangenciam a realidade do tráfico e do consumo de drogas analisada por Foucault na obra “O Nascimento da Biopolítica”. A partir das considerações do autor sobre o mercado da droga, o mesmo conclui que não poderia ser absoluto o ideal de uma sociedade completamente disciplinar em que o aparato legal fosse substituído por mecanismos normativos. Tampouco existiria uma sociedade em que não vigorasse o mecanismo da normalização geral, conseqüentemente estabelecendo um grupo categorizado como “não-normalizável”¹⁶².

Este grupo não normalizável termina sendo excluído socialmente. A exclusão social, com ênfase no estudo realizado, será analisada à luz dos estudos de Howard Becker, sociólogo que se dedicou a descrever certos elementos de contexto da vida de moradores de rua, estudando o consumo de substâncias psicoativas nestas circunstâncias e as relações com certos fragmentos dos discursos que apontam algumas pistas para entender as representações acerca da dor, do prazer, a transgressão, da violência, da liberdade e do sofrimento orgulhoso da vida na rua¹⁶³.

Para Howard Becker, pilar da Sociologia do Desvio, os *outsiders* seriam indivíduos desviantes dos comportamentos padrões estipulados pela sociedade. Aqueles que seguem esta norma de conduta predeterminada recebem a denominação de estabelecidos, os desviantes, por sua vez, são denominados *outsiders*.

¹⁶⁰ KALINA, Eduardo. op. cit., p. 122.

¹⁶¹ OLIVEIRA, Marcus Vinicius. População de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Drogas, Direitos Humanos e Laço Social*. Brasília: CFP, 2013, p.107

¹⁶² FOUCAULT, Michel. *O nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978/1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 354.

¹⁶³ OLIVEIRA, Mirian Gracie Plena Nunes de. op. cit., p. 55.

O *outsider* é, pois, aquele que se desvia das regras de grupo. Estes indivíduos são objeto de muita especulação, teorização e estudo científico. Algumas perguntas se apresentaram como impulsionadoras da pesquisa sobre os desviantes como: “Por que fazem isso? Como podemos explicar sua transgressão das regras? Que há neles que os leva a fazer coisas proibidas?”. A pesquisa científica tentou encontrar respostas para estas indagações. No entanto, é extremamente difícil responder essas questões principalmente no âmbito da dependência química porque o caminho até as *cracolândias* não se apresenta como fórmula pronta. Assim, “não é sensato esperar encontrar fatores comuns de personalidade ou situação de vida que expliquem o suposto desvio”¹⁶⁴.

Uma vez “desviados” estes indivíduos se afastam da estrutura social daqueles que estão bem integrados, constituindo uma “anomia”. “Onde a “anomia” prevalece, há pouca ou nenhuma “estrutura social”; seu lugar é tomado pelo caos cultural (ou, talvez, social); a previsibilidade e a regularidade do comportamento social ficam reduzidas a nada”¹⁶⁵.

Esta antítese entre a estrutura social e a anomia se aplica perfeitamente às *cracolândias* tendo em vista que se trata de um local onde os indivíduos se apresentam verdadeiramente marginalizados, constituindo uma anomia. Estes locais são indesejáveis e incompatíveis com a “ordem” e com a estrutura social estabelecidas e estruturadas.

No entanto, esta suposta incompatibilidade deve ser superada seja porque nem todos os indivíduos que frequentam as *cracolândias* se desprendem completamente da realidade social seja porque não existe agrupamento que se estabeleça como verdadeiro caos, apresentando sempre – mesmo que muito fragilizada e incipiente – uma ordem social.

Neste sentido, Nibert Elias, afirma que “a sociologia só poderá ser reconhecida como uma disciplina científica se ficar claro que não existe caos em sentido absoluto.

¹⁶⁴BECKER, Howard Saul. *op. cit.*, p.17-22.

¹⁶⁵ELIAS, Nibert; SCOTSON, Jhon L. Os estabelecidos e os outsiders: Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Zahar, 2000, p. 190.

Nenhum agrupamento humano, por mais desordenado e caótico que seja (...) é desprovido de estrutura”¹⁶⁶.

O não reconhecimento da estrutura social dos desviantes e a estigmatização dos indivíduos *outsiders* terminam por gerar uma suposta superioridade daqueles “estruturados”, os quais se reconhecem como bons, enquanto que os desviantes seriam sempre ruins, independente daquilo que se constitui o seu desvio. No que tange a questão das drogas este hiato se apresenta ainda mais profundo.

Necessário para melhor compreender o uso desmedido e o dependente químico, se desvestir da dicotomia que associa a droga ao mal e a abstinência ao bem. Essa noção acaba por gerar estigmas com relação aos usuários e dependentes, e uma suposta superioridade dos abstêmios, o que sustenta abusos em nome da busca pela abstinência, que são desconsiderados em prol de um “bem maior”.

Até mesmo porque, os conceitos tradicionais de bem e mal já não apresentam mais a segurança necessária para orientar a ação humana diante da infinidade de variáveis que se exibem nos casos concretos¹⁶⁷. A droga, conforme já dito, não se estabelece como mal absoluto, sendo necessário considerar a substância a depender do uso que é feito pelo indivíduo e o contexto em que ela é consumida.

O consumo de drogas não é, por si só, elemento caracterizador de doença. Trata-se de mero sintoma a ser analisado de forma associada à outros fatores e contextos. O erro comum de tentar compreender a dependência química de forma isolada faz com que falsas resposta de tratamentos que oferecem a abstinência como exclusiva intervenção terapêutica sejam aplicados, conforme será visto em momento oportuno. No entanto, a resposta está na análise e na intervenção dos múltiplos aspectos envolvidos na origem do problema¹⁶⁸.

Importante aqui destacar o papel do espaço de uso para a caracterização ou agravamento da condição de dependência. “Seria possível, então, que os mesmos produtos se diferenciasssem quando mudam de espaço? Que os consumidores não

¹⁶⁶ Ibid., p. 192.

¹⁶⁷ MINAHIM, Maria Auxiliadora. op. cit., p. 101.

¹⁶⁸ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 233.

se iguallassem diante do consumo de um mesmo produto? As respostas são afirmativas”¹⁶⁹.

É fundamental a importância da regulação exercida pelas normas formais e informais de uso no contexto dos agrupamentos humanos e contextos culturais em que se estabelece o consumo. Estes elementos podem funcionar como fatores de proteção ou de agravo, a depender de como se comportam. Podem, assim, servir para reprovar e diminuir o consumo indevido, ou estimular e desencadear um uso abusivo e persistente de determinadas drogas.

Não se pretende afirmar que a situação de rua é o único fator determinante do comportamento do indivíduo com relação à droga. Até porque este raciocínio levaria a uma postura arraigada de determinismo social¹⁷⁰. No entanto, apesar das incontestáveis diferenças individuais, “qualquer pessoa, quaisquer que sejam suas características, só pode existir, viver e exercer suas atividades no espaço de um meio social determinado”¹⁷¹.

A associação entre a situação de rua e o vício em drogas pode ser comprovada numa série de relatos de dependente de *cracolândias*, os quais afirmam que o uso de crack seria uma espécie de fuga para os dissabores e de auxílio na superação dos obstáculos encontrados no seu duro cotidiano. Assim, uma série de motivos são apresentados em falas como: “o crack tira minha fome, me ajuda a roubar, me deixa acordado”, entre outros; sendo estas explicações comumente escutadas no atendimento de rua. Esse fator apenas confirma a ideia de que a compreensão do contexto é muito mais importante do que entender a droga como causa. Isto porque os agravantes multifatoriais associados à vida desses sujeitos são as verdadeiras causas da dependência, e não a substância em si¹⁷².

¹⁶⁹ESPINHEIRA, Gey. Os tempos e os espaços das drogas. In: TAVARES, Luiz Alberto; ALMEIDA, Alva Riva Brito de; NERY FILHO, Antônio (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004, p. 12.

¹⁷⁰O determinismo social se fundamenta em uma série de argumentos que definiriam a personalidade e a condição do indivíduo, dentre eles pode-se destacar a questão econômica – acesso a recursos, a geográfica – local de nascimento e o nível socioeconômico. Sendo estes, elementos determinantes do comportamento humano.

¹⁷¹TOTUGUI, Márcia Landini. Visão histórica e antropológica do consumo de drogas. In: BUCHER, Richard (Org.). *As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo: Cordato - Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos/EPU, 1988, p. 7.

¹⁷²CRUZ, Bernardo Gama. Pedras no caminho. In: LOPES, Lucília Elias; BATISTA, Vera Malaguti (Orgs.). *Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2014, p. 74-75.

Múltiplos e graves são os reflexos da situação de rua para que se classifique estes indivíduos como vulnerados. O fato de viverem na rua, por si só, tem o condão de torná-los vulneráveis, tendo em vista as implicações que a vida na rua trazem para estes sujeitos. São diariamente confrontados com dificuldades para banhar-se, receber atendimento médico e principalmente ter acesso a uma alimentação adequada.

A população em situação de rua, apesar da diversidade e pluralismo que não permite trata-los como grupo homogêneo, tem, inegavelmente, traços comuns que marcam a própria identidade deste grupo: estar sem moradia, sem alimentação adequada, sem água (principalmente potável) disponível, sem lugar para sua higiene pessoal, sem acesso aos necessários tratamentos de saúde, enfim, sem cidadania¹⁷³.

Muitos dos indivíduos que residem por muito tempo em *cracolândias* terminam, em decorrência destes fatores, por apresentar problemas de saúde, sejam eles problemas simples como desidratação e prejuízos odontológicos, até questões mais complexas como processo infecciosos e distúrbios psiquiátricos. Nestes casos, a prioridade é tratar a saúde, pra que depois se insurgir contra a dependência. A necessidade dos usuários, geralmente contempla prioritariamente necessidades básicas do indivíduo, paliativos nos processos físicos que lhe provocam dor aguda, e, finalmente, o tratamento da dependência química.

Estes indivíduos socialmente excluídos encontram-se em uma situação de completa ruptura de vínculos com a sociedade. São pessoas que vivem na rua, sujeitos que não portam documentos, não têm ocupação definida, em sua maioria analfabetos, sem acesso à saúde, se alimentam de restos, comem lixo, recebem doações ou, às vezes, roubam, mais frequentemente para comprar drogas do que para comprar comida. De tão precária, a existência física torna-se prescindível, já que há mais, muito mais esforço para as necessidades básicas do corpo, bem como as inevitáveis feridas da alma¹⁷⁴.

¹⁷³ TARACHUQUE, Jorge; SOUZA, Waldir. op. cit., p. 152.

¹⁷⁴ MESSEDER, Marcos Luciano; NERY FILHO, Antônio. Exclusão ou desvio? Sofrimento ou prazer? In: TAVARES, Luiz Alberto; ALMEIDA, Alva Riva Brito de; NERY FILHO, Antônio (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004, p. 63.

Problemas de natureza psicológica e social raramente descritos por pesquisadores da área da saúde embora sejam facilmente detectados no contato com os usuários. Observa-se, frequentemente, em usuários de crack, um total descuido em relação à sua aparência e asseio pessoal. Este descuido abre espaço para que surjam novos problemas que se avolumam aos agravos de saúde decorrentes do padrão compulsivo de uso de drogas¹⁷⁵, tornando-os ainda mais vulnerados.

Muitos dependentes associam o uso compulsivo às graves perdas de vínculos familiares e sociais, sendo comum ouvi-los utilizar este motivo para justificar sua insistência em continuar usando a droga. Relatam algumas vezes que estudavam e trabalhavam antes que o uso de crack se tornasse sua principal atividade, a partir do que abandonaram essas ocupações e suas garantias de inserção social para inserir-se nas *cracolândias*, onde não lhes são assegurados quaisquer direitos e cuidados com a saúde física e mental¹⁷⁶.

Como salienta Maria do Céu Patrão das Neves, a saúde (e o bem-estar do indivíduo) representa um objetivo a ser perseguido respeitando-se os direitos individuais e sociais que são assegurados a todos os cidadãos. Para atingir esta meta é necessário que sejam promovidas condições de proteção à saúde e de prevenção à doença. “Mais do que um ‘direito à saúde’, as pessoas têm ‘direito às condições que contribuem para a saúde’. E este é sem dúvida um desígnio fundamental do Estado-providência”¹⁷⁷.

É preciso, pois, oportunizar e recuperar a saúde biopsíquica destas pessoas a partir de tratamentos terapêuticos adequados, fazendo-o transitar pelas etapas necessárias à reconstituição da sua saúde. Vale ressaltar que a promoção da saúde a partir de políticas públicas deve levar em consideração não apenas a doença como estado físico, mas também a cultura, o ambiente, a etnia, a religião, entre outros fatores associados à tragédia do paciente que se estabelece a partir de uma condição de cinética social¹⁷⁸.

¹⁷⁵ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 203.

¹⁷⁶ DOMANICO, Andrea. op. cit., p. 22-23.

¹⁷⁷ NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. op. cit., p. 69.

¹⁷⁸ VERDI, Marta Inez Machado; FELIPA, Carine Mascarenhas; AMADIGI, Rafaela; BERGAMO, Luiz Gustavo. A promoção da Saúde e a Bioética de Proteção: os desafios à garantia do direito à

O drama do uso do crack é, muitas vezes, ignorado. Até mesmo porque ainda não está claro se esse chamado para o "enfrentamento" ao crack se deve ao problema real que a droga causa ao ser humano ou ao fato de a sociedade ter de se deparar com a sua decadência em cada esquina, o que fomenta o argumento de higienização social¹⁷⁹ com a qual não se coaduna esta pesquisa.

Um dependente químico inserido nestes ambientes, quando acometido pela dependência química em grau avançado, não consegue estabelecer vínculos saudáveis, tampouco realizar atividades corriqueiras relacionadas aos direitos fundamentais inerentes a sua pessoa, como a cidadania e a educação. Isto porque, o uso de drogas recorrente, interrompe etapas importantes de aprendizagem, mitigando a capacidade do indivíduo de raciocinar e discernir de maneira clara e equilibrada.

Alguns discursos, contudo se afastam da noção de proteção do sujeito, servindo a uma lógica perversa e que produzem posturas inerentes ao "racismo que uma sociedade vai exercer sobre ela mesma, sobre os seus próprios elementos, sobre os seus próprios produtos; um racismo interno, o da purificação permanente, que será uma das dimensões fundamentais da normalização social"¹⁸⁰.

Qualquer alternativa que requer atenção (e ação) das autoridades apenas é legitimada a interferir na autonomia individual quando a motivação é a proteção desses indivíduos, sendo este o único argumento coerente para motivar algum tipo de estratégia neste sentido. Não se pode tolerar a abordagem "higienista" de perseguição pelos órgãos repressores à estas pessoas socialmente excluídas, as quais são tratadas como marginais, desconsiderando a necessária atenção aos sérios agravos físicos e sociais observados nas *cracolândias*¹⁸¹.

Em muitos casos, a internação das populações de rua em cenas urbanas do uso de crack se assemelha a verdadeiros "sequestros" - como as que assistimos no

saúde. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007, p. 208.

¹⁷⁹ Limpeza social é um termo da sociologia que se refere à eliminação de elementos sociais "indesejáveis", como criminosos, antimoralistas e sem-tetos. O termo se popularizou no final da década de 1980, quando organizações clandestinas começaram a praticar limpeza social em vários países latino-americanos.

¹⁸⁰ FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 73.

¹⁸¹ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 61.

Rio de Janeiro, Goiânia e na *Cracolândia* em São Paulo no início de 2012 - chamados eufemisticamente de requalificação urbana. Estas medidas já prenunciavam o que ocorreria na Copa do Mundo de 2014, e possivelmente vai se repetir nas Olimpíadas do Rio (2016)¹⁸².

“As intervenções públicas nesse campo são, prioritariamente, representadas por ações policiais armadas, também violentas, alimentando um ciclo interminável, na ausência de um diálogo eficaz”¹⁸³ entre a segurança pública, a saúde e os usuários residentes em *cracolândias*, os quais geralmente entram em confronto com a polícia gerando um constante ambiente de instabilidade.

Este tipo de “projeto de atendimento” se confunde com propostas de higienização da sociedade, em que o poder público promove ações para remover usuários das *cracolândias*, contando basicamente com uma força policial repressiva, sem nenhum respaldo clínico. Muitas vezes a intenção da medida não é sequer promover a internação, mas, única e exclusivamente, retirá-los do local onde se aglomeram. No entanto, considerando a falta de lugares adequados para encaminhamentos destes indivíduos, não resta alternativa que não devolvê-los às ruas¹⁸⁴. O que além de não resolver o “problema espacial”, em algumas situações, cria novos pontos de aglomeração.

Isto porque, as mesmas pessoas retiradas das ruas – até mesmo aquelas que são submetidas a alguma espécie de tratamento – acabam voltando aos mesmos lugares com o mesmo padrão de uso. No entanto, às vezes por medo de serem novamente encontradas e levadas à instituições de forma involuntária, onde por vezes recebem um tratamento inadequado, buscam novos lugares para se aglomerar, multiplicando os focos uso e criando novas *cracolândias*¹⁸⁵.

¹⁸² OLIVEIRA, Marcus Vinícius de. As internações, As drogas e A Lei. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas e Cidadania: em debate*. Brasília: CFP, 2012, p. 51.

¹⁸³ NERY FILHO, Antônio; LORENZO, Cláudio; DIZ, Fátima. op. cit., p. 133/134.

¹⁸⁴ MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.) *Crack: Contextos, Padrões e Propósitos de uso*, Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013, p. 19.

¹⁸⁵ YASUI, Silvio. Reforma e contrarreforma: reflexos em torno da internação compulsória em comunidades terapêuticas. In: JORGE, Maria Salete Bessa; TRAD, Leny Alves Bonfim; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; LIMA, Leilson Lira de (Orgs.) *Olhares plurais sobre o fenômeno do crack*. Fortaleza: EdUECE, 2013, p. 88.

É, finalmente, a consciência real do problema que vai definir estratégias eficazes de intervenção¹⁸⁶. Não se pode perder de vista que é possível construir “saídas” das *cracolândias* que não incluam a internação compulsória, tampouco a intervenção na autonomia do paciente. Existem inúmeras possibilidades de agir no entremeio. No entanto nada “justifica o imobilismo, o descaso, a indiferença, assim como, nada justifica a arrogância de um suposto heroísmo com suas bravatas salvacionistas”¹⁸⁷.

Desconsiderando os discursos extremados e considerando as especificidades do caso concreto, o diagnóstico deve versar sobre a influência do meio ambiente no início e na manutenção da dependência e sobre a possibilidade de certas instituições sociais auxiliares participarem do processo terapêutico. A maior ou menor facilidade com que se adquirem as drogas por meios ilícitos poderá influir, por sua vez, na eleição da intervenção. Assim, pois, é requerida grande variedade de conhecimentos especializados para determinar o tipo de intervenção apropriada a cada indivíduo¹⁸⁸.

¹⁸⁶ LOPES, Eva Patricia Alvares. Cadernos da Saúde Pública. In: SAPORI, Luís Flávio, MEDEIROS, Regina. (Orgs.) *Crack - um desafio social*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas; 2010, p. 165.

¹⁸⁷ LAVRADOR, Maria Cristina Campello. *Loucura e vida na contemporaneidade*. 2006. 194 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006, p. 19.

¹⁸⁸ AMAR, AyushMorad. *A verdade sobre drogas*, v.1. São Paulo: Ícone, 1988, p. 86.

4 ASPECTOS CLÍNICOS DA INTERNAÇÃO

Até o momento, nenhum medicamento mostrou-se 100% eficaz para proporcionar alívio aos sintomas da síndrome abstinência nos casos de dependência de cocaína e crack, tampouco para atuar sobre o comportamento de busca da substância (fissura). Apesar dos largos avanços das pesquisas em farmacoterapia nos últimos anos, devido aos novos conhecimentos sobre a neurobiologia da substância, ainda não existem substâncias de eficácia comprovada para tratar a dependência da cocaína, sendo as medicações existentes dedicadas a tratar alterações neurobiológicas de cada fase clínica a depender do quadro específico do sujeito¹⁸⁹.

A partir dessa insuficiência medicamentosa específica, algumas medidas como medicar os sintomas apresentados, dar suporte clínico e tranquilizar o paciente se apresentam como as melhores consultas iniciais no que se refere aos sintomas psiquiátricos e às lesões superficiais relacionados à dependência de cocaína e do crack¹⁹⁰.

Ultrapassado o momento inicial de contenção do paciente e do alívio dos sintomas imediatos, necessário se faz encaminhá-lo para uma modalidade de tratamento que tenha por objetivo tratar os sintomas e as lesões mais profundas, os quais demandam maior atenção e mais tempo de ação.

4.1 FORMAS DE TRATAMENTO

Existem várias formas de tratamento, sendo cada uma delas importante para a caminhada de alguns pacientes em um dado momento. Por isso, não se defende uma hierarquia entre os modelos de tratamento, tendo em vista que cada um deles reflete certa necessidade.

¹⁸⁹ BARROS, Helena Maria Tannhauser; DALPRÁ, Wleska Lissa. Medicina e drogas de abuso. In: FERNANDES, Simone; BORTOLON, Cassandra Borges; SIGNOR, Luciana; MOREIRA, Taís de Campos (Orgs.). *Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química*. São Paulo: Santos, 2013, p. 80.

¹⁹⁰ BRASIL. Ministério da Justiça. op. cit., p. 61

O usuário pode estar precisando ser internado para desintoxicar-se em razão de sérios problemas decorrentes da substância, mesmo de forma involuntária, o que defende esta pesquisa. No entanto, em muitos momentos assume a sua doença e opta por tratar-se de maneira voluntária visando abster-se do uso. Em outros casos, não quer (e nem precisa) cessar o consumo, buscando ajuda para reduzir o uso ou utilizar a substância de forma que não lhe acarrete tantos prejuízos ou até mesmo tentando se afastar de outros fatores associados à dependência. Visando atender essas múltiplas realidades é necessário que se apresente “um leque de possibilidades pelo sistema público de saúde para poder acessar o serviço ou à intervenção que mais se adegue naquele momento”¹⁹¹.

4.1.1 Modelos reducionistas

As concepções reducionistas enfatizam apenas um dos aspectos envolvidos na dependência de substâncias psicoativas, seja ele a dimensão psicológica do usuário ou seu contexto socioeconômico, a influência do meio familiar ou os efeitos bioquímicos das drogas. Os modelos de atenção e tratamento reducionistas tendem a utilizar a centralização do problema na substância de abuso, preconizando que o afastamento da mesma, por si só, seria suficiente para expurgar o problema¹⁹².

“A demonização das drogas é mais que um erro, torna-se terrorismo, na medida em que se desvia do sujeito e o torna ‘coisa’; como são, de fato, as drogas”¹⁹³. Assim, atribuindo à droga poder muito maior do que elas efetivamente têm observa-se uma inversão de papéis. A droga passa a ser sujeito do tratamento e o indivíduo, objeto. Os tratamentos, a partir destes valores, passam então a definir estratégias para lidar com as drogas, sem analisarem as (importantes) distinções entre os sujeitos.

Os modelos reducionistas partem da perspectiva abstencionista de tratamento centrado na droga. Estes métodos se baseiam “na certeza dos danos provocados

¹⁹¹ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 37.

¹⁹² SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; LIMA, Schneider Dálberti Sciamana de. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Revista Psico*, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 168-178, abr./jun, 2011, p. 169.

¹⁹³ ESPINHEIRA, Gey. Geometrias do Movimento: Prefácio. In: NERY FILHO, Antônio; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; RÊGO, Marlize (Orgs.) *Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009, p. 14.

pelo seu uso, tendo como modelo universal as demandas produzidas pelos efeitos da dependência química¹⁹⁴. Daí resulta que os dependentes seriam fracos e subjugados, que “deixaram de dominar pela agência substantiva, sempre forte e potente, das chamadas drogas”¹⁹⁵.

Afastam-se, do tripé biopsicossocial das dependências, fruto da interação dinâmica de três fatores distintos: o tipo de substância consumida, o indivíduo e o seu contexto social e familiar, na medida em que se desapega desses fatores para dedicar sua atenção, única e exclusivamente, à droga. Dentre os modelos centralizados nas drogas consumidas, destacam-se o modelo religioso, os grupos de ajuda mútua e as comunidades terapêuticas.

As clínicas religiosas são iniciativas pioneiras para o tratamento da dependência química no Brasil, as quais geralmente funcionam em fazendas distantes dos grandes centros urbanos. Costumam em alguns casos obter bons resultados no tratamento, no entanto, a carência de recursos materiais e profissionais obriga muitas vezes seus administradores a improvisar os atendimentos e “terapias”, ocorrendo relutância quanto à contratação de profissionais especializados. Além da falta de recursos, esta hesitação se estabelece ainda por prevalecer a crença de que “Jesus resolve tudo”, afastando-se dos tratamentos hospitalar, medicamentoso, e afins, com a intenção de “curar com o poder da oração”¹⁹⁶. O que, muitas vezes, apresenta resultados insatisfatórios por não associar às crenças religiosas aos inegáveis prejuízos físicos associados às drogas, os quais devem ser também tratados.

A ajuda mútua, por sua vez, é um tipo de prática que se estabelece a partir da formação de grupos, dentre os quais se destaca os Alcoólicos Anônimos, que compartilham vivências e experiências em torno do problema comum da dependência. São uma organização autônoma que fortalece os laços entre os

¹⁹⁴ ALARCON, Sergio. A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p.46

¹⁹⁵ MARRAS, Stelio. Do natural ao social: as substâncias em meio estável. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: UDFBA, 2008, p. 180.

¹⁹⁶ MOTA, Leonardo. Dependência Química e representações sociais: Pecado, crime ou doença. Curitiba: Juruá, 2009, p. 61-62.

“amigos-irmãos” como forma de combater os sintomas da abstinência e fomentar a continuidade do processo de total ruptura do uso de drogas¹⁹⁷.

Admitir-se impotente, colocando-se como submisso com relação ao “poder” da droga é característica ainda mais evidente nos grupos de autoajuda. Estes indivíduos atribuem à droga a capacidade de dominá-los, diminuindo a soberania que eles tem sobre si¹⁹⁸.

No interior destes grupos, existe um sentimento comunitário de que todos estariam sujeitos a possíveis recaídas, como também às emoções confusas que caracterizam os primeiros períodos de abstinência de álcool e/ou drogas, tendo em vista o poder exercido por estas substâncias. Segundo seus membros, os grupos representariam um espaço no qual uma “energia especial” é partilhada entre eles como forma de incentivo para largar o vício (e se manter abstinente), fazendo com que retornem para casa, após as reuniões, mais tranquilos, pois realizaram seu tratamento a partir da partilha de dificuldades comuns e exemplos dos seus colegas de grupo¹⁹⁹.

As comunidades terapêuticas são instituições de atendimento ao dependente químico, não governamentais, em ambiente não hospitalar, com orientação técnica e profissional, nas quais o principal instrumento terapêutico é a convivência entre os residentes. Multiplicaram-se no cenário brasileiro, ao longo dos últimos quarenta anos, antes mesmo de existir qualquer política pública de atenção à dependência química no país. Elas passaram a ocupar espaços na medida em que inexistiram programas e projetos de caráter público que oferecessem alternativas para o atendimento às pessoas dependentes que buscavam tratamento.

“No modelo utilizado por grande parte das comunidades terapêuticas, de modo geral, os usuários devem passar em torno de nove meses internados, isolados até mesmo de suas famílias, num sentido simbólico, nascerem de novo”²⁰⁰. O modelo de

¹⁹⁷ REIS, Tatiana Rangel. Empoderamento e Grupos de Ajuda Mútua. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 193.

¹⁹⁸ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 215.

¹⁹⁹ MOTA, Leonardo. op. cit., p. 133.

²⁰⁰ VALENÇA, Tom. Possíveis aproximações entre a cultura do uso de crack e uma política pública. In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.) *Crack: Contextos, Padrões e Propósitos de uso*, Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013, p. 88.

internação se assemelha com a realidade observada nas comunidades religiosas, por pregar a convivência e o abstencionismo como estratégias, no entanto, não se filiam a nenhum tipo de religião, deixando que os pacientes possam professar livremente a sua fé (ou não).

4.1.2 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), apoiada na Lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade. Esta perspectiva referente ao novo plano de tratamento, a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, bem como o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental será adiante estudada.

Nesta esteira de reforma do modelo em saúde mental surgem os Centros de Atenção Psicossocial. Conforme cartilha do Ministério da Saúde, os CAPS se constituem, hoje, como a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, se destacando “como componente estratégico de uma política destinada a diminuir a ainda significativa lacuna assistencial no atendimento a pacientes com transtornos mentais mais graves”²⁰¹.

Os CAPS se constituem, conforme disposição da Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) nº 224, de 29 de janeiro de 1992 bem como da Portaria nº 189, de 20 de março de 2002, como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) propôs, no mesmo sentido, a estruturação de uma rede de atenção integral ao dependente químico, na qual se destaca o papel dos CAPS

²⁰¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 08.

específicos para tratar a dependência, formando os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas²⁰² (CAPSad).

Estes passaram a ser considerados como a principal estratégia de tratamento da dependência química, atuando como ferramentas também nas ações de prevenção e promoção da saúde, considerando a “expansão da rede em questão obedece aos desígnios da Reforma Psiquiátrica – ainda predominantemente hospitalocêntrico – por redes de atenção especializadas e compostas por dispositivos extra-hospitalares”²⁰³.

O CAPSad representa uma das unidades especializadas em saúde mental²⁰⁴ que atende os dependentes de álcool e drogas dentro das diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde, tendo como objetivo o tratamento ambulatorial do paciente, utilizando-se de estratégias combinadas à perspectiva de redução de danos. É hoje a principal alternativa adotada, com sucesso, em contraposição à internação involuntária.

Apresentam-se como concretização dos dispositivos da “nova política de drogas” e foram implantados, sobretudo, em grandes regiões metropolitanas e em regiões com indicadores epidemiológicos relevantes. Isto porque, trabalham a partir da consideração de toda a problemática envolvida no cenário do abuso de drogas, considerando o dependente no meio cultural e na comunidade em que está inserido²⁰⁵.

²⁰² Os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. Os CAPSad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 24).

²⁰³ BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2003, p. 37.

²⁰⁴ CAPS I, II, III, infanto-juvenil e álcool/drogas.

²⁰⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado

Oferecem atendimento diário a partir de uma proposta de planejamento terapêutico individualizado de evolução contínua que inclui leitos psiquiátricos em hospitais gerais, práticas de atenção comunitária, cuidados aos familiares dos pacientes e estratégias de reinserção que se afastam do estigma associado ao tratamento²⁰⁶.

Esta proposta desenvolvida nos CAPSad é reconhecida (e fomentada) no âmbito da medicina o que se pode observar no Parecer Consulta 34/07 do Creneb, de relatoria do Conselheiro Domingos Macedo Coutinho, que tratava a respeito da dependência química de um paciente em morfina, o qual, conclui-se, deveria ser encaminhado ao CAPSad, trazendo a seguinte explicação para o orientação: “O CAPS/AD (sic) funciona desde julho de 2004, e (...) o tratamento também é feito ambulatorialmente em nível não-intensivo. Quando acolhido, o paciente passa por uma avaliação baseada em três fatores: o sujeito, a droga e seu contexto”²⁰⁷.

Esta tríade surgiu nos anos 80, na França, a partir do trabalho do Dr. Claude Olievenstein, que propôs a consideração e o estudo das substâncias psicoativas através de uma equação que considerava de forma indissociável os produtos (drogas), o contexto sociocultural e os humanos²⁰⁸.

Em atenção a este novo paradigma o Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria 336 do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002, estabeleceu, em seu art. 1º, a necessidade de implementação dos “Centros de Atenção Psicossocial, os quais poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional”, estabelecendo a seguinte lista de atividades possíveis a serem desempenhadas pelos centros de acordo com a necessidade de cada usuário do serviço: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos; atendimento em oficinas terapêuticas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção

à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, OAPS, 2005, p. 43.

²⁰⁶ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 89-90.

²⁰⁷ NEVES, Nedy Cerqueira; NEVES, Flávia Serra; BITENCOURT, Almir (Orgs.). *Pareceres consulta: questões e dilemas éticos no dia-a-dia médico*. Salvador: CREMEB, 2007, p. 107.

²⁰⁸ NERY FILHO, Antônio; LORENZO, Cláudio; DIZ, Fátima. op. cit., p. 135.

familiar e social; atendimento de desintoxicação – o qual inclui o acolhimento noturno²⁰⁹.

Apesar de se constituírem como excelente modelo de tratamento a adesão à este serviço de saúde fica comprometida por barreiras físicas – muitas vezes estes institutos se localizam em lugares de difícil acesso, o que se apresenta como obstáculo maior quando associado a dificuldade do paciente de ter acesso aos meios de transporte e a informação acerca deste tratamento – e, principalmente, por barreiras subjetivas – relacionadas ao preconceito que rege o sistema de saúde pública o qual estigmatiza o paciente usuário de drogas e ao medo de serem punidos pela polícia ou pela “justiça” por fazerem uso de substâncias ilícitas²¹⁰.

Vale ressaltar que a desintoxicação²¹¹ requer muitas vezes o internamento, mesmo que breve. O que pode levar inclusive algumas horas, ou pode se estender por alguns dias, estando o dependente, durante este período de internamento acompanhado por uma equipe técnica multidisciplinar.

Essa observação ressalta a compatibilidade existente entre o tratamento feito pelos CAPSad e pela desintoxicação com base no internamento, etapa necessária em alguns casos clínicos, conforme se verá adiante. A partir deste momento inicial de necessária contenção forçada, a internação para desintoxicação deve ser interrompida ou tornada voluntária e o paciente tratado (ou não) em consonância com as recomendações do profissional de saúde desde que com o dependente assim consinta.

Em virtude da característica de heterogeneidade que predomina no âmbito da dependência das drogas – contemplando as distintas razões de uso, contextos e circunstâncias – uma política de atenção deve privilegiar as necessidades dos usuários, que, muitas vezes, não correspondem às expectativas dos profissionais de saúde com relação à abstinência. Assim, os CAPS, utilizando-se desta premissa,

²⁰⁹ Acolhimento noturno = permanência do paciente no CAPS, para repouso ou observação, durante o período de até sete dias ininterruptos ou dez dias descontínuos em um período de 30 dias

²¹⁰ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 33.

²¹¹ Fenômeno biológico que ocorre todas as vezes que o indivíduo cessa o consumo de drogas e o organismo elimina os agentes químicos, através do metabolismo, eliminando, também, os efeitos da substância. Como procedimento clínico, é o processo de privação da droga, através de monitoramento médico – com ou sem a utilização de medicamentos.

adotam práticas que contemplam a multiplicidade de fatores e realidades dos dependentes, os quais se sentem acolhidos em suas diferenças²¹².

A “ação estratégica do CAPS-ad se propaga para a família dos pacientes, incluindo-os na rede social de apoio e redução de danos, bem como que a forma de materializar essa assistência integralizadora e intersetorial” a qual se renova a cada dia, sempre buscando novas formas de mitigar o sofrimento do paciente²¹³.

Considerando que ambos se tratam de modelos de atenção psicossocial que tentam superar o modelo abstencionista asilar, necessário sempre relacionar o trabalho dos CAPS com a política de redução de danos²¹⁴. São, pois, duas estratégias que se contrapõem à internação, embora não deixem de reconhecer, em determinados momentos a importância deste tratamento.

Apesar de parecer um sistema completamente desprendido do sistema hospitalocêntrico, a realidade nos mostra que os CAPSad atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental, incluindo hospitais-gerais²¹⁵, reconhecendo, em alguns casos a sua “incapacidade” e falta de recursos para lidar com alguns problemas enfrentados pelos pacientes, como por exemplo crises muito agudas de abstinência que podem inclusive levar o paciente ao óbito.

4.1.3 Redução de danos

A redução de danos deve ser compreendida enquanto uma estratégia política de saúde pública que se apresenta diante da impossibilidade de uma sociedade sem substâncias que alterem de alguma forma a consciência, apresentando-se como

²¹²PINHO, Paula Hayasi; OLIVEIRA, Márcia Aparecida de; ALMEIDA, Marília Mastrocolla de. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Revista de Psiquiatria Clínica*, nº 35, supl1; 82-88, 2008.

Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/s1/82.htm>. Acesso em: 15 out. 2014

²¹³GURGEL, Wildoberto Batista; MOCHEL, Anna Gomide; CARVALHO FILHA, Francidalma Soares Sousa. O abuso do álcool como problema político: análise das estratégias políticas de assistência ao consumidor abusivo de álcool no Brasil contemporâneo. *Revista Cadernos de Pesquisa*. São Luís, v. 17, n. 1, jan./abr. 2010, p. 60.

²¹⁴SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; GONÇALVES, Sérgio Eduardo; MIELKE, Fernanda Barreto; GUADALUPE, Danieli Bispo. CAPS ad e redução de danos: novos desafios. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, abr/jun. 2007, p. 215.

²¹⁵ALARCON, Sergio; BELMONTE, Pilar Rodrigues; JORGE, Marco Aurélio Soares. O Campo de Atenção do Dependente Químico. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 75

uma forma pragmática para lidar com aqueles sujeitos que estão em situação de risco ou sofrimento em decorrência do seu uso²¹⁶.

O tratamento com base na redução de danos tem como pilar a liberdade de escolha do indivíduo, visando a sua responsabilidade e colaboração no gerenciamento do seu consumo de forma menos prejudicial à sua saúde e é implementado pelos chamados redutores de danos²¹⁷, os quais são capacitados para dialogar com o dependente em busca de um avanço na sua situação de vulnerabilidade e sofrimento.

O elemento-base desta proposta é justamente o diálogo entre os agentes cujo objetivo é chegar a um consenso no qual os interesses do paciente e do agente de saúde se coadunem, na medida em que o dependente aceita adequar o seu uso as sugestões que lhe são apresentadas, mitigando, pois, os riscos e danos do seu uso nocivo²¹⁸.

Algumas estratégias de redução de danos se aplicam especificamente ao grupo de usuário e dependentes de crack, tais como: realizar exames periódicos para averiguar a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, estimular o uso individual do cachimbo e distribuir protetor labial para evitar contaminações decorrentes do esquentamento do material²¹⁹.

Em 2003, o panorama proibicionista começou a sofrer alterações significativas no Brasil, a partir da publicação pelo Ministério da Saúde do documento que instituiu "A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e

²¹⁶ VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. Redução de riscos e danos na saúde mental: a experiência do CAPS AD. In: NERY FILHO, Antônio (org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, p. 220.

²¹⁷ Os redutores são, geralmente, escolhidos entre pessoas da própria comunidade, usuários e/ou ex-usuários de drogas ou pessoas da rede de relações sociais de usuários, lideranças comunitárias, profissionais de nível médio e universitário e outras pessoas que tenham facilidade na comunicação e contato com a população específica, e que possuam, principalmente, compromisso com a questão da promoção da saúde e cidadania de usuários de drogas. Seu treinamento é feito através de oficinas de capacitação, estágios em campo, grupos de estudo do próprio projeto e participação em encontros técnico-científicos.

²¹⁸ COSTELL, Elvira Durán. A reflexão ética diante do avanço da biotecnologia. In: CASABONA, Carlos María Romeo. *Biotecnologia, direito e bioética: perspectivas em direito comparado*. Belo Horizonte: DelRey; PUC Minas, 2002, p. 287

²¹⁹ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 214.

outras Drogas²²⁰, no qual se assume o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e drogas a partir de novas formas de tratamento, incluindo a redução de danos, a qual foi incorporada como marco teórico-político do referido diploma.

Visando fomentar a autonomia e a redução de riscos e danos inerentes ao abuso de drogas, a própria lei 11.343/06 - Lei de Drogas - criou o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), o qual veio a ser complementado pela Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011), que fomenta a estruturação de uma rede de atenção integral ao dependente químico.

Nesta perspectiva de atenção ao usuário a lei 11.343 determina a sua inclusão social a partir da redução de comportamentos de risco, mitigando a sua vulnerabilidade (art. 5º, I) bem como prevê expressamente a perspectiva de Redução de Danos como maneira de solucionar os problemas gerados pelas drogas (arts. 19, VI e 20). Estabelece ainda, a obrigatoriedade da definição de um projeto terapêutico individualizado que assegure o respeito ao usuário.

“O governo brasileiro, em sintonia com os movimentos sociais, tem envidado esforços para se contrapor à violação dos direitos dos usuários de drogas, através de mudanças na legislação e de ações de conscientização²²¹, preconizando a diversidade de abordagens nas intervenções de cuidado e fomentando o movimento de redução de danos.

A proposta mais ampla de implementação da abordagem de redução de danos no país se constitui a partir do programa “De Braços Abertos”, promovido pela prefeitura de São Paulo. O programa oferece moradia nos hotéis próximos a *cracolândia*, alimentação e trabalho (de baixa exigência) para os dependentes

²²⁰ “Se afirmamos que a redução de danos é uma estratégia, é porque entendemos que, enquanto tal, e para ter a eficácia que pretende, ela deve ser operada em inter-ações, promovendo o aumento de superfície de contato, criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso do álcool e outras drogas”

²²¹ ELIAS, Lucília de Almeida Elias; BASTOS, Francisco Inacio Bastos. Saúde Pública, Redução de Danos e a Prevenção das Infecções de Transmissão Sexual e Sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. Revista Ciência e saúde coletiva, vol. 16, no.12 Rio de Janeiro, Dec. 2011, p. 4722.

pagando a quantia de quinze reais por dia, geralmente pela varrição de ruas²²². Assim, os dependentes passaram a dedicar seu tempo a outras atividades que não à droga, bem como o defendendo das intempéries decorrentes da vida na rua, mitigando assim os danos decorrentes do padrão de vida próprio da *cracolândia*.

No entanto, apesar de alguns estados e municípios já contarem com leis que regulamentem ações de redução de danos em suas respectivas jurisdições, garantindo que estas medidas sejam efetivadas sem o enfretamento com a polícia, a falta de apoio e concordância do governo para que se efetive uma política ampla e bem conduzida neste sentido²²³ se apresenta como problema a ser enfrentado.

Em larga medida, esta dificuldade resulta do pavor que o tema provoca no imaginário popular. As ondas de “pânico moral” que permeiam o debate das drogas no Brasil são o principal entrave à efetivação de estratégias de redução de danos, as quais são confundidas muitas vezes com o fomento ou instigação ao uso de drogas. Esta associação é fruto de verdadeira ignorância e coloca em risco as importantes experiências inovadoras implementadas no Brasil, num campo em que ainda existe um vasto caminho a se percorrer²²⁴.

A abordagem de redução de danos é um trilha promissor por reconhecer o usuário com suas singularidades, propondo estratégias que se adequem aos seus interesses, protegendo a sua vida e mitigando seu sofrimento. Além disso, não se pode considerar este método como único caminho a ser adotado, na medida em que, em sua essência, este não estabelece qualquer contradição ao tratamento associado a outras estratégias. É possível traçar planos terapêuticos que compatibilizem a redução de danos com outros tratamentos, como por exemplo os grupos de ajuda mútua, não havendo qualquer prejuízo ou empecilho a esta (ou outra) associação²²⁵.

²²² LANCETTI, Antônio. Programa anticrack De Braços Abertos, da Prefeitura de São Paulo, tem tido êxito? *Folha de São Paulo*. 27 dez. 2014. Tendências. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2014/12/1567423-programa-anticrack-de-bracos-abertos-da-prefeitura-de-sao-paulo-tem-tido-exito-sim.shtml>. Acesso em: 03 jan 2015.

²²³ FONSECA, Eliza Massard; op. cit., p. 31

²²⁴ TRAD, Sérgio do Nascimento Silva; TRAD, Leny Alves Bonfim; ROMANÍ, Oriol. Contribuições das Ciências Sociais ao estudo sobre drogas e o diálogo com a produção nacional contemporânea. In: JORGE, Maria Salete Bessa; TRAD, Leny Alves Bonfim; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; LIMA, Leilson Lira de (Orgs.) Olhares plurais sobre o fenômeno do crack. Fortaleza: EdUECE, 2013, p. 59.

²²⁵ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; VIEIRA, Guilherme Bruno Fontes; BEZERRA; Indara Cavalcante; RUIZ, Erasmo Miessa; ROCHA, Emilia Cristina Carvalho; JORGE, Maria Salete Bessa. A clínica na assistência aos usuários de crack na perspectiva da reforma psiquiátrica

Por fim, vale a pena ressaltar que, assim como nos tratamentos feitos juntos aos CAPSad, a perspectiva de redução de danos não é incompatível com a abstinência e, tampouco, com a internação, sendo esta inclusive a proposta da presente pesquisa. “Uma política de redução de danos não inviabilizaria, sem ser contraditória, qualquer abordagem racional que vise à proteção utente, como uma internação de curta ou média permanência”²²⁶.

4.2 AUTONOMIA DOS DEPENDENTES QUÍMICOS

É preciso partir do pressuposto de que os usuários de drogas são, em regra, autônomos. Esta é uma afirmativa que traduz o alicerce do presente trabalho. A internação involuntária não é defendida aqui como reflexo da falta de autonomia do sujeito pelo fato de ser mero usuário ou simplesmente pela caracterização da dependência química, mas sim, como a possibilidade de intervir e suprimir a sua autonomia e sua liberdade de ação, em casos de extrema vulnerabilidade, os quais exigem um tratamento imediato como forma de proteção à vida do paciente.

O indivíduo usuário, e até mesmo dependente, se mantém autônomo e a sua liberdade, no sentido de agir sem interferências externas, deve ser preservada, inclusive como reflexo da dignidade deste sujeito. No entanto, esse direito de agir livremente não pode ser tido como absoluto, devendo ser confrontado com outros subprincípios como a solidariedade e a vulnerabilidade no caso concreto, a depender do quadro clínico apresentado pelo sujeito²²⁷.

Presume-se que o indivíduo usuário tenha conhecimento sobre os efeitos da(s) droga(s) que consome(m), e que este mantenha a sua capacidade de deliberar acerca da sua conduta, já que soberano do seu corpo e mente. Pode, assim, decidir

brasileira. In: JORGE, Maria Salete Bessa; TRAD, Leny Alves Bonfim; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; LIMA, Leilson Lira de (Orgs.) Olhares plurais sobre o fenômeno do crack. Fortaleza: EdUECE, 2013, p. 175.

²²⁶ ALARCON, Sergio. Critérios para o Diagnóstico de Dependência Química In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.) Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 149.

²²⁷ AGUIAR, Mônica. A proteção do direito à diferença como conteúdo do princípio da dignidade humana: a desigualdade em razão da orientação sexual. In: ALENCAR, Rosmar Antonni Rodrigues Cavalcanti de (org.) Direitos Fundamentais na Constituição de 1988: estudos comemorativos aos seus vinte anos. Porto Alegre: Nuria Fabbis, 2008, p. 85

com relação ao seu padrão de uso, devendo esta decisão ser respeitada, apesar de parecer inadequada para uma sociedade abstencionista e repressora²²⁸.

Isto porque, no dinamismo referente à saúde – mais especificamente na relação que o indivíduo tem com a droga – cada qual constrói um modelo individual de uso que pretende adotar no decorrer da vida, avaliando as possíveis interferências que refletem na sua saúde. Este modelo pode não ser o mesmo durante toda existência, variando de acordo com novas experiências vivenciadas, com as mudanças de personalidades, com as relações pessoais e familiares²²⁹, bem como, diversos outros fatores que influenciam a escolha sobre o padrão de uso adotado.

Com relação a autonomia dos dependentes químicos, importante resgatar duas questões propostas por Maria de Fátima Freire de Sá, as quais pretendem ser respondidas a partir do presente estudo: “Quais os limites do consentimento do sujeito na utilização do seu próprio corpo? Como poderia o direito intervir (...) e ao mesmo tempo ser limitado pela proteção de valores individuais fundamentais de ordem social?”²³⁰

A autonomia e a liberdade pessoal de ação são valores fundamentais a serem preservados pelo ordenamento. No entanto, o que se pretende comprovar é que a autonomia não pode reinar em todas as situações como direito absoluto, sendo, em alguns casos, possível mitigá-la e suprimi-la quando em confronto com outros princípios e institutos.

A ideia de autonomia dos usuários e dependentes de drogas perpassa inexoravelmente os diversos modos de consumo outrora definidos (uso experimental; uso recreacional; uso ocasional; uso social; uso regular/habitual; uso nocivo; uso abusivo; drogadição e síndrome de dependência). Isto porque o diagnóstico de uma dependência química exige a avaliação de diversos aspectos, considerando os múltiplos padrões de consumo de drogas na atualidade, sendo a dependência o

²²⁸ VIEIRA, Tereza Rodrigues. *Bioética: Temas atuais e seus aspectos jurídicos*. Brasília: Consulex, 2006, p. 90.

²²⁹ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *op. cit.*, p. 71.

²³⁰ SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Biodireito e Direito ao próprio corpo: Doação de órgãos, incluindo o estudo da Lei n. 9.434/97, com as alterações introduzidas pela Lei n. 10.211/01*. 2 ed. Belo Horizonte: DelRey, 2003, p. 91.

último estágio²³¹. Quanto mais o indivíduo se aproxima da dependência, mais problemas decorrentes deste tipo de uso irão atingi-lo. Uma vez dependente químico, quanto mais agressivo se torna seu uso, maior a influência este abuso irá acarretar na sua autonomia.

Os usuários nos primeiros níveis distinguem-se dos dependentes por se manterem controlados. “Sabem por si quando devem parar ao terem atingido o tipo de alteração psíquica ou de relaxamento desejados, conforme seus estados pessoais e o ambiente”²³². Estes indivíduos fazem uso da droga sem apresentarem comportamentos compulsivos e problemáticos, utilizando a substância dentro de relações sociais estáveis, não prejudiciais e integradas nas múltiplas dimensões da vida desses sujeitos²³³.

O processo pelo qual o consumo de substâncias para alguns indivíduos se torna compulsivo é gradual e, em alguns casos, a dependência acarreta a incapacidade de autocontrolar-se, como o resultado, não apenas do uso da droga (como já foi visto) mas sim como um amálgama que abrange fatores psicofísicos, neurobiológicos e social de difícil apreensão, que permeia todos os setores da esfera do indivíduo enfermo²³⁴.

Além dos fatores já elencados para a caracterização da dependência química, há um grupo de indivíduos que desenvolve extrema compulsão. Trata-se de um grupo clínico de toxicômanos que, devido ao uso expoente, passam a modular sua vida exclusivamente em torno da droga. Estes casos são marcados por uma evidente redução na vida psíquica e material destes sujeitos²³⁵, refletindo na sua autonomia.

Considerando, ainda, o estado de vulnerabilidade dos viciados em crack, residentes nas *cracolândias*, torna-se necessária a utilização de instrumentos de

²³¹ PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v.25, n.2. abr./jun. 2009, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>. Acesso em 13 set. 2014, p. 209.

²³² MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis. op. cit., p. 74.

²³³ LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra Lúcia; FIORE, Maurício. Introdução. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs.) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: UDUFBA, 2008, p. 29.

²³⁴ ALARCON, Sergio. Op. cit, 2012, p. 133

²³⁵ GURFINKEL, Decio. op. cit., p. 268

intervenção voltados à situação de emergência e necessidade desses sujeitos, mesmo que, aparentemente, tais medidas afastem a autonomia garantida a estes indivíduos. Até mesmo porque, conforme já analisado, o vício no crack termina, em algumas situações, em suprimir esta capacidade de discernimento, fazendo, assim, com que o indivíduo não possa mais enquadrar-se como autônomo.

Uma pessoa autônoma detém capacidades de raciocínio, compreensão, deliberação e escolha independente. Já “uma pessoa com autonomia reduzida é controlada, de alguma forma, por outros, sendo incapaz de decidir ou agir com base nos seus desejos e planos”²³⁶. Os indivíduos não-autônomos, por sua vez, são (ou se encontram) incapacitados para tomar decisões, sendo possível desconsiderar o seu consentimento.

O reconhecimento da incapacidade para consentir em determinadas situações está presente inclusive de forma expressa no art. 7º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 19 de outubro de 2005, o qual estabelece que a pessoa em causa deve participar o máximo possível no processo de decisão conducente ao consentimento e a investigação só deve ser realizada tendo em vista o benefício direto da saúde da pessoa a título excepcional, expondo-a ao mínimo possível de riscos e incômodos, estabelecendo ainda que “deve ser respeitada a recusa destas pessoas em participar na investigação”. O mesmo diploma traz em seu bojo no artigo seguinte o respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual, o que instaura necessariamente um conflito entre a autonomia dos dependentes e a evidente situação de vulnerabilidade, ambas protegidas pelo mesmo texto.

Os conflitos inerentes à seara bioética têm por base, em grande parte dos casos, a busca de um adequado equilíbrio entre a liberdade de um indivíduo e a sua dignidade²³⁷. No entanto, o que se percebe neste caso específico, é que a liberdade de agir do indivíduo pode ser mitigada em prol da vulnerabilidade do paciente, haja

²³⁶ WANSSA, Maria do Carmo Demasi. Autonomia versus beneficência. *Revista Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 19, n.1, 2011, p.110.

²³⁷ ANDORNO, Alberto. Liberdade e Dignidade da pessoa: dois paradigmas opostos ou complementares na Bioética?. In: MOLLER, Letícia Ludwig; COSTA, Judith Martins (Orgs.) *Bioética e Responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009, p. 73.

vista que a proteção a estes indivíduos pressupõe – em situações extremas - que eles sejam forçosamente retirados da situação caótica existente na *cracolândia*.

Importante fomentar a esta discussão trazendo à tona duas questões principais: É possível que se reserve ao indivíduo o respeito a sua autonomia quando este não está em condições de decidir? Quais as consequências desta atribuição de autonomia aos indivíduos com quadro severo de dependência química que (sobre)vivem em *cracolândias*?

Parece que o respeito à autonomia, nestes casos, admite, e até mesmo exige, uma intervenção visando o tratamento adequado do paciente. Neste sentido, Stuart Mill afirma que a coerção e o controle podem ser justificados quando tiver como fundamento a proteção dos indivíduos, quando estaria respaldada a interferência na sua liberdade de ação²³⁸.

Conforme ensinamento de Edmund Pellegrino, o respeito à integridade das pessoas também mudou de perspectiva, na medida em que atualmente a decisão do paciente não se resume a mero desacordo ou mero assentimento, refletindo a necessidade de uma decisão mútua e unânime entre médico e paciente. O paciente não pode ser visto como uma entidade isolada, sendo que o médico e o paciente juntos devem buscar respeitar-se mutuamente²³⁹.

A partir dessa afirmação conclui-se que a busca pela melhor decisão, considerando a opinião do médico e do paciente, não apresenta necessariamente a violação à autonomia do indivíduo. Em muitos casos o paciente se mantém autônomo, e muitas vezes apesar de não desejar o tratar-se, está consciente da necessidade da prescrição médica pelo tratamento de internação. No entanto, existem casos mais gravosos que o paciente não tem mais consciência da necessidade de tratar-se apesar de estar vivenciando um quadro clínico complicado

²³⁸ MILL, Stuart, apud. DWORKIN, Ronald. Levando os direitos a sério. São Paulo: Martin Fontes, 2002, p. 401.

²³⁹ “El respeto a la integridad de las personas también traslada la decisión del paciente del plano de simple asentimiento o desacordo al de consentimiento, es decir, a la toma de una decisión mutua y unánime entre el médico y el paciente. En ese sentido, el respeto a la integridad de las personas exige un esfuerzo decidido para llegar no solo a una decisión autónoma según criterios externos, sino a una que represente la base de conocimiento sentimiento entre el médico y el paciente. No se trata de que el paciente asienta o disienta como entidad aislada, sino que el médico y el paciente, juntos, consientan y respeten la intergridad del otro” (PELLEGRINO, Edmund Daniel. op. cit., p. 16).

que o expõe a risco de morte. Nessas circunstâncias justifica-se interferir na capacidade de agir do indivíduo.

Walter Esteves Piñeiro diferencia a capacidade de agir da capacidade jurídica, trazendo à baila o argumento de que a primeira se diferencia da segunda porque leva em consideração o estado psíquico do indivíduo, que está indubitavelmente alterado no âmbito dos dependentes químicos. Senão vejamos:

(...) a capacidade de agir diferencia-se da capacidade de direito, visto que toma em consideração a pessoa, não mais enquanto esta tenha a pertença de direitos subjetivos em geral, mas enquanto seja apta a governar-se por si, nas variadas contingências da vida prática, isto é, a exercitar por si o direito subjetivo; e pressupõe, portanto, a capacidade de direitos, ou jurídica. Mais adiante, afirma que a capacidade de agir corresponde a um estado psíquico de idoneidade a entender e a querer.²⁴⁰

O ideal seria que estes pacientes tivessem consciência da necessidade do tratamento e que adotassem essa postura de forma livre e desimpedida ou mesmo que aceitassem a prescrição médica de se submeter aos tratamentos proposto. No entanto esta circunstância de extrema compulsão pela droga interfere diretamente na capacidade do dependente de se “autodeterminar”, devendo ser desconsiderado o seu desejo de permanecerem inseridos na *cracolândia*, sem se submeterem a tratamento.

Isto porque, aceitar uma situação favorável ou recusar uma situação desfavorável atende a interesses momentâneos da pessoa, não exige alta capacidade para a tomada de decisão. Em contrapartida, recusar tratamentos que lhe coloquem numa situação mais confortável, em detrimento da manutenção de uma situação desfavorável exige alta capacidade decisória. Conclui-se que, no âmbito da dependência química em *cracolândias*, a voluntariedade pode ser afetada pela restrição (parcial ou total) da autonomia a partir da sua condição de membro de um grupo extremamente vulnerável²⁴¹.

²⁴⁰ PIÑEIRO, Walter Esteves. O Princípio Bioético da Autonomia e sua Repercussão e Limites Jurídicos. *Cadernos Adenauer*. n .1, ano III. Bioética. Rio de Janeiro, 2002, p. 120-121.

²⁴¹ RAYMUNDO, Márcia Mocellin, Avaliação da diversidade no processo de obtenção do consentimento através da autorização por representação em situações assistenciais e de pesquisa envolvendo crianças e idosos. Tese (Doutorada em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007, p. 23-25.

Embora a autonomia seja um parâmetro ético extremamente valorizado nas práticas da saúde é necessário contemplar este valor à luz da reflexão sobre vulnerabilidade. O posicionamento mais moderno admite que em condições específicas de vulnerabilidade não se pode contar com uma decisão responsável do paciente.

Até mesmo porque desconsiderar os prejuízos e perturbações na capacidade de julgamento e autodeterminação da população vulnerável, quando a pessoa se encontra, por exemplo, muito deprimida, maníaca, dependente química ou esquizofrênica, pode ser caracterizada como uma postura profissional omissa ou negligente, se pensarmos no risco à sua integridade e bem estar. A estes pacientes pode estar sendo atribuída uma responsabilidade que, naquele momento, lhes é difícil de ser atendida²⁴².

O exercício da autonomia está, pois, intimamente vinculado à ideia de responsabilidade, a qual atua “como requisito para o pleno exercício das liberdades existenciais a sanidade mental ou discernimento necessário, de a modo a se dimensionar todas as consequências dos atos autorreferentes”²⁴³. Logo, a autonomia está inequivocamente atrelada as noções de responsabilidade e discernimento do paciente, o que não se observa nos sujeitos destacados no presente trabalho, pelo que estes são compreendidos como não-autônomos.

A partir do recorte adotado na pesquisa, deve-se refletir acerca da possibilidade de privação da autonomia do indivíduo quando este se encontra numa situação de vulnerabilidade agravada provocada pela aguda dependência do crack aliada à situação de rua, quando se poderia entender este dependente como temporariamente impossibilidade de exercer sua liberdade de ação. Estes indivíduos residentes em *cracolândias* configuram uma vulnerabilidade extremada, que será a seguir examinada, permitindo a intervenção no sentido de submetê-lo a tratamentos sem o seu consentimento, obrigando-o, em casos excepcionais, a tratar-se a partir da determinação judicial como solução inevitável no caso concreto²⁴⁴.

²⁴² FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Léo. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Revista Bioética*, Brasília, v. 17, n. 2, 2009, p. 203-204.

²⁴³ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. op. cit., p. 193

²⁴⁴ ALBERGARIA, Matheus; LEONELLI, Vera. Direitos humanos e a polêmica da internação compulsória. In: TAVARES, Luiz Alberto; MONTES, Jane Cresus (Orgs.) *A adolescência e o*

É fundamental para esta pesquisa delimitar o âmbito de aplicação da internação involuntária, ressaltando que esta deve ser considerada apenas em casos muito graves, destacando-se a situação de alguns dos dependentes residentes nas *cracolândias*, objeto do presente estudo. Esta ressalva é aqui inserida para fugir do argumento da ladeira escorregadia²⁴⁵, a partir do qual se poderia construir a ideia de que a internação seria uma medida válida igualmente para todos os dependentes, e até mesmo, para todos os usuários.

Tal posicionamento é veementemente rechaçado, pois a internação é um artefato que possibilita abusos e restrições muito gravosas de direitos para que seja utilizado indistintamente, seja de maneira involuntária ou compulsória. “Entender de forma diferente é tornar compulsório o tratamento médico em todas as hipóteses (...), o que não se pode admitir sob pena de violação à autonomia do paciente”²⁴⁶.

Portanto, é fundamental delimitar os sujeitos que podem (por necessidade) ser submetidos a estes tipos de tratamento a partir da análise de três fatores que serão adiante contrapostos: a autonomia, a vulnerabilidade e a proteção.

Vale ressaltar ainda, que o tratamento involuntário tem por finalidade secundária assegurar ao indivíduo a possibilidade de resgatar a autonomia. Trata-se, pois, de um curto período de mitigação da liberdade de agir como condição necessária para amenizar o quadro clínico do paciente e também para que este resgate da capacidade de autodeterminação afeta em face do consumo abusivo de crack.

Para que o tratamento seja imposto pela família, pelo Judiciário e pelos profissionais de saúde, necessário perpassar os riscos a que se submetem estes pacientes e o objetivo protetivo da intervenção, aqui retratada como forma de

consumo de drogas: uma rede informal de saberes e práticas. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2014, p. 124.

²⁴⁵ “A expressão ‘ladeira escorregadia’ (slippery slope) foi assim empregada por F. Schauer em 1975. O argumento consiste em afirmar que a admissão da validade de uma certa norma controversa em função de uma certa ação pretendida implica admitir igualmente a validade de um conjunto sucessivo de outras normas que permitem uma série de outras ações originalmente imorais ou não pretendidas. (...) Trata-se, supõem seus defensores, de uma consequência puramente lógica”. (AZEVEDO, Marco Antônio Oliveira de. *Bioética fundamental*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002, p. 76.

²⁴⁶ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. op. cit., p. 320.

reconhecimentos da vulnerabilidade e da necessária proteção do sujeito (já vulnerado).

A internação não se apresenta, neste contexto, como penalidade, tampouco como punição, é uma forma de tratamento que deve ser aplicada sempre pelo menor tempo possível, e que tem por finalidade o empoderamento do sujeito, conforme se verá adiante. Até mesmo porque, após o curto período necessário o paciente reestabelece a sua capacidade de decidir sobre as próximas etapas do tratamento, não sendo todo o método terapêutico aqui proposto reduzido a internação forçada.

Considerando a vulnerabilidade e o risco inerentes a condição do sujeito numa situação extrema que possibilite a intervenção forçada, a interação que dela decorre deve refletir o esforço dos sujeitos responsáveis pelo cuidado para que o sujeito em sofrimento (re)construa sua autonomia. “Significa entender o cuidado como reconstrução da ajuda para o fortalecimento da autonomia do outro, baseada em relações que possibilitem a emancipação, e não a opressão”²⁴⁷.

A partir do momento em que um indivíduo resgata a sua autonomia este passa a ter capacidade de decidir, inclusive, acerca da continuidade ou não do uso de drogas. Sendo assim, pode escolher continuar o uso – se não quiser ou não puder parar –, mas é preciso que adquira conhecimento dos modelos de uso menos agressivos.

4.3 ASPECTOS BIOÉTICOS DA INTERNAÇÃO: VULNERABILIDADE E PROTEÇÃO

Quando se observa a realidade inerente às *cracolândias*, imediatamente salta aos olhos a presença inquietante de dezenas – às vezes centenas – de indivíduos “em situação de rua e uso de drogas, vivendo sob condições de alta vulnerabilidade social e, por isso, expostos a graves riscos à saúde física e psíquica, o que se repete no cotidiano de muitas cidades brasileiras”²⁴⁸.

²⁴⁷ QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 35.

²⁴⁸ PLENA, Miriam Gracie. Consultório de Rua: uma clínica externa para usuários de drogas. In: NERY FILHO, Antônio (org.). As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, p. 195.

Necessário trabalhar com o conceito ampliado de risco, o qual se apresenta como todo tipo de evento da vida que aumenta a probabilidade do indivíduo desenvolver problemas físicos, sociais, ou emocionais. Não significa dizer que os riscos são determinantes, mas deve-se levá-los em consideração para a análise do grau de vulnerabilidade em que se encontra uma dada população²⁴⁹.

Importante aqui diferenciar a noção de risco da vulnerabilidade, sendo o risco “um conhecimento analítico e probabilístico, enquanto que a vulnerabilidade aponta para um conhecimento sintético de plausibilidade”²⁵⁰. Ou seja, enquanto o risco se apresenta como um fator pontual, a vulnerabilidade se apresenta como condição inerente ao sujeito durante toda a vida.

A palavra vulnerabilidade, de origem latina, se refere à possibilidade de ser ferido. Os seres humanos, em sua totalidade, são suscetíveis de serem atingidos tanto fisicamente quanto na esfera de sua dignidade²⁵¹. A vulnerabilidade, a partir da análise etimológica do termo, se refere a todos os seres (vivos e humanos), sendo inseparável da noção de fatuidade da vida.

Jorge Biscaia acrescenta que esta condição humana fica ainda mais evidente quando analisada à luz da experiência médica que torna ainda mais aparente a doença e a morte como elementos que marcam a vida do homem²⁵². A luta da medicina contra a fragilidade do corpo humano, paradoxalmente, torna ainda mais evidente a sua vulnerabilidade e finitude

Existem casos em que esta vulnerabilidade potencial é agravada pelas conjunturas da vida e da saúde do sujeito, caracterizando a sua vulneração. É fundamental para a bioética contemporânea distinguir a mera vulnerabilidade da

²⁴⁹SILVA, Lucas Neiva; KOLLER, Sílvia Helena. Fatores de Risco e Proteção associados ao uso de drogas entre crianças e adolescentes em situações de rua. In: SILVA, Eroy Aperecida da; MICHELI, Denise de. *Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* (org) São Paulo: Editora Fap – Unifesp, 2011, p. 315

²⁵⁰JUNGES, José Roque. Vulnerabilidade e Saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007, p. 114.

²⁵¹CARNEIRO, Paula Jacinta Moreira Gonçalves. op. cit., p. 46.

²⁵²BISCAIA, Jorge. A bioética e o Centro de Estudos de Bioética: do passado ao futuro. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; LIMA, Manuela (Orgs.) *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra/São Paulo: Editora Gráfica de Coimbra/Centro Universitário São Camilo, 2005, p. 249.

efetiva vulneração, tendo em vista que nem todas as pessoas potencialmente vulneráveis são vulneradas concretamente²⁵³.

A vulneração tem relação imediata com as “circunstâncias sociais que aumentam a vulnerabilidade em decorrência de processos sociais que discriminam e estigmatizam grupos, segmentos ou populações”²⁵⁴, sendo característica associada a um determinado grupo e/ou contexto.

Além de se apresentar como condição, outros dois sentidos são apresentados por Maria do Céu Patrão das Neves: como característica e como princípio. É, pois, condição por ser atribuída de forma indistinta a todos os seres humanos, característica de pessoas ou grupos vulneráveis, e como princípio, remetendo-se para uma concepção antropológica, sendo inclusive adotado como fundamento da bioética a partir da *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*²⁵⁵.

Para que seja atribuída a característica de vulnerável a um indivíduo este deve ser considerado em seu contexto e nas suas condições específicas. A partir da análise situacional dos sujeitos alguns serão classificados como vulneráveis, no sentido de característica, em decorrência de sua condição (transitória ou não) de inferiorizados ou desfavorecidos.

Esta avaliação da vulnerabilidade como característica é necessária porque se refere a uma questão sindrômica, com sintomas e sinais variáveis. Por isso, a vulnerabilidade deve ser “avaliada quanto à sua etiologia, à sua fisiopatologia, ao seu quadro clínico, ao seu diagnóstico, aos seus fatores desencadeantes, para que se tomem as medidas mais adequadas quanto à terapêutica, ao seu prognóstico e as medidas profiláticas”²⁵⁶.

²⁵³ ARAN, Márcia; PEIXOTO Jr., Carlos Augusto. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n.5, p. 849-857, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000500020&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 jul. 2014.

²⁵⁴ SIQUEIRA, José Eduardo de; PORTO, Dora; FORTES, Paulo Afonso de Carvalho. Linhas temáticas da Bioética no Brasil. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias e Letras; Sociedade Brasileira de Bioética, 2007, p.167.

²⁵⁵ NEVES, Maria do Céu Patrão. Sentidos da Vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007, p. 30/40.

²⁵⁶ HOSSNE, William Saad. Dos referenciais da bioética – a Vulnerabilidade. *Revista Bioethikos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2009, p 49.

Considerar a vulnerabilidade dos indivíduos, no entanto, “exige mais do que uma prática médica tecnicamente precisa. A proteção das pessoas vulneráveis, pressupõe conhecimentos não-técnicos, como sensibilidade”²⁵⁷. A partir da preocupação com o sofrimento do outro, a vulnerabilidade brota no cenário do existir humano como uma expressão da ética da solicitude que motiva o cuidado ao outro²⁵⁸.

Apesar de estar geralmente relacionada às populações especiais, como deficientes e idosos, a vulnerabilidade pode se referir a uma série de situações de risco. Portanto, um enfoque analítico com ênfase no contexto é mais apropriado para compreender os residentes em *cracolândias* como indivíduos vulneráveis²⁵⁹, e, em alguns casos, não autônomos.

A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelece que “a vulnerabilidade refere-se a estado de pessoas ou grupos, que por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido”, estabelecendo um cruzamento entre vulnerabilidade e autonomia do sujeito.

Necessário estabelecer limites à autonomia quando esta é confrontada com extrema vulnerabilidade física e social, não apenas decorrente da dependência em crack, mas também, e principalmente, pela situação de rua e seus prejuízos associados. Isto porque, não se deve compreender por autonomia apenas a tolerância à situação de degradação. Na medida em que se agigantam as vulnerabilidades se impõe uma ação no sentido de proteger aquele sujeito vulnerado mesmo que em alguns casos esta proteção confronte com a decisão autônoma do indivíduo.

Antônio Nery, Cláudio Lorenzo e Fátima Diz afirmam que existem situações de vulnerabilidade agravadas por circunstâncias especiais de vulneração (transitórias ou não) nas quais a capacidade de entendimento e determinação autorizam a redução

²⁵⁷ DINIZ, Débora; COSTA, Sérgio. op. cit., p. 50.

²⁵⁸ ZUBEN, Newton Aquiles Von. op. cit., p. 68.

²⁵⁹ STEPKE, Fernando Lolas. op. cit., p. 88.

ou a inteira supressão da autonomia, exigindo a presença de terceiros no exercício da proteção do desses sujeitos²⁶⁰.

Neste sentido Maria do Céu Patrão Neves salienta que a vulnerabilidade não é uma construção axiologicamente neutra tendo em vista que “a qualificação de pessoas e populações como vulneráveis impõe a obrigatoriedade ética da sua defesa e proteção”²⁶¹. Assim, a vulnerabilidade aponta para a exigência da proteção, mesmo daqueles que não podem consentir a intervenção e, conforme defendido no presente trabalho, mesmo contra a vontade do sujeito em algumas situações.

José Roque Junges assevera ainda que “ter consideração por quem é vulnerável significa assegurar a proteção da vida que vai além da proteção da integridade moral, da dignidade humana e da autonomia”²⁶². Asseverando ainda que o princípio da vulnerabilidade teria primazia sobre os demais princípios éticos por representar as condições necessárias para que o indivíduo tenha acesso a uma vida íntegra e digna.

Um dilema ético se impõe a partir da necessidade de estabelecer critérios aceitáveis para que se determine quando o paciente deve ser tratado apesar da sua recusa. Este tema deve ser analisado a partir da “interdependência e complementaridade entre os princípios, de modo particular, o de vulnerabilidade, de autonomia, de integridade e de dignidade”²⁶³.

Estes indivíduos aqui descritos, por vezes, estão vulnerados de tal forma que assegurar-lhes a autonomia se confunde com a tolerância a sua deterioração, ignorando a permanente diminuição da sua integridade física. Nestes casos, o respeito ao paciente inclui uma estratégia que permite intervir para proteger.

Leo Pessini e Jônia Felícia, tratando acerca de intervenções involuntárias entendem que a internação nestas circunstâncias legitima-se quando o objetivo é proteger e tratar o indivíduo, ancorando-se ainda “nos valores do meio sociocultural em que ambos, profissional e paciente, desenvolvem-se como seres humanos”²⁶⁴. O

²⁶⁰ NERY FILHO, Antônio; LORENZO, Cláudio; DIZ, Fátima. op. cit., p. 132.

²⁶¹ NEVES, Maria do Céu Patrão. op. cit., p. 31.

²⁶² JUNGES, José Roque. op. cit., p. 1111112.

²⁶³ ZUBEN, Newton Aquiles Von. op. cit., p. 74.

²⁶⁴ FELÍCIO, Jônia Lacerda; op. cit., p. 215.

problema reside em delimitar os limites da relação médico-paciente, sob pena de ensejar decisões arbitrárias e puramente paternalistas.

Trata-se de uma questão delicada que demanda a definição de critérios objetivos. “Para o bem, tanto dos pacientes como dos médicos, a divisa entre liberdade do paciente para escolher e o dever do médico de atuar de forma paternalista necessita ser delineada tão precisa e publicamente quanto possível”²⁶⁵.

A intervenção é confundida com uma atitude paternalista por parte do médico (ou do juiz) que determina tratamentos involuntários, e muitas vezes é. No entanto, conforme salienta Michael Kottow, essas ações que visam a eliminação das vulnerabilidades secundárias²⁶⁶ devem ser compreendidas como ações protetoras, as quais por vezes são entendidas como um paternalismo errôneo, quando na verdade é um paternalismo moralmente aceitável²⁶⁷, que existe apenas porque não existe condições para o exercício da plena autonomia.

No que se refere ao paternalismo, Ana Carolina Brochado Teixeira traça um curto histórico da relação médico-paciente. Em outras épocas o paternalismo era devido ao fato de que o médico era considerado como portador da verdade, sendo a representação da cura, devendo ser acatadas todas as soluções por ele apresentadas. A partir de um período de transição, de forte influência humanista e individualista, houve uma modificação relação médico-paciente, na qual este último passou a ocupar posição de centralidade, principalmente a partir da essencialidade do seu consentimento, o que teve como marco a previsão no Código de Nuremberg²⁶⁸. Apesar do abandono da realidade na qual o médico era obrigado a

²⁶⁵ SEGRE, Marco; MARCOLINO, José Álvaro Marques. op. cit., p. 105.

²⁶⁶ A vulnerabilidade entendida como condição ontológica de qualquer ser vivo corresponde à “vulnerabilidade primária” ou “vulnerabilidade em geral”, distinguindo-se daqueles que estão ainda mais suscetíveis a serem feridos, os quais apresentam “vulnerabilidades secundárias”. Esta noção corresponde a distinção realizada por Maria do Céu Patrão Neves entre vulnerabilidade como condição e característica.

²⁶⁷ KOTTOW, Miguel. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Orgs.). Bioética, poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola, 2003, p. 75.

²⁶⁸ O primeiro princípio elencado pelo Código de Nuremberg estabelece que: “O consentimento voluntário do ser humano é absolutamente essencial. Isso significa que a pessoa envolvida deve ser legalmente capacitada para dar o seu consentimento; tal pessoa deve exercer o seu direito livre de escolha, sem intervenção de qualquer desses elementos: força, fraude, mentira, coação, astúcia ou outra forma de restrição ou coerção posterior; e deve ter conhecimento e compreensão suficientes do assunto em questão para tomar sua decisão. Esse último aspecto requer que sejam explicadas à pessoa a natureza, duração e propósito do experimento; os métodos que o conduzirão; as inconveniências e riscos esperados; os eventuais efeitos que o experimento possa

salvar a vida do enfermo a qualquer custo – sendo ator das decisões do tratamento conferido ao paciente – não é possível afastar-se completamente de um dever de tratar, o que resta ainda mais premente quando o paciente não tiver capacidade para discernir, quando o médico possui ainda não apenas o direito de tratar, mas o dever de tratar, considerando sempre os melhores interesses do paciente e a sua integridade física e psíquica²⁶⁹.

Quando existe a impossibilidade de atender aos comandos da autonomia do paciente tendo em vista a sua incapacidade, resta autorizada a intervenção que tenha finalidade terapêutica, em nome da preservação da sua integridade. Nestes casos, o médico tem inclusive o dever, profissional e moral, de ser paternalista, o qual se estabelece a partir da falta de higidez psíquica do paciente em fazer opções referentes ao seu corpo e ao seu tratamento.

O dever do médico de curar nem de longe pode ser motivo suficiente para que ele aja contra a vontade do paciente detentor de discernimento, aquele que tem plenas condições de tomar uma decisão responsável e de ser protagonista do seu tratamento²⁷⁰. No entanto, nos casos aqui estudados a autonomia resta prejudicada pela extrema compulsão pela droga e pelas alterações psíquicas que dela decorrem, não sendo possível nessas situações extremas assegurar o consentimento destes dependentes por não terem autonomia suficiente para escolher livremente o seu tratamento.

Nestes casos a conduta de violação a autonomia se justifica a partir da avaliação de três critérios: a) o mal prevenido pela violação à liberdade deve ser maior do que o mal cometido, sendo justificado em casos de prejuízos severos como a morte ou a deficiência física; b) os prejuízos do tratamento devem ser menores do que a sua não-realização; e, c) o desejo do paciente em não se tratar deve ser considerado irracional²⁷¹.

Conforme defendem os autores contrários à internação involuntária, o sujeito autônomo deve posicionar-se acerca dos planos terapêuticos, sem sofrer influências

ter sobre a saúde do participante. O dever e a responsabilidade de garantir a qualidade do consentimento recaem sobre o pesquisador que inicia, dirige ou gerencia o experimento. São deveres e responsabilidades que não podem ser delegados a outrem impunemente”.

²⁶⁹ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. op. cit., p. 241-262.

²⁷⁰ Ibid., p. 304.

²⁷¹ SEGRE, Marco; MARCOLINO, José Álvaro Marques. op. cit., p.94.

controladoras e compulsórias de terceiros, o que se constituiria como atitude paternalista injustificável²⁷². No entanto, é fundamental destacar que não é a isenção total de intervenções alheias que caracteriza a autonomia. Estas intervenções, conforme se defende no presente estudo, são, muitas vezes necessárias as vezes como medida necessária para proteger o paciente, e até mesmo para assegurar que este continue vivo.

Nestes casos, a intervenção se coaduna com a proteção do paciente. A vertente da bioética que estuda esta questão foi denominada bioética da proteção. Ela reflete a moralidade das práticas em saúde pública envolvendo populações suscetíveis e vulneradas, as quais devem levar em consideração elementos como a escassez de recursos, os conflitos sanitários, e, principalmente, as implicações para os indivíduos (vulnerados e excluídos) afetados com a medida²⁷³.

Trata-se de corrente associada a bioética latino-americana que foi construída pelos bioeticistas Fermin Roland Schramm e Miguel Kottow e tem como um dos seus fundamentos a obrigação do Estado de assumir obrigações na esfera de saúde pública sob o fundamento de uma responsabilidade social relacionada aos necessitados, tendo o Estado a função de proteger a integridade física e patrimonial de todos os indivíduos que estão no seu território, principalmente aqueles em condição de maior vulnerabilidade²⁷⁴.

A bioética da proteção está diretamente vinculada, conseqüentemente, a proteção dos vulneráveis, desmedrados, frágeis ou necessitados. Constituindo, segundo Schramm, “a condição necessária para que se possa falar em ética aplicada e afirmar, com algum grau de credibilidade, que a bioética é uma ferramenta capaz de dar conta dos conflitos no duplo sentido de esclarecê-los e de resolvê-los”²⁷⁵.

²⁷² BARRETO NETO, Heráclito Mota. op. cit., p. 74-75.

²⁷³ SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética de proteção é pertinente e legítima? *Revista Bioética*, Brasília, v.19, n.3, dez. 2011, p. 716.

²⁷⁴ OLIVEIRA, Aline Albuquerque; VILLOPOUCA, Karin Calazans; BARROSO, Wilton. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. *Revista Bioética*, Brasília, v.1, n.4, 2005, p. 372-373.

²⁷⁵ SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: In: GARRAFA, Volnei, KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya (Orgs.). Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia, 2006, p. 145.

Schramm entende, neste sentido, que a bioética da proteção se apresenta como ferramenta para enfrentar os problemas que surgem em saúde pública nos países em desenvolvimento. A sua aplicação seria pertinente à “qualquer paciente moral que não possa se defender sozinho ou agir autonomamente por alguma razão independente de sua vontade e responsabilidades”²⁷⁶.

No âmbito da saúde, a bioética se ocupa com a proteção em duplo sentido: garantir aos destinatários da saúde pública um efetivo atendimento e tratamento das suas necessidade de saúde, ao mesmo tempo em que deve assegurar condições objetivas para o desenvolvimento e expansão das liberdades individuais²⁷⁷.

As propostas recentes, em sede de bioética latino-americana, aproximam a bioética da proteção de uma bioética da intervenção, conforme já dito, considerando ambas como vertentes complementares que priorizam os interesses dos mais desamparados e argumentam a favor da defesa de ações afirmativas em prol dos indivíduos vulnerados²⁷⁸. Estabelecendo que, em muitos casos, proteger significa (também) intervir.

Isto porque, em algumas situações concretas determinados sujeitos e/ou populações não possuem condições necessárias para exercer a autonomia que lhes é inerente. Nestas hipóteses a bioética da proteção justifica admitir situações de tolerância com a redução de autonomia do sujeito, seja para o bom funcionamento da sociedade e sobrevivência da espécie humana, seja para promover a proteção real do sujeito afetado, o qual se encontra numa agravada situação de vulnerabilidade, caracterizando assim duas maneiras complementares de pensar a bioética da proteção: a *estrito senso* e a *lato senso*²⁷⁹.

“A bioética de intervenção considera que, como há necessidade de eleger um valor universal para pautar a ética das relações, tal valor seja a existência mesma da

²⁷⁶ SCHRAMM, Fermin Roland. op. cit., 2008, p. 403.

²⁷⁷ SCHRAMM, Fermin Roland. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. In: Revista Brasileira de Bioética, Vol. 3, N. 3, 2007, p. 386.

²⁷⁸ SCHRAMM, Fermin Roland; ANJOS, Márcio Fabri dos; ZOBOLI, Elma. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). Bioética no Brasil: tendências e perspectivas. São Paulo: Idéias e Letras; Sociedade Brasileira de Bioética, 2007, p.31.

²⁷⁹ SCHRAMM, Fermin Roland. Op.cit., 2008, p. 401.

pessoa, sua vida orgânica e social”²⁸⁰, atribuindo valor máximo à vida dos indivíduos e autorizando, deste diapasão, intervir para preservar a vida e para assegurar a libertação, o empoderamento²⁸¹ e a emancipação do sujeito como condições para alcançar sua inclusão plena na dinâmica social.

A missão política do estado de proteger os membros da sociedade não é questionada, no entanto, não se pode deixar de arguir qual a extensão desta proteção. Isto porque, a função protetora do estado, ao ampliar-se além dos limites dos conflitos humanos, se estabelece como uma atitude paternalista, que por vezes confunde a proteção social com o poder de polícia.

Para que possa intervir, o Estado deve ponderar acerca dos riscos iminentes das populações vulneráveis para que faça um melhor juízo de valor sobre as políticas públicas adotadas, principalmente aquelas que não dependem do consentimento do indivíduo. Estas “políticas para enfrentar a ameaça de riscos levantam a questão da comparação entre danos e benefícios atuais com possíveis danos e benefícios futuros”²⁸².

A ética de proteção se distancia da política precisamente porque não insiste na visão de que seja necessariamente o Estado que assuma a sua realização. Para que isso ocorra, no entanto é fundamental que exista ao menos uma fiscalização eficiente por parte de um governo central²⁸³. Isso significa que embora a proteção não seja necessariamente um dever do Estado a fiscalização, em maior ou menos medida, deve ser realizada pelo Poder Público.

Considerando as transformações sociais e os atuais conflitos em bioética, é fundamental ter como base uma vertente que se “orienta pelo respeito e incentivo à

²⁸⁰ SIQUEIRA, José Eduardo de; PORTO, Dora; FORTES, Paulo Afonso de Carvalho. op. cit., 2007, p.170.

²⁸¹ O empoderamento parte da ideia de dar às pessoas o poder, a liberdade e a informação que lhes permitem tomar decisões e participar ativamente da organização; aumentando, assim, a autonomia pessoal e coletiva de indivíduos (ou grupos), principalmente aqueles excluídos e oprimidos.

²⁸² ENGELHARDT JR., H. Tristram. op. cit., p. 133.

²⁸³ KOTTOW, Miguel. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: DINIZ, Débora; COSTA, Sérgio. *Ensaio: Bioética*. 2.ed. São Paulo: Brasiliense; Brasília: Letras Livres, 2006, p. 133.

liberdade individual de tomada de decisão (...) aliada a necessidade de proteção dos mais desfavorecidos, vulneráveis, vulnerados ou frágeis”²⁸⁴.

A resposta está, pois, em proteger os vulneráveis e vulnerados, principalmente aqueles que residem nas crackolândias, tendo em vista as múltiplas vulnerabilidades decorrentes dessa situação. A proteção, em alguns casos perpassa a necessária internação como forma, inclusive, de mantê-lo vivo em situações muito gravosas. Este procedimento pode ser realizado ainda contra a vontade do paciente, desde que asseguradas todas as garantias processuais e terapêuticas para que se estabeleça a internação em sua modalidade compulsória.

4.4 A INTERNAÇÃO E SUA EFETIVIDADE

É importante destacar, inicialmente, que as drogas são consideradas problemas de saúde pública, e como tal demandam a instituição de políticas públicas²⁸⁵, as quais vêm sendo aos poucos implementadas e aprimoradas. Este tema não será aqui aprofundado porque não se defende em hipótese alguma a internação involuntária e compulsória como política pública de tratamento mais adequada à dependência química. No entanto, considerando a drogadição do ponto de vista do dependente químico, este demanda atenção específica, possuindo características peculiares que devem ser reconhecidas e avaliadas para que seja aplicado o tratamento mais adequado ao caso concreto, o que pode se constituir em internamento, afastando-se da noção macroscópica da política pública para voltar-se à individualidade do sujeito atingido.

No âmbito da saúde pública é imperativo destacar que esta vive uma crise decorrente nas mudanças nos quadros de morbidade que se apresentam na

²⁸⁴ FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. A bioética em um mundo em transformação. Revista bioética, v. 19, n. 2, p. 323.

²⁸⁵ “A existência de uma esfera de vida que não é privada ou puramente individual, e sim sustentada pelo que é comum e público. E, sendo comum em termos de comunidade política, cabe ao Estado a responsabilidade principal, se não exclusiva, por sua preservação. (...) ter uma política pública significa ter razões ou argumentos que contenham não só a compreensão de um problema, como também sua solução”. (SAPORI, Luís Flávio; SENA, Lucia Lamounier; SILVA, Braúlio Figueiredo Alves da. A relação entre o comércio do crack e a violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte. In: SAPORI, Luis Flávio; MEDEIROS, Regina (Orgs.). CRACK: Um desafio social. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2010, p. 69).

população. As tradicionais doenças infecciosas cederam lugar à novos problemas crônico-degenerativo, dentre os quais se inclui a dependência química²⁸⁶.

A saúde pública então passou a ter como desafio lidar com estes novos problemas, ampliando as estratégias de incremento da qualidade de vida, as quais, por vezes, encontram como obstáculo a responsabilidade do indivíduo pelas suas escolhas e pelos tratamentos a que se submetem. Entretanto, a preocupação das estratégias de promoção da saúde pública deve estar muito mais voltada à questão da responsabilidade social do Estado frente aos cidadãos na medida em que tem por objetivo proteger indistintamente o direito à saúde dos cidadãos²⁸⁷.

“As políticas públicas (...) tanto podem estar destinadas a manter estruturas de privilégios e subalternidades quanto podem se destinar a reduzir desigualdades, promovendo autonomias, garantindo direitos e, assim, construindo cidadania”²⁸⁸. Por muito tempo imaginou-se que a construção da cidadania dos dependentes químicos perpassasse necessariamente a internação, o que com o tempo demonstrou-se não ser verdadeiro.

Até o ano de 2002, considerando inclusive a abordagem do tratamento aos portadores de transtornos mentais, prevalecia, no âmbito da dependência em drogas, “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, baseadas em práticas de natureza medicamentosa, disciplinar ou de cunho religioso-moral, reforçando o isolamento social e o estigma de viciado. No entanto, a partir de 2003, o Ministério da Saúde formulou uma Política Nacional Específica para Álcool e Drogas, que assume o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários, segundo a Lei 10.216/01, marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira²⁸⁹.

Na perspectiva do CAPSad e da redução de danos (RD), mais aliada com os princípio da luta antimanicomial, para chegar ao tratamento propriamente dito, existe um processo anterior de vínculo com os profissionais de saúde, de cuidado básico do sujeito e de diálogo sobre as estratégias a serem implementadas como caminho para se chegar ao resultado final (que não necessariamente equivale à abstinência).

²⁸⁶ SCHRAMM, Fermin Roland. A terceira margem da saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996, p. 78.

²⁸⁷ VERDI, Marta Inez Machado; op. cit., p. 206.

²⁸⁸ ALBERGARIA, Matheus; LEONELLI, Vera. op. cit., p. 119.

²⁸⁹ PINHO, Paula Hayasi; op. cit.

No entanto, em alguns casos não existe “tempo” para aguardar e desenvolver este percurso sem colocar em risco de vida o paciente, e, nestas hipóteses, se for feita a opção de deixar que o paciente busque sozinho o tratamento, poderá não ser mais eficaz quando (e se) este o encontrar²⁹⁰.

Preferencialmente, a internação deve ser precedida de consulta ambulatorial para que seja assegurado um diagnóstico situacional do paciente, permitindo ao profissional de saúde analisar as circunstâncias do caso e questioná-lo com o objetivo de identificar se existe o uso problemático e dependência, a partir de perguntas como: “O que usa? Como usa? Onde usa? Porque usa?”.

A partir dessas respostas, em alguns casos, se configurará um quadro que demande a internação, sendo esta uma ferramenta terapêutica que se estabelece como meio e não como um fim em si mesma. A partir de uma maior aproximação entre o terapeuta e o dependente possibilita outro tipo de vinculação com o tratamento, afastando-se do caráter involuntário para desencadear uma relação de engajamento em detrimento da ideia de internação como punição. Neste sentido, o psiquiatra argentino Eduardo Kalina, especializado no tratamento de dependentes químicos, afirma que, ao longo de todos os anos em que atuou promovendo e tratando indivíduos a partir da internação sem o seu consentimento, em ‘nenhum caso de internação forçada’ (sic), o indivíduo teria de forma definitiva se recusado a cooperar e se tratar. “Pelo contrário, em poucas horas ou dias, durante os quais recebeu todo tipo de atenções terapêuticas, embora manifestamente as rejeitasse, cedeu em sua atitude de zanga e ressentimento, pois se sentiu aliviada e ajudada a vencer sua escravidão”²⁹¹.

Nesses casos extremos, é imperioso para os médicos utilizar-se da intervenção forçada, inclusive para manter a vida do paciente, o qual muitas vezes, passado o momento inicial de negativa e revolta, acaba reconhecendo o problema e aceitando o tratamento ou se submetendo a outra modalidade de tratamento que não seja a internação.

²⁹⁰ VIEIRA, Tereza Rodrigues. op. cit., p. 91.

²⁹¹ KALINA, Eduardo. op. cit., p. 202.

Deixando claro que a internação só pode ser feita quando há indicação médica, Luís Patrício elenca algumas hipóteses em que os tratamentos são estratégias para o auxílio do tratamento dos toxicodependentes:

A pessoa pode ser internada por um período curto, de umas horas a dois ou três dias, por exemplo, porque está em estado confusional. Pode ser internada por três a cinco dias para fazer a 'paragem' dos consumos, a desintoxicação, e iniciar o tratamento com antagonistas. Pode ser internada por cinco a dez dias para fazer a desintoxicação. Pode ser internada por umas semanas para se tratar de uma depressão ou de uma psicose aguda. Pode ser internada em qualquer hospital por outra doença que lhe surja. Pode ser internada por meses numa comunidade ou num tratamento terapêutico²⁹².

O início do tratamento de dependência de cocaína e crack geralmente se dá com o processo de abstinência por abordagem de curta duração que varia de duas a quatro semanas e é feita em regime ambulatorial/domiciliar ou de internação em regime protegido, sendo o último caso mais frequente devido ao aumento de chance de sucesso do tratamento por conta do afastamento mais efetivo da substância²⁹³.

Este curto período é importante para que o toxicômano se desacostume da ingestão de drogas. No entanto, não resolve o problema. O verdadeiro trabalho é posterior à desintoxicação e dependem da motivação do paciente. A partir do momento em que este se conscientiza acerca da gravidade da sua situação (física, psíquica e social) passa a aceitar, e até mesmo, a procurar outros modelos de tratamentos alternativos ou complementares à internação²⁹⁴.

Quando a internação forçada é utilizada como única medida terapêutica a efetividade do tratamento é comprometida. Isto porque, se não houver um efetivo trabalho posterior a esta etapa o indivíduo irá rapidamente recorrer à droga. A vontade do paciente em se tratar é, pois, fundamental na "luta" contra as possíveis recaídas do paciente.

Recentemente, o Jornal Zero Hora, do Rio Grande do Sul, veiculou uma notícia discorrendo acerca do alto índice de recaídas dos pacientes dependentes em crack

²⁹² PATRÍCIO, Luís Duarte. *Droga de vida, vidas de drogas*. Rio de Janeiro: Bertrand Editora, 1995, p. 174-175.

²⁹³ BRASIL. Ministério da Justiça. op. cit., p. 60

²⁹⁴ BUCHER, Richard; COSTA, Priscila Fernandes. Modelos de atendimento aos usuários de drogas. In: BUCHER, Richard (Org.). *As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo: Cordato - Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos/EPU, 1988, p. 70-71.

após as internações, o que ensejava, inclusive, repetidas internações²⁹⁵. No entanto, a recaída não é “privilegio” do crack e muito menos daqueles que são tratados de maneira involuntária. É necessário reconhecer que durante o tratamento da toxicomania estarão presentes avanços e recuos, sendo a recaída inerente à dependência da droga.

Sendo assim, não se pode considerar a recaída como falha no sistema. Até mesmo porque, partindo-se da perspectiva da redução de danos, que não é abstencionista, o indivíduo, ao reduzir o uso já apresenta avanços no tratamento, não significando que o fato de consumir substâncias psicoativas seja considerado, por si só, como fator problemático.

A desvantagem do internamento compulsório diz respeito, inclusive, ao fato de que o dependente, não vai ficar curado da dependência com a internação de alguns dias. E com isso, ao recair é possível que este enfrente todas as críticas e frustrações da família, agravando o sentimento de culpa e impotência do próprio paciente²⁹⁶.

O alto índice é, pois, decorrente de modelo abstencionista que prevê como única solução o completo afastamento da droga, o que não é defendido nesta pesquisa. Isso porque, como já foi visto, o indivíduo é autônomo para utilizar a droga, não estando exercendo a sua autonomia, em alguns casos, apenas pelo elevado grau de vulnerabilidade e risco a que se submetiam na rua, necessitando de uma intervenção temporária.

No entanto, passado o (curto) período de desintoxicação, associado a outras medidas complementares necessárias à melhora do quadro clínico do paciente, este deverá ser encaminhado para outra forma de tratamento que contemple a abstenção ou um consumo mais responsável e menos destrutivo. Sendo assim, resta claro que o tratamento tem por finalidade fazer com que estes dependentes voltem a exercer a sua capacidade de agir livremente, o que foi mitigado pela situação emergencial em que se encontravam, a qual autorizou a supressão da autonomia.

²⁹⁵ GONZATTO, Marcelo. Quase 90% dos jovens voltam a usar crack logo após o tratamento. *Zero Hora Notícias*. 04 ago 2014. Disponível em: <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/08/quase-90-dos-jovens-voltam-a-usar-crack-logo-apos-tratamento-4563003.html>. Acesso em: 20 dez 2014.

²⁹⁶ PATRÍCIO, Luís Duarte. op. cit., p. 175.

Este processo de internamento deve ocorrer em clínica terapêutica especializada neste tratamento, não num ambiente carcerário, tampouco dopando estes indivíduos com doses maciças de psicofármacos – o que, inclusive faz acarrear novo vício. A partir do tratamento adequado, num ambiente propício, estes pacientes conseguem “recuperar sua capacidade de acreditar na vida e de ser livres, ou aprender a tê-la, quando já se esquecerem destes sentimentos ou potenciais humanos, devido a, desde muito jovens, terem vivido sobre os efeitos”²⁹⁷ das substâncias que ocasionaram a dependência.

A partir do momento em que o indivíduo inicia o tratamento, mesmo nas hipóteses em que o mesmo não foi consentido, já se estabelece uma melhora. A partir de então, o indivíduo caminha por uma série de passos que demonstram o seu avanço. Assim, “quando o doente é capaz de fazer crítica adequada ao que se passa consigo, (...) reorganiza a sua vida pessoa, familiar e relacional, e conquista a sua autonomia, está a avançar”²⁹⁸.

Promover a autonomia do dependente químico exige respeito aos seus direitos, conduzindo-o por um caminho que faça resgatar a possibilidade de tomar as decisões por si próprio, com base nos seus valores e crenças, tornando-os isentos de qualquer manipulação²⁹⁹ ou necessidade de novamente ser conduzido à tratamentos involuntários.

²⁹⁷ KALINA, Eduardo. op. cit., p. 202.

²⁹⁸ PATRÍCIO, Luís Duarte. op. cit., p. 189.

²⁹⁹ CARNEIRO, Paula Jacinta Moreira Gonçalves. op. cit., p. 61.

5 APLICAÇÃO JURÍDICA DA MEDIDA DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

O Poder Judiciário, em diversas oportunidades, decidiu no sentido de mitigar a autonomia para que fossem realizadas intervenções médicas, superando a questão do consentimento tanto para autorizar tratamentos de saúde quanto para determinar a internação compulsória dos dependentes químicos.

Várias são as decisões judiciais proferidas por juízes brasileiros que autorizam profissionais de saúde em instituições hospitalares a realizarem procedimentos terapêuticos em pacientes que estão em condições de escolher de modo autônomo. Isto deixa claro que além da exigência de que uma decisão seja tomada de modo livre e consciente existe uma avaliação moral acerca do conteúdo decisório que pode ser feita pelos julgadores em caso de provocação do Judiciário³⁰⁰.

O Estado tem o dever de proteger os direitos individuais e promover o bem-estar dos cidadãos; com isso admite-se a utilização de determinados meios pelos quais se pode atingir esses fins, desde que não o faça de forma abusiva e/ou que o tratamento seja realizado visando assegurar a vida e os direitos individuais que dela decorrem. Se a internação da pessoa é o melhor caminho para atingir esses objetivos, o Estado tem o poder de entregá-la a uma clínica para realizar o seu tratamento, apesar de contrário à sua vontade³⁰¹.

Cumpra esclarecer que este texto não pretende defender a internação compulsória dos usuários residentes em *cracolândias* como única (nem como a melhor) forma de proteção de diversos direitos fundamentais assegurados aos residentes da *cracolândias*. Muito pelo contrário. A própria lei define a internação compulsória como medida de exceção que deve ser adotada diante da possibilidade de que o dependente venha a causar a própria morte ou represente perigo (real) aos que estão aos circunstâncias³⁰².

³⁰⁰ COSTA E FONSECA, Ana Carolina da. Autonomia, pluralismo e a recusa de transfusão de sangue por Testemunha de Jeova: Uma discussão filosófica. Revista Bioética. Brasília, v. 19, n. 2, Conselho Federal de Medicina, 2011, p.486.

³⁰¹ VARGA, Andrew. *Problemas de bioética*. Rio Grande do Sul, Grafica UNISINOS, 1990, p. 170.

³⁰² NERY FILHO, Antônio; LORENZO, Cláudio; DIZ, Fátima. op. cit., p. 137.

É necessário observar as particularidades do caso concreto para definir qual seria o tratamento adequado para garantir a estes dependentes direitos que estão sendo ceifados na realidade sub-humana e marginalizada na qual se inserem.

Necessário iniciar a abordagem jurídica do tema analisando o instrumento normativo que autoriza e define a internação compulsória, qual seja a Lei 10.216/2001, sobre a qual será traçado um breve panorama que tangencia a questão dos transtornos mentais ao longo da História.

5.1 A POSSIBILIDADE DE APLICAÇÃO ANALÓGICA DA LEI 10.216/2001

A História mostra que a ideia de periculosidade e a suposta ausência de razão dos portadores de transtorno mental fizeram com que ocorresse a grande internação dos “loucos” no século XVI. A partir da monstruosidade à qual se associava estes indivíduos, admitia-se como legítima a sua exclusão do convívio social. A prática da internação também era dispensada de forma idêntica aos miseráveis, libertinos, prostitutas, vagabundos e bandidos, constituindo uma solução imposta às pessoas que se encontravam em estado de ruptura com a integração social, a partir do internamento forçado em instituições que sequer apresentavam modelos de tratamento³⁰³.

O enclausuramento dos marginalizados sociais se estabeleceu também como uma resposta apresentada pelo mundo também ao longo do século seguinte. Especialmente na Europa, onde refletiu a desorganização social e a crise econômica provocadas pelas mudanças estabelecidas nos modos de produção. O enclausuramento, na intenção absolutista, surgia como forma de ocultar a miséria, cuja magnitude pode ser atestada pelo número das pessoas hospitalizadas. Manuel Desviat apresenta os seguintes dados: oito mil pessoas foram internadas na Salpêtrière, uma das instituições que compunham o Hospital Geral de Paris reservada a mulheres (pobres, mendigas, aleijadas e doentes incuráveis, velhas e meninas, idiotas e loucas) poucos anos depois de sua inauguração, na época em que aquela cidade contava apenas com 500 mil habitantes³⁰⁴.

³⁰³ BROTAS, Carmen Lúcia Costa. A Lei da Reforma Psiquiátrica à luz da Bioética da Proteção. In: Biodireito [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UNINOVE; Coordenadores: Monica Neves Aguiar da Silva, Wilson Engelmann. – Florianópolis : FUNJAB, 2013, p. 06.

³⁰⁴ DESVIAT, Manuel. A Reforma Psiquiátrica. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 15.

No sec. XVIII a Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão e as garantias asseguradas aos indivíduos num novo contexto social estabelecido desautorizaram o enclausuramento aleatório de qualquer pessoa incômoda, privando-lhe a liberdade sem assegurar qualquer garantia ao indivíduo. Assim, nova ordem social exigiu uma nova conceituação da loucura, a qual passou a ser tratada como doença a ser tratada pela psiquiatria a partir da internação daquele sujeito acometido pela enfermidade, definindo o internamento como algo terapêutico e indispensável³⁰⁵.

Segundo Michel Foucault, o poder psiquiátrico se estabeleceu então mais como uma maneira de gerir, de administrar, os indivíduos indesejados do que uma terapia ou intervenção terapêutica. Assevera ainda que o poder psiquiátrico funcionava essencialmente como um suplemento de poder que conservava o regime de isolamento então vigente³⁰⁶.

Neste diapasão, a internação em hospital psiquiátrico se estabeleceu como oferta de tratamento exclusiva e compulsória que caracterizou o tratamento da doença mental também no Brasil. Teve como consequência a segregação e o isolamentos de pacientes psiquiátricos, os quais eram submetidos a tratamentos desumanos e degradantes. O termo manicômio passou a ser sinônimo de um lugar que condenava estes pacientes a um encarceramento perpétuo onde permaneciam abandonados e relegados à própria sorte³⁰⁷.

O pensamento liberal estabelece três formas de lidar com os indivíduos socialmente indesejáveis, e assim, mitigar as situações ofensivas ou ameaçadoras, quais sejam: a socialização, a medicalização e a penalização³⁰⁸. Estas estratégias são implementadas pelos Estados através de um inter-relacionamento dinâmico que pretende tratar os indivíduos desviantes ora como vítima, ora como algoz e algumas vezes como paciente.

A internação consegue contemplar – muitas vezes de forma equivocada – todas as estratégias. Ao mesmo tempo em que medicaliza e “socializa” o indivíduo,

³⁰⁵ Ibid., p. 16.

³⁰⁶ FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006, p. 217.

³⁰⁷ YASUI, Silvio. op. cit., p. 87.

³⁰⁸ WACQUANT, Loic. *Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos*. 3 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2003, p. 20/21.

não deixa de se estabelecer como punição, conforme se pode observar ao longo da história da doença mental.

A partir dessa realidade de marginalidade e exclusão que estava associada à ideia de doença mental, surgiram os processos de reforma psiquiátrica que se converteu rapidamente em um movimento contra cultural questionador da própria doença mental e a psiquiatria³⁰⁹. Para Paulo Amarante, a reforma psiquiátrica poderia ser definida como “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”³¹⁰.

A reforma psiquiátrica – alinhada com os referenciais teóricos da reforma sanitária – objetivava a desconstrução do paradigma “assistencial” hospitalocêntrico anterior, marcado pelo tratamento degradante das pessoas acometidas por transtornos mentais, substituindo-o por um modelo que considerasse o portador da enfermidade como ator de seu tratamento, inserindo-o na sociedade a partir de uma visão que rompia com a cultura do internamento³¹¹.

A reforma psiquiátrica brasileira, nesta esteira, trouxe uma noção de tratamento que se afastava do modelo hospitalocêntrico vigente no país, refletindo o esforço para estabelecer um tratamento mais voltado ao suporte social no contexto ambulatorial e comunitário³¹².

Apesar da internação compulsória ser um tema muito polêmico, que perpassa questões éticas e morais, diversos países tem se dedicado a legislar sobre a matéria. No âmbito da internação com base no vício em drogas, esta não se estabelece como consenso, estando, em contrapartida, pacificada no âmbito de doenças mentais, sendo legislada pela lei 10.216/2001 – a chamada Lei de Reforma

³⁰⁹ DESVIAT, Manuel. Op. cit, p. 41.

³¹⁰ AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994, p. 87.

³¹¹ ALARCON, Sergio; BELMONTE, Pilar Rodrigues; JORGE, Marco Aurélio Soares. op. cit., 2012, p. 71

³¹² QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; VIEIRA, Guilherme Bruno Fontes; op. cit., p. 165.

Psiquiátrica. Ressalvando-se que esta é permitida apenas quando medidas menos invasivas não se encontram disponíveis³¹³.

Com a reforma psiquiátrica, as internações foram se extinguindo em detrimento de novos tratamentos humanitários e socializadores, os quais visavam assegurar os direitos dos pacientes acometidos de doença mental. No entanto, a solução não está(va) apenas em extirpar a internação dos modelos de tratamento, mas em trazê-la sobre nova abordagem que não mais tolerasse os abusos que ocorreram no passado. “Nesse modelo de cuidado, há a pretensão de oferecer aos usuários dos serviços equipes organizadas de forma interdisciplinar para o acompanhamento individual”³¹⁴.

Assim, a internação se enquadrou a um novo modelo, mais humanizado e coerente, se afastando da realidade de “depósito humano” que foi denunciada, por exemplo, no Manicômio de Barbacena³¹⁵ e em várias outras instituições. Ocorreu, pois, uma desinstitucionalização psiquiátrica, a qual se apresenta como processo social complexo que reflete a necessidade de construir a interlocução do “louco” com a sociedade. Visa também desvincular da construção histórica que mantém a loucura como sinônimo de periculosidade e incapacidade, sendo seu destino a exclusão.

A complexidade que envolve as necessidades do sujeito com transtorno mental não tem como resposta única a reorganização de uma estrutura de serviços ou mesmo a criação de outros de modo estanque. O movimento de reconstrução de identidade e histórias de vida demanda várias estratégias de ação. “A elaboração de modelos ideais padronizados caminha no sentido da cristalização de práticas e,

³¹³ MOREIRA, Márcio Mariano; MITSUHIRO, Sandro Sendim; RIBEIRO, Marcelo. O consumo de crack durante a gestação. In: LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 558.

³¹⁴ ALARCON, Sergio; BELMONTE, Pilar Rodrigues; JORGE, Marco Aurélio Soares. op. cit., 2012, p. 71

³¹⁵ A história do Manicômio de Barbacena foi contada em 2013 pela jornalista Daniela Arbex a qual chamou o massacre ocorrido na cidade de Brabacena (MG) de ‘Holocausto Brasileiro’, em olbra de mesmo nome, na qual expôs as crueldades e o tratamento desumano conferido aos portadores de doença mental e aqueles que eram internados por mera higienização social sem que tivessem transtorno psicológico algum. Dentre as atrocidades ocorridas, a autora narra que os internos vivam nus, comiam ratos, bebiam água de esgoto, eram espancados e submetidos a choques elétricos fortíssimos. Morriam de frio, fome ou doença, alcançando a marca de 60 mil mortes registradas no local. (FOLHA DE SÃO PAULO. Holocausto brasileiro resgata história de 60 mil mortos em hospício mineiro. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/livrariadafolha/2013/06/1290146-holocausto-brasileiro-resgata-historia-de-60-mil-mortos-em-hospicio-mineiro.shtml>. Acesso em: 03.11.2014)

deste modo, se coloca como mister uma permanente problematização dos desafios cotidianos”³¹⁶.

Além de aperfeiçoar o instituto, acrescentando-se novos valores à internação, a principal inovação trazida pela reforma psiquiátrica foi o fato de que esta deixou de ser a regra para ser a exceção terapêutica adotada. A excepcionalidade da medida de segurança detentiva significa que a internação só poderá acontecer quando for absolutamente necessária, isto é, quando o tratamento ambulatorial não for comprovadamente o mais adequado. É que, de acordo com lei, a internação só é indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, devendo ser priorizados os meios de tratamento menos invasivos possíveis (art. 4º e 2º, parágrafo único, VIII).

Maria Helena Diniz assevera que o portador de transtorno deve ser ouvido e tratado com respeito e dignidade, visando sempre encontrar um equilíbrio entre o dever de cuidar do paciente e o direito dele à liberdade. Assim, mesmo nas hipóteses em que a internação involuntária se apresente como medida necessária, não se pode admitir que o tratamento psiquiátrico venha a oprimir o paciente e desrespeitar a sua dignidade³¹⁷, seja ele portador de transtorno em saúde mental ou dependente químico.

Para que seja utilizado o instituto da internação voltada aos dependentes químicos, aplicam-se as disposições da lei nº 10.216 associada ao decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938, o qual prevê no seu art. 29, que “os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não”.

No mesmo sentido, a lei 6.368/76, conhecida como Lei Antitóxicos, reafirmou esta possibilidade, consolidando os ideais repressivos das políticas mundiais contra as drogas, resultando na alta penalização do tráfico e criminalização do uso e na expressa autorização para internação de dependentes a partir de um critério flexível

³¹⁶ AMARANTE, Paulo Duarte; GULJOR, Ana Paula. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos/ Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p. 74.

³¹⁷ DINIZ, Maria Helena. O estado atual do Biodireito. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2002, p. 172.

e discricionário, conforme previsão do art. 10³¹⁸ (“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”.)

Estas leis supramencionadas (Decreto-lei 891 de 1938 e Lei nº 6.368/76), foram posteriormente associadas à Lei Federal nº 10.216/2001 – a qual se refere, conforme já visto, aos pacientes com transtornos mentais – sendo estes, hoje o único amparo legal à internação compulsória utilizada nas peças e decisões jurisprudenciais, sendo esta última a mais aplicada por entender que revogou os demais diplomas, apesar das reiteradas controvérsias em se considerar a dependência de drogas como um transtorno mental característico³¹⁹.

Ronald Dworkin, em sua obra *Domínio da Vida*, aborda no capítulo “A vida para além da razão” a questão dos deficientes mentais e o seu direito ao consentimento, chegando à conclusão de que “presumir que os demenciados conhecem melhor seus interesses seria uma incoerência”³²⁰. Este raciocínio se aplica de maneira analógica à internação compulsória dos usuários de crack no que diz respeito à possibilidade de mitigação da autonomia em prol do necessário tratamento.

Assim, estaria respaldada a utilização da Lei 10.216/2001, que se refere ao tratamento de enfermos mentais, como fundamento para a internação dos viciados que habitam as *cracolândias* que se encontram, a depender do nível do vício, impossibilitados de tomarem decisões.

Carlos Casabona esclarece que a incapacidade decidir, existente nestes casos, pode ser tanto legal quanto material para prestar o consentimento, por apresentar o paciente alguma anomalia psíquica (por exemplo, ser enfermo ou deficiente mental) ou qualquer outra perturbação com semelhantes efeitos (sob a influência de substâncias psicotrópicas, estado de embriaguez, perda de consciência por traumatismo ou enfermidade etc)³²¹.

A definição contida no art. 6º da lei 10.216/2001 estabelece três modalidades

³¹⁸ CORREIA JÚNIOR, Rubens; op. cit., p. 269.

³¹⁹ CORREIA JÚNIOR, op. cit., p. 272.

³²⁰ DWORKIN, Ronald. *Domínio da Vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 317.

³²¹ CASABONA, Carlos María Romeo. O consentimento informado na relação entre médico e paciente: aspectos jurídicos. *In: CASABONA, Carlos María Romeo, QUEIROZ, Juliane Fernandes (coords.). Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas*. Belo Horizonte: Del Rey, 2004, p. 153.

de internação, quais sejam: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

O Parecer Consulta nº 9.829/05, do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, que trata especificamente sobre a questão da “internação compulsória em clínica de tratamento para alcoólatras e drogados”, por sua vez, estabelece que a internação de um paciente em um estabelecimento de assistência psiquiátrica acontece em uma de quatro modalidades: voluntária, involuntária, compulsória por motivo clínico (que ocorre contrariando a vontade expressa do paciente, que recusa a medida terapêutica por qualquer razão) e por ordem judicial, após processo regular.

Percebe-se que o Parecer insere entre as medidas já previstas na lei 10.216 a internação compulsória por motivo clínico, que segue o mesmo raciocínio do art. 15, parágrafo 3º, da Resolução CFM 1598, de 09 de fevereiro de 2000, o qual permite “internação compulsória por motivo clínico, contrariando a vontade expressa do paciente, que recusa a medida terapêutica por qualquer razão”. No entanto, a mesma resolução prevê (art. 17) que "Nas internações compulsórias por motivo clínico, o médico que realiza o procedimento admissório deve fazer constar do prontuário médico uma justificativa detalhada para o procedimento, e comunicar o fato ao diretor clínico, que submeterá o caso à Comissão de Revisão de Internações Compulsórias."

O médico que admite pacientes em internações compulsórias por motivo clínico deve fazer constar do prontuário uma justificativa detalhada para o procedimento e comunicar o fato ao diretor clínico, que submeterá o caso à Comissão de Revisão de Internações Compulsórias, a qual cabe avaliar as internações compulsórias e decidir, em parecer, sobre a pertinência do procedimento a ser anexado no prontuário do paciente.

Assim, a inovação trazida pelo Parecer Consulta aparece como exceção, a qual está fundamentada pela “prevenção de dano imediato ou iminente ao paciente e a outros”, exigindo-se dos profissionais de saúde uma postura cuidadosa para realizar

este procedimento, o que fica claro, inclusive, pela previsão de um tempo máximo da internação, qual seja 7 (sete) dias úteis³²².

Analisado o argumento que permite a analogia entre a doença mental e a dependência química e apresentado o rol de internações previsto na lei 10.216/01, é necessário que fique claro que existem grandes diferenças entre essas duas situações. A doença mental e o vício em drogas apresentam causas, consequências e tratamentos distintos e não devem ser tratados da mesma maneira sob pena de violar direitos e garantias desses pacientes.

Apesar de se aproximarem pela interpretação legal, não se confundem os dois transtornos. A semelhança que permite o raciocínio analógico se refere apenas à impossibilidade do tratamento voluntário em todos os casos, tolerando-se em alguns casos medidas compulsórias.

“Os usuários de drogas, da incômoda equiparação que, por analogia, associa os seus destinos enquadrando-os no mesmo registro dos loucos poderão se beneficiar das conquistas (...) da luta antimanicomial”³²³. Isso significa dizer que não basta equipará-los apenas com o objetivo de promover a internação. Utilizando-se analogicamente a lei 10.216 para promover a internação, obrigatoriamente devem ser observadas todas as garantias que esta assegura, tendo sempre em mente as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e a importante contribuição da luta antimanicomial.

Embora não exista conexão direta, a dependência química e a doença mental podem estar associadas. Inclusive, “evidências apontam que o uso, mesmo sendo pouco frequente e em pequenas doses, pode levar o indivíduo com algum tipo de transtorno psiquiátrico a consequências mais sérias do que as observadas na população em geral”³²⁴.

Estes casos em que existe a associação dos dois fatores são mais graves uma vez que as enfermidades demandam tratamentos diversos para tratar os dois focos

³²²Parágrafo 5º. Este processo deverá durar, no máximo, sete dias úteis." (Resolução CFM 1598, de 09.02.00, Art. 18)

³²³ OLIVEIRA, Marcus Vinícius de. op. cit., 2012, p. 51.

³²⁴ BENCHAYA, Mariana Canellas; BISCH, Nadia Krubskaya. Fatores preditores e uso de substâncias psicoativas. In: FERNANDES, Simone; BORTOLON, Cassandra Borges; SIGNOR, Luciana; MOREIRA, Taís de Campos (Orgs.). *Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química*. São Paulo: Santos, 2013, p. 113.

de disfunção do paciente. Estes pacientes estão acometidos de co-morbidade³²⁵, e devem receber o tratamento adequado para esta situação, o que nem sempre ocorre, muitas vezes por conta do despreparo dos profissionais de saúde.

O diagnóstico de co-morbidade tem implicações importantes nas estratégias de tratamento e resultado. Na maioria das vezes o tratamento não é eficaz pela presença de um diagnóstico secundário de transtorno mental associado à dependência química. Os pacientes com co-morbidade podem ter dificuldades em entender e articular seus sentimentos, pensamentos e objetivos e em identificar a relação da co-morbidade com o comportamento aditivo, o que lhes deve ser esclarecido (na medida do possível). Há evidências de que o tratamento simultâneo da adição e co-morbidade pode resultar em melhores resultados para alguns pacientes quando as patologias são adequadamente tratadas³²⁶.

A existência de co-morbidade aumenta a dificuldade no controle de cada patologia isoladamente, sendo necessário um esforço da equipe para intervir no conjunto de sintomas e reavaliar as metas possíveis para cada caso. O tratamento do usuário de drogas com doença mental tem resultados melhores quando se integra o manejo psiquiátrico dos sintomas psíquico com as intervenções direcionadas ao abuso da substância.

Entretanto, frequentemente, a presença de transtorno mental como depressão, ansiedade ou esquizofrenia é motivo para que o paciente seja encaminhado dos serviços de dependência química para os serviços psiquiátricos. Estes, por sua vez, reencaminham o paciente para o programa de dependência por considerarem a droga o problema central. Em alguns casos, os pacientes são acompanhados pelos dois serviços, o que aumenta a dificuldade para o manejo dos sintomas e piora sua evolução clínica³²⁷.

³²⁵ Designação de duplo diagnóstico. Corresponde a associação de pelo menos duas patologias num mesmo paciente.

³²⁶ MOREIRA, Esdras Cabus. Co-morbidade e dependência química: repercussões na adesão ao tratamento e evolução clínica. In: Luiz Alberto Tavares, Alva Riva Brito de Almeida, Antonio Nery filho (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004, p. 171-172.

³²⁷ SOARES, George Hamilton Gusmão; MOREIRA, Esdras Cabus. Co-morbidade e dependência química: repercussões na adesão ao tratamento e evolução clínica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Cooperação Brasil – União Européia, 2002, p. 63.

Outra situação comum no tratamento para a dependência química decorrente da associação entre doença mental e dependência química, se estabelece quando os pacientes acometidos apenas pela dependência química são hospitalizados em clínicas especializadas para o tratamento de pessoas com transtornos mentais. Isso faz com que eles recebam a mesma terapêutica e medicamentos que aqueles. Este tipo de tratamento, em regra, não diminui os seus problemas com o consumo abusivo das drogas, sendo que em muitos casos, inclusive, prejudica ainda mais desajuste físico, mental e social dos mesmos³²⁸.

No caso dos residentes em *cracolândias*, quando acometidos de transtorno mental, além das vulnerabilidades decorrentes da dependência química e da situação de rua apresentam mais uma situação de vulnerabilidade, a qual decorre do transtorno psiquiátrico.

Assim, a sua situação deve ser analisada a partir da extrema vulnerabilidade que lhe acomete, sendo este aspecto “o que melhor salienta a finitude e a fragilidade inerentes à pessoa com doença mental, e que torna-se, em si mesmo, um apelo à responsabilidade e à compaixão”³²⁹ frente à estes pacientes. “A doença mental, sobretudo certos tipos de doenças irreversíveis, revela uma das mais notáveis vulnerabilidades da vida humana, o real sofrimento físico, psíquico e imaginário”³³⁰.

Considerando esse(s) estado(s) de vulnerabilidade, vulneração e sofrimento, a proteção do sujeito precisa considerar todas as estratégias possíveis, tendo em vista que cada uma delas tem sua função e importância. No que tange às internações judiciais, ou compulsórias, estas devem ser consideradas como uma opção, a qual será mais detidamente analisada no tópico a seguir, à luz da Teoria da Motivação e do “leque” de argumentos que são utilizados pelos julgadores para autorizar o internamento contra a vontade do paciente.

³²⁸ GURGEL, Wildoberto Batista; MOCHEL, Anna Gomide; CARVALHO FILHA, Francidalma Soares Sousa; op. cit., p. 61

³²⁹ CARNEIRO, Paula Jacinta Moreira Gonçalves. op. cit., p. 45.

³³⁰ Ibid., p. 53.

5.2 BREVE ANÁLISE JURISPRUDENCIAL

A questão de dependência química provoca nas famílias uma situação de completo desespero. São comuns os casos de mães aflitas que buscam a advocacia gratuita e suplicam que seus filhos sejam internados. Neste sentido, Eloísa Arruda, Procuradora do Estado de São Paulo, traduz de forma bastante clara esta realidade: “Essas mães angustiadas e desesperadas clamam por internação e tratamento dos seus filhos, porque já não são capazes de só ampará-los no caminho de saída do consumo de crack”³³¹. O pedido de internação é o resultado, muitas vezes, do desconhecimento acerca de outras medidas e tratamento possíveis, ou às vezes a última esperança da família, quando outros métodos já fracassaram.

Assim, temendo pelo estado de saúde física e mental do seu familiar, pedem o internamento do paciente. Muitas vezes a Defensoria Pública encaminha essas pessoas a buscar um tratamento no SUS, geralmente nos CAPS, outras vezes ingressam com uma ação ordinária, em regra com pedido liminar, pleiteando o internamento do paciente.

Para que a decisão judicial fosse tomada de forma mais adequada seria de grande relevância a comprovação das tentativas de obter-se o consentimento esclarecido do paciente, bem como a comprovação das circunstâncias conducentes ao pedido de internação³³² antes de se ingressar com uma ação judicial.

Isto porque, muitas ações movidas para promover a internação compulsória tem amparo na crença social de que a internação é o único tratamento capaz de resolver o problema solicitando, por isso, que a internação seja determinada pela autoridade judiciária³³³.

A demanda então chega ao Judiciário requerendo uma solução. Instados a se manifestar, os juízes devem analisar os fatos ali descritos, apreciar as provas que lhes são apresentadas e, motivadamente, julgar o referido pedido.

³³¹ ARRUDA, Eloisa. Internação compulsória com o amparo da lei. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 8 jan. 2013. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/87536-internacao-compulsoria-com-amparo-da-lei.shtml> Acesso em: 30 jul. 2014

³³² COSTA, Judith Martins. op. cit., p. 344.

³³³ CASTILHO, Ela Wiecko Volkmer de. A eficácia invertida da internação involuntária. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas e Cidadania: em debate*. Brasília: CFP, 2012, p. 35.

A teoria da motivação da decisão judicial parte do pressuposto de que os mecanismos decisórios permitem a averiguação das razões que determinaram uma decisão. A partir desta importância dos motivos determinantes, é possível encontrar, pela via do discurso, caminhos racionais distintos a elucidar questões controversas, traçando argumentos que demonstrem ser aquela solução a mais razoável diante das possibilidades existentes.

Assim, geralmente o magistrado encarregado de decidir o caso concreto define o seu convencimento inicial, no caso aqui, favorável à possibilidade e necessidade de internação compulsória dos dependentes químicos. A partir de então se inicia um verdadeiro caminho interpretativo-argumentativo para justificar a decisão prévia nos casos em que o processo decisório demanda a escolha de um argumento *a posteriori* que fundamente a escolha do julgador.

Existe uma vasta gama de motivos que podem ser utilizados para justificar uma determinada decisão, conforme se verá a seguir. No entanto, apesar do direito sofrer uma série de influências, estas não podem justificar que as decisões sejam tomadas de modo a atender extremadas tentações³³⁴.

Neste sentido, o direito se estabelece como limite para que não existam decisões extremamente subjetivas ou discrepantes. Assim, embora a multiplicidade de juízes ainda deixe margem a múltiplas interpretações, o ordenamento jurídico vigente se estabelece como freio às suas decisões.

No caso em tela, os julgadores partem da premissa de que o tratamento involuntário é a medida adequada aos casos de vício extremado. A partir daí constroem argumentos reputados verdadeiros e coerentes para justificar a premissa da internação compulsória.

Toda uma série de argumentos bem distintos pode ser aduzida a partir da exigência de retidão de uma referida decisão. Deve-se, portanto, observar que os argumentos justificativos são apresentados em todas as formas de discurso jurídico (ou não). “Qualquer pessoa que justifique algo, está implicitamente exigindo que essa justificação seja correta e, portanto, que seja correta a afirmação”³³⁵.

³³⁴ MACCORMICK, Neil. Retórica e o Estado de Direito. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, p. 144.

³³⁵ ALEXANDER, Robert. Teoria da Argumentação Jurídica. São Paulo: Landy, 2005, p. 213.

Conforme se verá adiante, a motivação das decisões judiciais não tem por fundamento apenas a norma posta, positivada. Longe disso. Cada vez mais se incluem, na motivação de decisões, outros tipos de argumentos que não os normativos, possibilitando uma maior amplitude de fundamentos e, em muitos casos, uma maior “justiça” da decisão, o que é extremamente importante no âmbito da temática adotada no presente trabalho. Isto porque, a internação compulsória, conforme já visto, não está definida em lei que trate especificamente dos dependentes químicos, permitindo, para que se conclua pela possibilidade de tratamento involuntário, a aplicação de outros argumentos que tenham o condão de justificar esta decisão.

O fato de o juiz submeter-se à lei ressalta a primazia concedida ao Poder Legislativo na elaboração das regras de direito não resulta, de modo algum, um monopólio do legislativo na formação do direito. O juiz possui, a este respeito, um poder complementar indispensável que lhe permitirá adaptar a lei aos casos específicos. Se não lhe reconhecessem tal poder, ele não poderia, sem recorrer a ficções, desempenhar sua missão, que consiste na solução dos conflitos: a natureza das coisas obriga a conceder-lhe um poder criativo e normativo no domínio do direito³³⁶.

Esta ruptura com a necessidade de fundamentar a decisão judicial com base em normas postas se reflete no pensamento de Alexy, que entende que não apenas as regras podem servir de razões diretas para decisões, mas também os princípios, como por exemplo, no caso concreto, o princípio da Dignidade da Pessoa Humana³³⁷.

Alguns autores, inclusive, entendem que esta necessidade de fundamentar a decisão com base na norma, além de equivocada, se reflete numa verdadeira fetichização pelo direito positivo³³⁸. Assim, com o passar do tempo, a motivação das decisões judiciais relativizou-se, permitindo, pois, que uma série de argumentos fossem incorporados com o objetivo de atribuir coerência e integridade aos atos

³³⁶PERELMAN, Chaim. *Lógica jurídica*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2004, p. 203.

³³⁷NEVES, Marcelo. *Entre Hidra e Hércules: princípios e regras constitucionais como diferença paradoxal do sistema jurídico*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2013, p. 68.

³³⁸MIAILLE, Michel. *Introdução crítica ao direito*. Lisboa: Editorial Estampa, 2005, p. 95.

decisórios. Com isso, novas construções jurisprudenciais se insurgiram visando corrigir as incoerências e injustiças geradas pelo apego à norma posta.

Finalmente, o dever judicial de fazer justiça de acordo com a lei é complexo, na medida em inexistindo normas para suprir todas as possibilidades fáticas fica autorizada a aplicação de princípios e de outras técnicas argumentativas para figurar como argumentos justificatórios³³⁹. Portanto, os princípios e outros critérios, como as consequências de uma determinada decisão, podem ser utilizados como motivos determinantes.

Assim, importante a análise de alguns julgados que concluíram pela internação compulsória dos dependentes de drogas, com o intuito de identificar e compreender os motivos que foram utilizados pelos juízes, desembargadores e ministros que optaram por determinar o tratamento involuntário como medida adequada nos casos de dependência de drogas, aqui retratadas com enfoque no crack.

Não se trata propriamente de analisar a fundo toda a jurisprudência que existe sobre o tema da internação compulsória dos viciados em drogas, seja pela impossibilidade de concentrá-la no presente trabalho, seja pela opção em apenas destacar alguns julgados, todos no sentido favorável à internação, por ser esta a linha do presente estudo.

Apesar de vários doutrinadores e julgadores serem contrários ao tratamento compulsório por uma série de argumentos, a intenção aqui não é examinar os empecilhos à internação, mas, muito pelo contrário, analisar de maneira breve quais tem sido os motivos que consubstanciam decisões favoráveis ao tratamento obrigatório.

Antes de adentrar na análise jurisprudencial é preciso sinalizar um problema recorrente em uma série de decisões sobre o tema: a decretação de internações sem menção à duração do tratamento, algumas vezes assinalando prazo indeterminado, outras estipulando prazos aleatórios como seis meses ou um ano. Ocorre que esses prazos não correspondem à necessidade do paciente, os quais muitas vezes têm sua alta médica, aguardando nos hospitais psiquiátricos a desinternação judicial. Isto porque, sendo o paciente internado por ordem judicial,

³³⁹ MACCORMICK, Neil. op. cit., p. 325-326.

esta deve ser rigorosamente cumprida, não permitindo a liberação do paciente em tempo menor do que o determinado na sentença, o que se trata de um novo equívoco. O que deveria ser feito é a liberação imediata do paciente após a alta médica, bastando a mera comunicação ao Judiciário, sob pena do paciente sofrer efeitos e iatrogênicos de uma internação desnecessária. Até mesmo porque não cabe ao magistrado decidir os pormenores médicos da internação, manifestando-se pela necessidade de que o procedimento perdure por mais tempo do que o necessário³⁴⁰.

Constatado este obstáculo e partindo do pressuposto de que toda internação deve ter como prazo aquele unicamente necessário ao tratamento, o que deve ser aferido por um médico, tendo em vista a “incompetência” dos juristas para lidar com uma questão eminentemente técnica, parecendo mais prudente autorizá-lo por tempo mínimo, posteriormente dilatando este prazo conforme a necessidade do paciente. Feita esta ressalva, passa-se a examinar o objeto do presente tópico, o qual se dedica à breve análise jurisprudencial e argumentativa.

Os argumentos serão analisados a partir das ementas dos julgados, as quais serão destacadas em nota de rodapé, sendo que o inteiro teor do julgado, devido a sua grande extensão, será anexado ao fim do presente trabalho com o intuito de assegurar a compreensão das ementas transcritas. O objetivo de tecer comentários acerca das decisões é o de analisar brevemente os argumentos principais que tem motivado a internação compulsória, discordando de alguns “caminhos” escolhidos para motivar a possibilidade/necessidade de internação dos dependentes químicos, e estabelecendo qual seria a construção argumentativa mais adequada para lidar com a presente questão.

O primeiro julgado³⁴¹ apresenta como motivo determinante para a internação a segurança do usuário e de seus familiares. No que tange a internação por risco

³⁴⁰ SKROMOV, Daniela: Internações: Aspectos Jurídicos, Políticos e sua interface com a saúde mental. P. 186. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Drogas, Direitos Humanos e Laço Social*. Brasília: CFP, 2013, p.107.

³⁴¹ AGRAVO DE INSTRUMENTO. DECISÃO MONOCRÁTICA. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. DEPENDENTE QUÍMICO. Comprovada a necessidade de internação por dependência química, é ser determinada a medida, **a fim de garantir a segurança do usuário e de seus familiares**. DOU PROVIMENTO AO RECURSO. (Agravado de Instrumento Nº 70055777346, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Alzir Felipe Schmitz, Julgado em 30/07/2013)

próprio, o julgado se manifesta ressaltando que a “demora no tratamento compromete sobremaneira sua qualidade de vida”, porém não deixa claro quais são os riscos que o usuário/dependente representa a si mesmo. É importante que seja especificado em que consiste o risco e quais as complicações para a saúde do paciente. Isto porque, conforme já visto, a internação para a efetivação da proteção do paciente apenas pode ser determinada em casos muito graves, em que a saúde do paciente já está bastante comprometida. Nestes casos, a “garantia da segurança do usuário” é suficiente para motivar a internação por se afigurar como proteção as lesões e aos riscos atuais e iminentes do indivíduo.

O segundo argumento do mesmo julgado se refere ao perigo que o “drogado” apresenta aos que estão ao seu entorno. Nestes casos, a internação se aproxima da apenação do indivíduo pelas suas atitudes futuras e para assegurar que este não vá cometer mais nenhuma atitude nociva aos demais.

Trata-se de um juízo equivocado, marcado por uma noção de futurologia, pois visa a proteção de crimes que podem nunca ocorrer. Assim, estabelecem a internação como punição antecipada, afastando-se de critérios que justificam internar o paciente. “Ao confundir punição e terapia, esta proposição constitui uma heresia médica e jurídica. Nem adequadamente justificada ela é”³⁴².

Mais uma vez é preciso que se analise, no caso concreto, se existe e em que consiste o risco aos familiares do paciente. Muitos são os conflitos inerentes à família que lida com a dependência química, seja pela difícil convivência com os efeitos colaterais da droga (o que inclui algumas vezes a agressividade do paciente) seja pela mera dificuldade enfrentar o conflito social e o estigma que se associam a dependência.

O segundo julgado³⁴³ autoriza a internação apenas decorrente do pedido da mãe que, possivelmente desesperada, recorreu ao Judiciário pleiteando que seu

³⁴² ATLAN, Henri. op. cit., p. 58.

³⁴³ PEDIDO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. DEPENDENTE QUÍMICO. EXCLUSÃO DO ESTADO E DO MUNICÍPIO DO PÓLO PASSIVO DA AÇÃO. CABIMENTO. **Se a pretensão deduzida pela parte é a internação provisória do filho da autora para se submeter à avaliação médica e possível internação para tratamento por dependência química**, e se não se verifica inércia, nem omissão, nem recusa ao atendimento pelos entes públicos, mostra-se correta a determinação de manter no pólo passivo apenas a pessoa que deverá ser internada. Recurso desprovido. (Agravo de Instrumento Nº 70052336310, Sétima Câmara

filho fosse avaliado e internado de forma compulsória. Aqui, de maneira mais simples do que o julgado anterior, o órgão se refere apenas a dois requisitos para que se realize a internação, quais sejam: o pedido da parte autora (mãe do dependente) e a avaliação médica posterior ao *decisum*.

Assim, na mesma decisão excluiu do polo passivo qualquer outra parte que não a pessoa a ser internada, não considerando, assim, que a internação seja uma medida que merece acionar os órgãos públicos, enquadrando, pois, a “lide” quase que como uma relação particular.

Esta generalização é perigosa porque dá azo aos parentes exercerem um forte controle sobre os seus familiares e sobre a relação que este tem com a droga. Isto porque, tendo em vista o pânico social referente às drogas e a falta de informação que permeia o tema fazem com que seja disseminada a noção que o mero uso ocasional e regular de drogas, notadamente aquelas consideradas mais fortes (ex. crack e meta-anfetaminas) seria suficiente para provocar uma internação. Assim, estabelecido o internamento a partir da exigência de exame posterior, graves poderiam ser as consequências para o paciente usuário que não necessitava desta modalidade de tratamento.

Outro julgado³⁴⁴, em sentido contrário, determina expressamente a obrigação do Poder Público de promover a internação, reconhecendo que a obrigação de realizar este procedimento deve ser assegurada pelos órgãos do Poder Executivo competentes para responder por tal determinação, condenando-os a promover a internação, inclusive, de forma solidária, exigindo, de uma só vez, uma postura ativa de todos os entes públicos. O julgado traz expressamente a afirmação de que “não há falar em ilegitimidade passiva de nenhuma pessoa jurídica de direito público, sendo possível o ajuizamento da pretensão frente a todos ao a qualquer um”, desconsiderando inclusive a ausência de previsão orçamentária para o fornecimento de tratamento médico urgente.

Embora tenha agido acertadamente em determinar a responsabilidade solidária dos entes públicos como sendo responsáveis pela concretização do direito à saúde, garantido a todo e qualquer cidadão, o julgado não cogitou outro tipo de tratamento que não fosse a internação, desconsiderando, inclusive, o argumento apresentado pelo Estado de que “pacientes cujo diagnóstico é a dependência química serem submetidos, conforme o princípio da legalidade, à avaliação pelos CAPS, aguardando atendimento de acordo com a demanda existente e a orientação dos profissionais médicos. Alega que o processo de desintoxicação, em casos que tais, deve preferencialmente realizar-se ambulatorialmente ou em leito clínico, não havendo indicação para internação em leito psiquiátrico como requerido”.

³⁴⁴ APELAÇÕES CÍVEIS. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. DEPENDENTE QUÍMICO DE CRACK, COCAÍNA E MACONHA. ESGOTAMENTO DA VIA ADMINISTRATIVA. DESNECESSIDADE. CONCESSÃO DE LIMINARES CONTRA A FAZENDA PÚBLICA. POSSIBILIDADE OPERACIONALIDADE DAS GARANTIAS CONSTITUCIONAIS FUNDAMENTAIS. FATOR DE RELATIVIZAÇÃO DO PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL. CHAMAMENTO AO PROCESSO DA UNIÃO. DESNECESSIDADE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DO PODER PÚBLICO. CONDENAÇÃO DO MUNICÍPIO EM HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS EM FAVOR DO FADEP - FUNDO DE APARELHAMENTO DA DEFENSORIA PÚBLICA. DESCABIMENTO. REFORMA DE OFÍCIO. 1. Cabível a concessão de liminares em face da Fazenda Pública, se satisfeitos os requisitos para tanto, prevalecendo sobre as demais normas infraconstitucionais o direito constitucional à saúde. Provimento antecipatório que não esgota o objeto da ação, sendo prescindível o esgotamento prévio da via administrativa, diante da urgência e da necessidade de realização do direito pleiteado, garantido constitucionalmente (art. 196 da CF/88). 2. Os entes públicos são responsáveis, de forma solidária, pela concretização do direito à saúde, garantido a todo e qualquer cidadão, estejam ou não os tratamentos incluídos em listas pré-estabelecidas. 3. É entendimento pacífico no âmbito da 7ª Câmara Cível o descabimento da condenação da Fazenda Pública Municipal ao pagamento de honorária de sucumbência à Defensoria Pública, na medida em que implica custeio de serviço público cuja prestação é devida exclusivamente pelo Estado. APELOS DESPROVIDOS. SENTENÇA REFORMADA EM PARTE, DE OFÍCIO. (Apelação Cível Nº 70052063559, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sandra Brisolará Medeiros, Julgado em 03/01/2013)

Superada a questão da legitimidade de ação e da responsabilidade pela internação, passa-se a analisar aqueles argumentos que apresentam, mesmo que de forma tímida, uma preocupação com o paciente. Tem-se no direito à vida um dos argumentos mais expoentes pela luta a favor da internação³⁴⁵. Conforme já foi estudado em tópico anterior, o vício em drogas, principalmente em níveis elevados como se percebe nas *cracolândias*, compromete de forma às vezes irremediável a saúde do indivíduo, colocando-o numa situação de eminente risco de morte.

Isto porque, o uso nocivo/abusivo de drogas e a dependência, por importarem consequências lesivas ao organismo do usuário as quais foram abordadas em momento oportuno. A partir disso, resta claro que o dependente químico e o sujeito que abusa das drogas move-se compelido por um estado de grave transtorno orgânico, psíquico e emocional, o que foi considerado como obrigação estatal de proteção dos “os direitos à vida e à saúde prevalecem ante qualquer outro valor”.

Isto porque, o uso para eles ocasiona um agravamento de seu estado de saúde e, muitas vezes, a percepção de uma derrota pessoal, quando sucumbem ao vício, mesmo esforçando-se em sentido contrário, o que deve ser compreendido como problema de saúde que exige resposta urgente. Essa urgência, em muitos casos, se traduz pelo pleito liminar, que exige decisão imediata do órgão julgador concedendo o pedido liminar de tratamento (mesmo contra a vontade do paciente) quando necessário for.

A decisão seguinte³⁴⁶ se refere ao risco de vida supramencionado associado ao argumento de impossibilidade temporária dos dependentes químicos de exercerem sua capacidade civil quando comprovado o estado grave de dependência do

³⁴⁵ AGRAVO DE INSTRUMENTO. AVALIAÇÃO MÉDICA E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. DEPENDENTE QUÍMICO. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. PRESENTES OS REQUISITOS DO ART. 273 DO CPC. **DIREITO À SAÚDE CONSTITUCIONALMENTE GARANTIDO**. RECURSO PROVIDO LIMINARMENTE. (Agravado de Instrumento Nº 70053910055, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Liselena Schifino Robles Ribeiro, Julgado em 02/04/2013)

³⁴⁶ APELAÇÃO CÍVEL. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA PARA TRATAMENTO CONTRA DROGADIÇÃO. EXISTÊNCIA DE INTERESSE PROCESSUAL. ART. 515 DO CPC. NO MÉRITO, MANTIDA A ANTECIPAÇÃO DE TUTELA, DEVIDO O FORNECIMENTO DE TRATAMENTO PELOS APELADOS, EM FACE DA SOLIDARIEDADE DOS ENTES PÚBLICOS. Interesse processual demonstrado, pelas circunstâncias, a atual incapacidade do dependente químico, principalmente para se submeter ao tratamento, conforme certidão do oficial de justiça. Pedido acolhido. APELO PROVIDO. (Apelação Cível Nº 70052753084, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Liselena Schifino Robles Ribeiro, Julgado em 14/01/2013)

paciente. A Desembargadora Liselena Schifino Robles Ribeiro entendeu que, nestes casos de dependência, a avaliação médica seria suficiente para autorizar a internação do dependente, refletindo o modelo dos melhores interesses de Beuchamp e Childress.

Este é geralmente o modelo adotado pelo Judiciário quando é instado a intervir em casos semelhantes, optando por substituir a vontade autônoma do sujeito capaz. É importante destacar que “somente se pode admitir tal fuga para a decisão pelos melhores interesses em razão da vulnerabilidade em que encontra-se o titular do direito de decidir”³⁴⁷.

A incapacidade aqui destacada refere-se ao sujeito que não tenha capacidade civil para dar o seu consentimento livre e esclarecido sobre um determinado ato da sua vida, devendo ser assistido ou representado, de acordo com a legislação brasileira vigente³⁴⁸, dentre os quais se incluem os sujeitos dependentes de drogas, ou, conforme descrito na legislação, “os viciados em tóxicos”.

A incapacidade de agir livremente justifica as intervenções na liberdade de ação do paciente, aqui refletidas como incapacidade jurídica disciplinada nos arts. 3º e 4º do Código Civil³⁴⁹, os quais elencam as hipóteses que mitigam a capacidade civil de agir do sujeito, trazendo inclusive o “vício em tóxicos” como elemento caracterizador da situação de incapacidade relativa.

No entanto, a construção da capacidade relativa dos dependentes admite prova em contrário, não se constituindo como verdade legal inafastável. Isto porque, a escolha legislativa se refere muito mais com a segurança jurídica para exercer negócios jurídicos, notadamente os de cunho econômico, devendo ser considerada

³⁴⁷ AGUIAR, Mônica. Respeito à autonomia: do direito civil à bioética. In: DIDIER JR., Fredie; EHRHARDT JR., Marcos. *Revisitando a teoria do fato jurídico*: homenagem a Marcos Bernardes de Mello. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 402.

³⁴⁸ RIBEIRO, Cléa Regina de Oliveira. op. cit., p. 02.

³⁴⁹ Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil: I - os menores de dezesseis anos; II - os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos; III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos, ou à maneira de os exercer: I - os maiores de dezesseis e menores de dezoito anos; **II - os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido**; III - os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo; IV - os pródigos.

no caso concreto quando se referir aos atos pertinentes ao seu próprio corpo e à sua vida³⁵⁰.

Alguns autores civilistas entendem, em contrapartida, que, apesar da previsibilidade de incapacidade relativa para os viciados em tóxicos, a depender do grau de intoxicação e dependência, esta poderá acarretar na interdição total do dependente, ensejando a absoluta incapacidade para a prática dos atos da vida civil. E que esta análise no caso concreto caberá ao juiz, que irá graduar a curatela a depender do grau de comprometimento mental provocado pela intoxicação³⁵¹.

Finalmente, o argumento mais humanizado que perpassa a internação compulsória se refere à ponderação entre o direito à vida e a dignidade do dependente químico e o seu direito de liberdade. Este é o principal argumento jurídico – e também médico – que legitima a internação compulsória daqueles que correm risco de morte.

O posicionamento médico oficial sobre esta contraposição de valores se exprime nas normas e condutas do Conselho Federal de Medicina. Inclusive, o Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução nº 1.246, estabelece expressamente em seu art. 56 ser defeso ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas e terapêuticas, excetuando as situações de iminente perigo de vida.

Esta tendência é adotada pelo Código Civil brasileiro ao dispor no art. 15 que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”, o que revela a posição legislativa de proibir intervenções que coloquem em risco a vida do paciente e, conseqüentemente, restringir o exercício da liberdade pessoal em situações que se referem a sobrevivência do paciente.

As decisões judiciais que autorizam a internação compulsória apresentam exatamente a contraposição entre vida e liberdade como principal argumento

³⁵⁰ AGUIAR, Mônica. 2002+10. Para além da capacidade: o impacto da vulnerabilidade em matéria de autonomia em questões de saúde. In: LATUFO, Renan; NANNI, Giovanni Ettore Nanni; MARTINS, Fernando Rodrigues. *Temas Relevantes do Direito Civil Contemporâneo: reflexões sobre os 10 anos do Código Civil*. São Paulo: IDP; ATLAS. 2012, p. 88.

³⁵¹ GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. *Novo curso de Direito Civil: Parte Geral*. 12 ed. São Paulo: Saraiva, 2010 p. 141.

autorizador do tratamento involuntário. Neste sentido se apresenta o julgado do Habeas Corpus pelo Superior Tribunal de Justiça³⁵², o qual será destacado apenas em sua parte principal tendo em vista a grande extensão da ementa.

Ademais, tendo em vista a relevância deste argumento, que se trata de verdadeira ponderação com o argumento contrário, este será analisado de forma mais detida, até mesmo porque se coaduna com a perspectiva desta pesquisa de ponderar a autonomia do paciente e a vulnerabilidade agravada do paciente, aqui refletidos como a ponderação entre liberdade e vida digna.

Quando não é possível aplicar o princípio de forma irrestrita, faz-se necessário utilizar a técnica da ponderação, a qual não corresponde, muitas vezes, a resposta correta, mas à melhor resposta, verificada principalmente quando se está diante dos casos *difíceis*, sendo a internação compulsória, um deles. Tal resposta é obtida da análise feita caso a caso, atentando-se para os valores concretamente envolvidos, a partir de uma análise principiológica.

Pontue-se que o conflito ocorre quando o exercício de um direito colide com o exercício de outro direito, restringindo-o, de modo que os dois não podem ser praticados sem que um reflita no outro. José Affonso Dallegrave Neto elucida que

³⁵² Trata-se de recurso ordinário em habeas corpus, com pedido de liminar, interposto em favor de H. G. V. DE F. C. R., contra acórdão do TJRJ que confirmou a decretação de internação compulsória, nos termos da seguinte ementa (e-STJ fl. 102): "HABEAS CORPUS. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE USUÁRIO DE CRACK. MEDIDA DE CONSTRIÇÃO DE LIBERDADE DE ADOLESCENTE VISANDO À PROTEÇÃO À SUA VIDA. LIBERDADE DE LOCOMOÇÃO QUE TEM PISO CONSTITUCIONAL MENOR DO QUE A VIDA. PRINCÍPIO DA PONDERAÇÃO DE INTERESSES: SE O PRINCÍPIO DA PROTEÇÃO À LIBERDADE DE LOCOMOÇÃO ESTÁ APARENTE CONFLITO COM O PRINCÍPIO À VIDA ESTE DEVE PREVALECER PERANTE ÀQUELE. Não há como se proteger a liberdade se a própria vida que a movimentada não está assegurada. O crack é sem dúvida um dos maiores e piores flagelos de nossa sociedade, retirando do indivíduo sua capacidade de autodeterminar e, conseqüentemente, seu poder de escolha entre a vida saudável longe das drogas e a morte. O Estado tem o dever de agir em nome da proteção à vida das pessoas. A liberdade de locomoção será sacrificada em nome de um bem jurídico maior que é a vida, bem supremo de todo e qualquer ser humano. O Decreto Lei 891, de 25 de novembro de 1938, que autoriza a internação compulsória dos dependentes químicos está em pleno vigor. No caso dos autos o adolescente necessita de tratamento e pensar que ele, voluntária espontaneamente, irá procurar ajuda é desconhecer o poder que a droga exerce no cérebro da pessoa. Por tais motivos Conheço do presente habeas corpus e, no MÉRITO, JULGO IMPROCEDENTE O PEDIDO, NEGANDO A ORDEM". (...) Em face do exposto, com fundamento no art. 38 da Lei 8.038/1990 c/c art. 34, inciso XVIII, do RISTJ, NEGOU PROVIMENTO ao recurso ordinário em habeas corpus. Publique-se. Intimem-se. (RECURSO EM HABEAS CORPUS Nº 36.374 - RJ (2013/0076425-8) RELATOR: MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA RECORRENTE: H G V DE F C R ADVOGADO: DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO RECORRIDO: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Julgado em 06/03/2014)

sempre que a prática de um mesmo ato implicar ofensa simultânea a dois direitos fundamentais, a solução deve se pautar na aplicação do princípio da proporcionalidade, ocasião em que o Julgador fará um juízo de ponderação a fim de mensurar se a utilização de um meio abusivo é (ou não) capaz de justificar o fim colimado³⁵³.

O art. 6º da CF reconhece os direitos sociais, como: educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança etc. Assim, o Estado, aqui representado pelo Poder Judiciário, deve tomar as medidas cabíveis para que estes direitos sejam assegurados, direitos estes que não estão sendo exercidos em detrimento da manutenção de uma situação provocada pelo dependente a qual clama por uma medida interventiva como forma de assegurar direitos individuais conferidos aos residentes em *cracolândias*, os quais não são exercidos em prol da “liberdade individual” dos mesmos.

O direito à vida e a dignidade da pessoa humana e os demais direitos fundamentais, inclusive individuais, só se realizam plenamente com o reconhecimento da aplicabilidade e efetividade dos direitos sociais. Assim, a dignidade e a vida humana requerem prestações positivas do Estado, oportunizando a efetivação de um direito justo, como ocorre no caso em comento, em que se mostra necessária a internação compulsória determinada judicialmente como medida de lédima justiça.

No entanto, a dignidade humana e o direito à vida encontram resistência quando confrontados com um direito fundamental, que como tal, também deve ser assegurado na maior medida quanto possível, qual seja, o direito à liberdade.

O direito fundamental à liberdade se relaciona com uma série de acepções e desdobramentos, entretanto, para restringir melhor o âmbito que se quer abordar na pesquisa qual seja, a liberdade e autonomia do viciado em crack, destaca-se aqui dois principais escoamentos deste direito inerente ao indivíduo: 1) Liberdade de agir – fazer ou deixar de fazer qualquer coisa, desde que esta não seja vedada por lei; 2) Liberdade de locomoção – traduzido de maneira leiga como o “direito de ir e vir”, o qual se estabelece na ementa como princípio conflitante com o direito à vida.

³⁵³ DALLEGRAVEE NETO, José Affonso. O procedimento patronal de revista íntima. *Revista do Advogado*, n. 110, dezembro de 2010. AASP – Associação dos Advogados de São Paulo, p. 64.

Ambos estão previstos na Constituição, no art. 5º, que disciplina direitos inerentes aos indivíduos, respectivamente nos incisos II e XV. Assim, quaisquer medidas que intervenham nestas garantias individuais ofenderiam estas premissas. Isto porque, sendo os indivíduos autônomos, estes têm a capacidade de optarem livremente por aquilo que devem fazer, bem como podem exercer livremente seu direito de locomoção para livremente transitar e/ou permanecer onde julgar conveniente.

O caso em comento comporta um sopesamento entre os princípios da liberdade e da dignidade da pessoa humana. Sendo assim, necessário estabelecer uma ponderação entre eles, notadamente no que diz respeito ao possível conflito entre autonomia do dependente químico e a dignidade do mesmo que parece refletir-se na questão do tratamento compulsório.

Este conflito se apresenta como uma transposição do confronto bioético entre vulnerabilidade e autonomia que foi outrora estabelecido na pesquisa, culminando na mesma solução a que se chegou a partir de uma perspectiva bioética. Inclusive, é importante ressaltar a aproximação e o reconhecimento cada vez maior da relação entre bioética e os dilemas jurídicos.

Conforme salienta Carlos Casabona muitos dos problemas jurídicos tem por fundamento valores ético-sociais e especificidades médicas que transcendem a questão jurídica. Nestes casos, resta evidente a importância da bioética para auxiliar na compreensão dos novos dilemas, bem como para apresentar possíveis soluções³⁵⁴.

Muitas vezes, ainda segundo Casabona, as relações sociais emergentes, quando observadas do ponto de vista jurídico, dificilmente apresentam resposta baseada na bioética e na ciência. Assim, a resolução jurídica dos conflitos muitas vezes perpassa a aplicação dos princípios gerais já integrados juridicamente, como são os relativos à “autonomia individual e à dignidade da pessoa, enquanto categoriais informadoras e resolutórias decisivas para a configuração do ser humano

³⁵⁴ CASABONA, Carlos María Romeo. O Direito Biomédico e a Bioética. In: *Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas*. Belo Horizonte: Del Rey, 2004, p. 19.

na atualidade, sem prejuízo dos problemas que determinam o alcance da primeira e o significado mais preciso da segunda”³⁵⁵.

Segundo Francesco D’Agostino, “na grande temática da dignidade, a bioética possui um precioso arraigamento axiológico que não deve ser nem banalizado, nem minimizado”³⁵⁶. A dignidade da pessoa humana aqui referida se contrapõe a liberdade de agir constitucionalmente assegurada, o que no âmbito do direito é sopesado a partir do princípio da proporcionalidade ou razoabilidade tem o condão de limitar a atuação e discricionariedade dos poderes públicos, vedando que seus órgãos ajam com excesso ou valendo-se de atos inúteis, desarrazoados e desproporcionais. Esse princípio se expressa através de 3 subprincípios, os quais serão abordados à luz da problemática abordada:

Adequação (utilidade) – exige que a medida adotada pelo poder público se apresente apta para atingir o fim almejado. Deve-se verificar a idoneidade da medida no âmbito do caso concreto, o que se relaciona a circunstâncias fáticas da questão. Se questiona então se o meio é idôneo quando é capaz de realizar, pelo menos, o direito fundamental, isto porque deixa de ser idôneo se presumir a aplicação de um princípio que prejudica a realização de um direito fundamental sem concretizar outro. No caso em tela, a medida é apta a atingir o fim pretendido, qual seja, tentar resgatar a dignidade da pessoa humana do viciado em crack residente em *cracolândias*, haja vista que, conforme já vimos, este se encontra numa completa situação de miserabilidade. Teve-se que verificar a idoneidade do tratamento involuntário como meio de efetivação de direitos fundamentais, dentre os quais destaca-se a dignidade, haja vista que se só prejudicasse o direito de liberdade, sem realizar a dignidade (ou a busca por ela), não seria idôneo.

Necessidade (exigibilidade) – impõe-se que o poder público adote, entre os atos e meios adequados, aquele(s) que menos sacrifícios ou limitações causem aos direitos fundamentais. Este segundo passo igualmente se relaciona a circunstâncias fáticas. E se refere à análise do meio necessário para concretizar um dado princípio sem causar gravame ao segundo princípio ponderado Ou seja: para concretizar a dignidade da pessoa humana de indivíduos nesta condição, haveria outro meio que

³⁵⁵ Ibid., p. 18.

³⁵⁶ D’AGOSTINO, Francesco. *Bioética segundo o enfoque da filosofia do direito*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2006, p. 78.

não lesionasse o direito de liberdade? Se houvesse outro meio tão efetivo quanto, que não sacrificasse o princípio, este deveria ser usado.

Proporcionalidade em sentido estrito – deve-se encontrar um equilíbrio entre o motivo que ensejou a atuação do poder público e a providência por ele tomada na consecução dos fins visados. Nem sempre esta fase é necessária, uma vez que apenas existe quando superadas as fases seguintes de maneira positiva. Porém, uma vez ultrapassados os demais requisitos, utiliza-se a lei da ponderação. Esta se traduziria na máxima: “Quanto mais alto, é o grau do não cumprimento ou do prejuízo do princípio, tanto maior deve ser a importância do cumprimento do outro”. Para sacrificar um princípio, o outro deve ser muito “mais pesado”, o que parece ser o caso em tela na medida em que a dignidade humana é um valor maior do que o direito de liberdade. Deve-se, aqui, atribuir valores, pesos, importância, significado aos princípios. São 3 os passos para analisar a proporcionalidade no caso: aferir o grau de sacrifício ao princípio (baixo, médio, alto), o grau de importância do outro princípio (baixo, médio, alto) e depois comprovar se um compensa sacrificar o outro. Sendo a dignidade da pessoa humana o princípio mais “alto” hierarquicamente, deve-se sacrificar o segundo, até porque compensa no tratamento involuntário que seja mitigada a liberdade em detrimento de um bem maior assegurado ao dependente químico.

Importante destacar como um dos traços marcantes do Estado Social é a intervenção legislativa, administrativa e judicial nas atividades privadas, mitigando em alguns casos, conseqüentemente, a liberdade de ação. É que o Estado Social acrescentou à dimensão política do Estado Liberal uma nova grandeza, de cunho econômico e social, através da limitação e controle dos poderes econômicos e sociais privados e da tutela dos mais fracos³⁵⁷.

O art. 6º da CF reconhece os direitos sociais como: educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança etc. Assim, o Estado deve tomar as medidas cabíveis para que estes direitos sejam assegurados, direitos estes que estão sendo completamente violados em detrimento da manutenção de uma situação que clama por uma medida interventiva, apenas como forma de assegurar o direito à liberdade individual dos mesmos.

³⁵⁷ GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. *Direito Civil – Obrigações*. São Paulo: Atlas, 2008, p. 90.

O Estado estabeleceu medidas de confiança e negociação com a sua entrada pacífica nestes territórios, implementando políticas públicas eficientes, voltadas inclusive para a redução de danos, através de uma regulação e substituição do uso das drogas nestes espaços, o que algumas vezes demanda a internação compulsória, até mesmo como medida necessária de transição ao tratamento consentido.

A partir disso, se pode refletir acerca da possibilidade de mitigação do princípio da liberdade do indivíduo quando este se encontra numa situação de completa dependência do crack, quando se poderia entender este indivíduo como plenamente autônomo. Esta condição permitiria, assim, uma intervenção, no sentido de submetê-lo a medidas terapêuticas sem o seu consentimento, obrigando-o, pois, a se tratar de maneira compulsória.

Isto porque, trata-se de dever do Estado assegurar aos indivíduos que estes vivam de maneira digna, não devendo, portanto se abster frente à esta situação de completo distanciamento dos indivíduos e de seus direitos fundamentais. Assim, fundamental que este atue, sob pena de sua omissão constituir afronta à dignidade humana³⁵⁸.

Imperioso concluir que a dignidade da pessoa humana constitui um limite à ação do Estado, bem como à ação de todos os indivíduos inseridos na sociedade brasileira. “Impede que aquele normatize alguma conduta que vá de encontro àquele valor, bem como interdita aos particulares qualquer atentado à dignidade da pessoa, mesmo que seja a sua.”³⁵⁹

A dignidade da pessoa humana e os demais direitos fundamentais só se realizam plenamente com o reconhecimento da aplicabilidade e efetividade o direito à vida. Assim, a dignidade da pessoa humana requer prestações positivas do Estado, oportunizando a efetivação de um direito justo, como ocorre no caso em comento, em que se mostra necessária a internação compulsória como medida de lúdima justiça, conforme conclusão acertada do Superior Tribunal de Justiça.

³⁵⁸ SOARES, Ricardo Maurício Freire. *O princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana*. São Paulo: Saraiva, 2010, p. 154.

³⁵⁹ PIÑEIRO, Walter Esteves. op. cit., p. 125.

5.3 PROJETO DE LEI 7663/2010

Trata-se de projeto de lei de autoria do Deputado Osmar Terra (PMDB/RS) que “acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências”.

Com efeito, o PL nº 7663/2010 inclui o art. 23-A³⁶⁰ à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, permitindo a internação do usuário ou dependente nas seguintes situações: “quando consentida pela pessoa a ser internada; aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e aquela determinada pela Justiça.

A utilização da expressão “usuário ou dependente” já no caput do artigo é preocupante, tendo em vista que o primeiro grupo não deveria ser internado em hipótese alguma, sendo uma faculdade do usuário tratar-se ou manter-se em utilização de uma dada substância.

Já no que pertine aos dependentes, o projeto assemelha-se ao tratamento já conferido aos portadores de transtornos mentais, o qual já era utilizado para permitir e disciplinar as internações dos toxicômanos. No entanto, a Lei 10.216/01 trazia em seu bojo uma série de garantias que não são repetidas no projeto, tornando temerário o seu conteúdo não só pela abrangência do público a ser internado como pela falta de cuidado em assegurar-lhes garantias.

Trata-se de um projeto que caminha na contramão dos avanços legislativos conquistados da última década, os quais procuravam ampliar a acessibilidade aos

³⁶⁰ Art. 23-A A internação de usuário ou dependente de drogas obedecerá ao seguinte:
I – será realizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação e com base na avaliação da equipe técnica;
II – ocorrerá em uma das seguintes situações:
a) internação voluntária: aquela que é consentida pela pessoa a ser internada;
b) internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
c) internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

serviços de saúde aos portadores de transtorno mental, e, no mesmo sentido, aos usuários de álcool e outras drogas³⁶¹.

Neste sentido, destaca-se o Parecer do Conselho Federal de Psicologia³⁶² que foi proferido sobre o tema, o qual critica incisivamente este aspecto do projeto, destacando a despreocupação com as garantias a serem asseguradas quando da aplicação deste procedimento.

Por esta razão, o PL nº 7663/2010 repete os tipos de internação para que, em outro contexto legal, não se aplique às internações por uso de drogas as garantias inscritas na Lei da Reforma Psiquiátrica. Não por acaso, o PL nº 7663/2010 não replica quaisquer daquelas garantias, sequer a obrigatoriedade de comunicação das internações voluntárias e involuntárias em até 72 horas ao Ministério Público Estadual (disposição prevista no § 1º do art. 8º da Lei da Reforma Psiquiátrica), não havendo, em decorrência disso um órgão que controle os referidos internamentos,

Pelos motivos supra mencionados, conclui-se que o projeto permite a violação dos direitos e garantias já assegurados aos dependentes, e até mesmo dos usuários, consagrando como “política pública” a perspectiva do higienismo social de “limpar” as ruas, retirando do caminho os usuários do crack.

Assim, estabelece uma postura muito mais gravosa do que aquela já instituída a partir da aplicação analógica da lei nº 10.216/2001, representando um verdadeiro retrocesso no campo do tratamento, violando frontalmente direitos do dependente químico, como o direito à saúde e à sua reintegração social, o qual se pretende analisar de forma mais efetiva no tópico seguinte.

5.4 UMA PROPOSTA DE APLICAÇÃO

³⁶¹ ZURICK, Ana Maria; JORGE, Maria Salete Bessa. (Dês)cuidado e atenção aos usuários de crack em situação de rua: políticas e enfrentamentos. In: JORGE, Maria Salete Bessa; TRAD, Leny Alves Bonfim; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; LIMA, Leilson Lira de (Orgs.) *Olhares plurais sobre o fenômeno do crack*. Fortaleza: EdUECE, 2013, p. 157.

³⁶² CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Parecer do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre o Projeto de Lei nº 7663/20101. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Parecer-Conselho-Federal-de-Psicologia-PL-7663-2010.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

Inicialmente é preciso estabelecer que não existe um método que pode assegurar, por si só, a cura de todos os pacientes, por conta da pluralidade de drogas e da peculiaridade de cada indivíduo toxicômano, e que qualquer tratamento deve respeitar as necessidades e os direitos dos doentes³⁶³.

Isto porque, para prescrever e aplicar uma determinada modalidade de tratamento deve-se levar em consideração os indivíduos consumidores e suas características psíquicas, emocionais e culturais, suas expectativas sobre o uso e os efeitos; a quantidade da substância e a qualidade consumida; as modalidades e os padrões de consumo; as circunstâncias ambientais e sociais onde ocorre o consumo; as implicações legais do consumo; e as conotações sociais e políticas associadas ao consumo e às substâncias consumidas³⁶⁴. Conforme já analisado, existem vários tipos de uso e várias modalidades de tratamento, devendo o profissional de saúde e o operador do direito considerarem todas essas variáveis antes de optarem por recomendarem uma intervenção forçada.

No entanto, não se pode descartar que a internação compulsória (quando aplicada de maneira coerente) se constitui como medida de caráter protetivo para casos de extrema necessidade e até mesmo de risco de vida. Não se coaduna aqui com a ideia de um instrumento de penalidade ou punição, mas se estabelece como meio efetivo de proteger o sujeito vulnerado. “O fato de ser aplicada judicialmente não configura medida de esfera penal, como tem sido interpretada equivocadamente em alguns debates”³⁶⁵.

É preciso, no entanto, pensar nos contornos que definem a aplicação da medida de internação de forma que esta atenda as convenções internacionais sobre drogas e a legislação brasileira, respeitando os direitos dos pacientes e assegurando-lhes a possibilidade de retomar a sua autonomia. Uma vez superados os óbices da possibilidade de intervenção na autonomia do paciente e da efetividade da medida, se estabelecesse como desafio estabelecer uma internação humanizada, a qual respeite a condição de autônomo e, ao mesmo tempo, de vulnerável do

³⁶³ PATRÍCIO, Luís Duarte. op. cit., p. 163.

³⁶⁴ VIDAL, Sergio. A regulamentação do cultivo de maconha para consumo próprio: uma proposta de Redução de Danos. In: NERY FILHO, Antônio; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; RÉGO, Marlize (Orgs.) *Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009, p. 73.

³⁶⁵ ALBERGARIA, Matheus; LEONELLI, Vera. op. cit., p. 124.

indivíduo, considerando os seus interesses e direitos antes, durante e depois do tratamento.

A internação compulsória demanda um esforço dos órgãos julgadores, os quais se veem diante de dilemas jurídicos no que tange à efetivação e proteção dos direitos envolvidos, bem como se deparam com questões médicas e morais relacionadas ao uso e abuso de drogas. Estas questões são complexas e demandam não apenas uma análise jurídica do caso, voltada para as construções argumentativas com base nos diplomas normativos vigente, mas uma avaliação que considere os múltiplos espectros envolvidos na causa.

Esta perspectiva demanda inicialmente uma reforma no âmbito Judiciário, capacitando os magistrados sobre a questão, tendo em vista que muitos deles não têm conhecimento dos pormenores do tratamento, sustentando-o de forma indevida, ou descartando-os quando necessários. A capacitação deve ainda alcançar os demais operadores do direito para que não se precipitem em pleiteá-la quando não for o meio mais adequado de lidar com a questão do paciente específico.

Assim, importante destacar o papel do SENAD, que oferece em todo o Brasil cursos gratuitos sobre a questão das drogas, sendo o maior deles o SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento), o qual já está na sua sétima edição, tendo capacitado mais de 60.000 mil inscritos. A grande abrangência decorre da sua execução na modalidade de Educação a Distância (EaD) pelas equipes da Unidade de Dependência de Drogas (UDED) do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP e do Departamento de Informática em Saúde (DIS), em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O curso é parte integrante das atividades de prevenção da SENAD, que prevê, entre outras ações, a ampla capacitação de profissionais das áreas de saúde, assistência social, educação, justiça, segurança pública, conselheiros e lideranças comunitárias e religiosas³⁶⁶.

³⁶⁶ BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Disponível em: <http://www.supera.senad.gov.br/>. Acesso em: 10 out. 2014.

No âmbito baiano, o SENAD em parceria com o CETAD (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas), o qual vincula-se a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, também promove vários cursos de capacitação, na modalidade presencial, que visa atender vários públicos. Recentemente foi oferecido pelo instituto o “Curso de Aperfeiçoamento sobre crack e outras drogas para Agentes do Sistema Judiciário do Ministério Público e da Segurança Pública”, o qual, apesar de ter dezenas de inscritos, não contou com a adesão de nenhum magistrado, o que sugere a falta de interesse desse grupo em aprofundar-se na causa.

O afastamento e distanciamento dos magistrados com relação ao problema das drogas faz com que as decisões acerca da internação compulsórias se limitem a multiplicar argumentos não convincentes – insuficientes para lidar com as complexidades do tema – e analisar a documentação carreada aos autos buscando algum atestado ou certidão que o faça decidir sem hesitação (e, muitas vezes, sem esforço). A análise do magistrado deve ainda considerar, sempre que possível, os laudos e documentos que atestem a necessidade de desintoxicação, confirmando o risco para o paciente, no entanto, estes nem sempre existem e nem sempre são suficientemente precisos para fundamentar esta decisão.

Tratando acerca dos modelos de autonomia no âmbito bioético e suas implicações no âmbito do direito civil, notadamente nas questões relativas ao fim da vida, Mônica Aguiar trata da legitimidade conferida ao magistrado para julgar determinadas questões referentes a vida e à saúde do indivíduo. Isto porque a soma da omissão legislativa quanto a um micro sistema bioético impõe aos intérpretes do direito uma escolha ética para a qual a legitimidade decorre tão somente da investidura em cargo público da magistratura, gerando um impacto significativo nos temas das questões de saúde e vida³⁶⁷.

Para mitigar esse descompasso entre as questões de vida e saúde, os magistrados teriam que se submeter a constantes capacitações, as quais devem observar os avanços e os problemas já suscitados pela bioética.

³⁶⁷ AGUIAR, Mônica. Modelos de autonomia e sua (in) compatibilidade com o sistema de capacidade civil no ordenamento positivo brasileiro: reflexões sobre a resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina. In: *Direito Civil*, Coleção Conpedi/Unicuritiba, v.6, Clássica Editora, 2014, p. 218.

No entanto, não basta que tal avanço se limite aos juristas. A capacitação e treinamento devem ser adotados também pelos profissionais de saúde, os quais muitas vezes optam pela internação sem analisar o caso concreto e suas particularidades, refletindo o descaso (ou a “ignorância”) de muitos médicos com relação aos pareceres que irão subsidiar os processos de internação compulsória.

Existe, pois, uma “incapacidade” dos médicos para lidar com a questão legal e os direitos do paciente, associada à falta de informação dos juristas sobre os pormenores críticos sobre doença e tratamento, o que demandaria um esforço conjunto dessas esferas.

Reconhecendo a insuficiência técnica dos julgadores ao se depararem com questões eminentemente médicas, o Tribunal de Justiça do Estado da Bahia institucionalizou o Plantão Médico Judiciário, criado pela Diretoria de Assistência à Saúde daquele Tribunal, com o objetivo de auxiliar magistrados em decisões liminares de saúde. Trata-se de uma excelente iniciativa, que conta com uma equipe médica disponível para orientar os magistrados com informações técnicas relacionadas a benefícios, medicamentos, procedimentos cirúrgicos, diagnósticos, internações ou afins, ligados ao setor público (SUS) ou privado.

O Plantão Médico de assessoria ao juiz no âmbito do Poder Judiciário do Estado da Bahia foi instituído pelo Decreto Judiciário nº 287, de 14 de fevereiro de 2012. A sua implementação atende à Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), publicada em 30 de março de 2010, que “Recomenda aos Tribunais a adoção de medidas visando a melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde”³⁶⁸.

A partir de então, quando não existem elementos suficientes nos autos para fundamentar o julgado, ou quando não se sentem seguros para decidir sobre elementos técnicos envolvendo as questões de saúde, os magistrados recorrem ao médico plantonista, o qual supre a necessidade de perícia quando a questão envolver pedido de urgência.

³⁶⁸ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 31. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>. Acesso em: 12 set. 2014.

Esta iniciativa deve ser adotada no âmbito das internações compulsórias, possibilitando ao julgador confirmar a necessidade de internação caso não hajam elementos nos autos para fundamentar a decisão ou caso não se sintam seguros para fazê-lo com base nos laudos disponíveis.

Interessante também abordar a parceria realizada pelo Estado de São Paulo, que ao invés de promover o plantão médico no Judiciário, optou por adotar o caminho inverso. Ao verificar, em muitos casos a demora na emissão da ordem judicial nos casos em que havia indicação médica pela internação compulsória, impedindo a equipe médica de manter o paciente no local contra a sua vontade sem determinação judicial, optaram por promover um plantão judiciário no órgão médico responsável pelos encaminhamentos.

O processo de internação compulsória, nestes casos, é iniciado pelos próprios agentes de saúde, os quais contam agora com representantes do Judiciário (um juiz, um advogado e um representante do Ministério Público) sob a forma de plantão no equipamento médico. O órgão que abriga o plantão, e conseqüentemente que encaminha os pedidos, é o CRATOD - Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas. Conseqüentemente, a determinação judicial se torna mais célere. Após receber o primeiro atendimento (quando o paciente é levado de maneira voluntária ao CRATOD por um assistente social), o dependente químico será avaliado por médicos que vão oferecer o tratamento adequado, o qual se promove, algumas vezes, a partir da internação. Caso a pessoa não queira ser internada, o juiz poderá determinar a internação imediata, sempre após os médicos considerarem que a pessoa corra risco e que não tem domínio sobre sua condição física e psicológica³⁶⁹.

Caso reste comprovada a necessidade de internamento, sendo este determinado pelo juiz, deve-se superar a forma agressiva como vem sendo cumprida a determinação judicial. Afinal, o que ocorre nos dias de hoje, a partir do momento em que o magistrado determina a internação do paciente é que o mandado seja cumprido por um oficial de justiça, que por vezes solicita força policial para cumprir a medida, estabelecendo assim um mau começo.

³⁶⁹ BRASIL. Governo do Estado de São Paulo. Notícias. Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>. Acesso em: 29 set. 2014.

Isto porque, as noções de cuidado e proteção envolvidas no tratamento, por si só, já se afastam da abordagem violenta de entrada nos espaços urbanos afetados para a efetivação da medida. O que atrapalha não apenas o fluxo habitual do local por assustar os habitantes do local, como reflete no insucesso do tratamento. A presença da polícia mostra uma ambivalência, incorporando papéis contraditórios e perturbadores para os usuários, sobretudo, para que estão se iniciando na vida nas ruas, que se surpreendem com o autoritarismo e a força bruta e violenta dos representantes da lei³⁷⁰.

É necessário estabelecer uma estratégia de cumprimento da medida de maneira menos violenta e opressora, devendo o oficial de justiça se fazer acompanhar por profissionais de saúde, sugerindo-se aqui a presença de dois enfermeiros, um psicólogo e um médico, para que esta equipe multidisciplinar tentasse uma investida conjunta mais sutil e efetiva de “resgate” daquele indivíduo. Afinal, esta abordagem inicial é um processo de alta complexidade que demanda uma aproximação cuidadosa para com o dependente, a qual deve ser empregada por uma equipe capacitada para lidar com este tipo de situação.

Estas medidas representam um avanço no sentido de promover a internação dos dependentes de forma adequada, representando uma escolha ponderada e motivada dos operadores de saúde e do direito. A partir da determinação do internamento forçado é necessário que seja conferido aos internados uma estrutura abrangente, permitindo o seu tratamento de maneira a assegurar seus direitos, e posteriormente promovendo sua reinserção social.

A mudança de paradigma se reflete, pois, desde a formação dos profissionais de saúde e dos operadores de direito que determinam a medida até o período posterior à internação, perpassando a temporada de confinamento no sistema de saúde sobre a qual já se tratou em momento oportuno da pesquisa.

A questão que se estabelece após o internamento é a seguinte: o que se deve fazer com o paciente depois da sua alta hospitalar? Afinal, este necessita de um acompanhamento, seja a partir de uma perspectiva médica que pode incluir administração medicamentosa e consultas ambulatoriais, seja a partir da criação de

³⁷⁰ PLENA, Miriam Gracie. op. cit., p. 202.

mecanismo de reinserção do indivíduo na comunidade, assegurando-lhes subsídios para que não necessitem nem “desejem” retornar às cracolândias.

O CNJ, no âmbito do sistema carcerário e de execuções penais, instituiu o programa “Começar de Novo” pela Resolução n.º 96, de 27 de outubro de 2009, que visa à sensibilização de órgãos públicos e da sociedade civil para que forneçam postos de trabalho e cursos de capacitação profissional para presos e egressos do sistema carcerário. O objetivo do programa é promover a cidadania e consequentemente reduzir a reincidência de crimes. Para tanto, o Conselho Nacional de Justiça criou o uma página virtual que reúne as vagas de trabalho e cursos de capacitação oferecidos para presos e egressos do sistema carcerário, oferecidas tanto por instituições públicas como por entidades privadas, que são responsáveis por atualizar o portal³⁷¹.

Além da página na internet o projeto já foi incorporado, com a mesma nomenclatura, em vários estados do Brasil pelos seus respectivos Tribunais de Justiça, dentre eles: Amapá, Goiás, São Paulo, Alagoas, Ceará, Rio Grande do Norte, Maranhão, Sergipe e Bahia. Segundo Erivaldo Ribeiro dos Santos, membro do CNJ premiado por desenvolver o projeto no prêmio oferecido pelo Instituto Innovare de 2010, o programa comportaria as seguintes iniciativas: 1) realizar campanha de mobilização para a criação de uma rede de cidadania em favor da ressocialização; 2) estabelecer parcerias com associações de classe patronais, organizações civis e gestores públicos, para apoiar as ações de reinserção; 3) implementar iniciativas que propiciem o fortalecimento dos Conselhos da Comunidade, para o cumprimento de sua principal atribuição legal - reintegração social da pessoa encarcerada ou submetida a medidas e penas alternativas; 4) integrar os serviços sociais nos Estados para seleção dos beneficiários do projeto; 5) criar banco de oportunidades de trabalho e de educação e capacitação profissional; 6) acompanhar os indicadores e as metas de reinserção³⁷².

³⁷¹ BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Programas de A a Z. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/sistema-carcerario-e-execucao-penal/pj-comecar-de-novo>. Acesso em 21 nov. 2014.

³⁷² SANTOS, Erivaldo Ribeiro dos. Projeto Começar de Novo. In: Prêmio Innovare, Edição VII – 2010. Disponível em: <http://www.premioinnovare.com.br/praticas/projeto-comecar-de-novo/>. Acesso em: 12 nov. 2014.

O que se pretende com a análise do programa Começar de Novo é sugerir que seja desenvolvido pelo Judiciário programa semelhante voltado ao acompanhamento do dependente químico em momento posterior a internação. Não se aconselha o encaminhamento do paciente para esta estrutura montada no âmbito da ressocialização de presos e egressos porque aqueles demandam estratégias de atenção mais abrangentes, não se restringindo as medidas promovidas pelo programa Começar de Novo.

Atento a esta necessidade, o Estado de São Paulo, de maneira pioneira, criou em janeiro de 2013, o Programa Recomeço, que se dedica especificamente a ajudar a reestruturar a vida dos dependentes químicos, principalmente os usuários de crack, oferecendo tratamento e acompanhamento multiprofissional ao paciente e aos seus familiares. As ações são coordenadas entre as Secretarias Estaduais da Saúde, da Justiça e Defesa da Cidadania e do Desenvolvimento Social e facilitam o acesso ao tratamento médico e apoio social e, quando necessário, a internação dos dependentes em centro de referência, incluindo comunidades terapêuticas e moradias assistidas. Trata-se de um trabalho também integrado com o Poder Judiciário, com a participação do Ministério Público, da Defensoria Pública e da Ordem dos Advogados do Brasil, que acompanham os trabalhos e os casos que precisam do apoio ou interveniência destes organismos³⁷³.

O apoio aos dependentes deve, além de fortalecer os laços familiares e trazê-lo de volta ao convívio e às atividades sociais, contar com o encaminhamento para formas adequadas de controle da dependência química. Após o internamento novas etapas do tratamento se descortinam, as quais devem ser adotadas de maneira voluntária pelo paciente. Para isto, este deve receber as informações adequadas sobre os modelos existentes para se filiar àquele que seja mais adequado a seu modo de uso e às suas expectativas, o que deve ser proporcionado também pelo Poder Judiciário como consequência da decisão.

O julgado deve prever estratégias posteriores à intervenção, seja promovendo as medidas de reinserção, seja ordenando o retorno do paciente para consulta periódica nos órgãos de saúde responsáveis, ou praticando outra conduta, a qual se

³⁷³ BRASIL. Governo do Estado de São Paulo. Programa Recomeço. Disponível em: <http://programarecomeco.sp.gov.br/sobre-o-programa/>. Acesso em: 12 nov. 2014.

estabeleça como elemento de proteção do indivíduo vulnerado como forma de prevenção ao seu retorno às crackolândias e de fomento à continuidade do tratamento.

Várias dessas estratégias, conforme já demonstrado, já vem sendo aplicadas de forma efetiva em alguns estados, no entanto não se estabelecem de forma conjunta e integrada. Para que o Judiciário exerça seu papel de julgar de forma segura, considerando as especificidades da dependência química. Assim, fundamental que a preocupação com os direitos do indivíduo e com estado de saúde (aqui compreendido como saúde física e mental) perpassa todas as etapas da internação compulsória, estando presente desde a motivação até o momento posterior ao cumprimento da medida.

Diante da situação periclitante em que vivem esses sujeitos residentes em crackolândias, os quais acumulam múltiplas vulnerabilidades, é preciso “forjar e reaquecer alianças, exercer a solidariedade, buscar forças. Há um grande caminho ainda a ser trilhado. Há um mundo a ser transformado, com urgência”³⁷⁴. O Estado, o Judiciário e o Sistema de Saúde Pública não podem continuar exercendo isoladamente medidas ineficazes que não combatem a verdadeira causa do problema, não se mostrando efetivas para lidar com os casos problemáticos que se multiplicam a cada dia em decorrência do uso abusivo de drogas ilícitas, notadamente o crack.

A solução está, por fim, em agregar esforços para lidar de forma multidisciplinar com a questão das drogas, atacando os fatores biopsicossociais atrelados à dependência química na tentativa de encontrar respostas preventivas e posteriores ao tratamento.

Com relação às contribuições de outras áreas – que não o Direito e a Medicina – para analisar a dependência química e auxiliar o dependente a obra “Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química” traz a contribuição da Biomedicina, da Psicologia, do Serviço Social, da Enfermagem, da Farmacologia, da Fonoaudiologia, da Odontologia e da Terapia Ocupacional para a avaliação, o diagnóstico e o

³⁷⁴ YASUI, Silvio. op. cit., p. 102.

tratamento do dependente e das suas relações familiares e sociais³⁷⁵. É evidente que no caso concreto nem sempre todas essas vertentes serão utilizadas, muitas vezes por não serem necessárias ao aprendizado do dependente/usuário. Em contrapartida, às vezes a análise do quadro clínico do paciente sugere a necessidade de que outras variáveis sejam tratadas, contando com a ajuda de outros profissionais que compõem um rol de colaboradores fundamentais para a melhor abordagem da doença.

Este intercâmbio de conhecimentos é fundamental para enfrentar de forma adequada a problemática da dependência química a partir de ações conjuntas sempre voltadas à promoção da saúde do indivíduo. “O trabalho operacionalizado em equipe multidisciplinar não só contribui para a materialização do que conhecemos como conceito ampliado de saúde como também efetiva a atenção integral às necessidades do dependente químico e sua reinserção social”³⁷⁶.

“Cabe a bioética, enquanto capo interdisciplinar, promover os encontros necessários para a reflexão sobre os usos e usuários de substâncias psicoativas enquanto paradigma da condição humana”³⁷⁷. Isto porque, a multiplicidade de aspectos envolvidos revela a complexidade do tema. Uma análise interdisciplinar, realizada à luz da bioética e das disciplinas que com ela dialogam, permite a melhor compreensão do problema relacionado a internação do dependente químico e, certamente, melhores resultados decorrentes do tratamento.

³⁷⁵ FERNANDES, Simone; BORTOLON, Cassandra Borges; SIGNOR, Luciana; MOREIRA, Taís de Campos (Orgs.). *Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química*. São Paulo: Santos, 2013, p. xiii.

³⁷⁶ BARROS, Xênia Maria Tamborena; ARENA, Fernanda Xavier. Dependência química: contribuições do serviço social. In: FERNANDES, Simone; BORTOLON, Cassandra Borges; SIGNOR, Luciana; MOREIRA, Taís de Campos (Orgs.). *op. cit.*, p. 132.

³⁷⁷ NERY FILHO, Antônio; LORENZO, Cláudio; DIZ, Fátima. *op. cit.*, p. 138.

6 CONCLUSÃO

A argumentação trazida ao longo da dissertação demonstrou que a que internação compulsória pode, a partir de determinadas circunstâncias, ser considerada como estratégia de tratamento eficaz e necessária no âmbito das crackolândias. Esta conclusão foi desenvolvida a partir das seguintes reflexões a seguir destacadas.

As drogas são substâncias naturais ou sintéticas que, ao penetrarem no organismo humano altera suas funções, sendo o seu consumo provocado pela vontade de alterar o estado de consciência, com intuítos diversos, que vão desde a experiência religiosa, passando pelo abrandamento do sofrimento decorrente de condições indignas de vida, até a busca da cura para as doenças que acometem o corpo e o espírito humano.

Considerando a pluralidade de substâncias que são incluídas no vasto campo denominado como “drogas”, os usos desses elementos variam a partir da perspectiva cultural adotada. Existem vários tipos grupos de drogas e de uso considerado natural para uma determinada sociedade e, em contraposição, drogas que são ilícitas e moralmente condenáveis que estigmatizam o seu usuário e provocam a sua exclusão social.

Apesar da noção de preconceito associada as drogas, que desconsidera os benefícios e a liberdade de escolha do usuário, é indiscutível que, em algumas situações, o uso de drogas se estabelece como verdadeira mazela. Isto decorre de padrões disfuncionais que afetam a saúde dos indivíduos na medida em que desencadeiam prejuízos de cunho biológico e social.

O abuso de drogas, em maior grau corresponde, conforme já visto a dependência química. Este transtorno agrava o grau de fragilidade do indivíduo a partir das alterações físicas e psicológicas que caracterizam a primeira vulnerabilidade das crackolândias. Este espaço, escolhido para representar o recorte da presente pesquisa, potencializa os efeitos da dependência química, tendo em vista ser o crack uma droga imbuída de maior capacidade de provocar lesões ao

indivíduo, principalmente aqueles que vivem em situação de rua, estabelecidos nesses espaços urbanos.

A vivência em situação de rua, configura a segunda vulnerabilidade, pois os espaços urbanos denominados cracolândias têm o condão de agravar ainda mais as aflições e adversidades inerentes à vida na rua.

Além da dificuldade para realizar necessidades de higiene, dos problemas de saúde decorrentes da inanição, das intempéries e dos riscos de violência aos quais se submetem todos os “moradores de rua”, aqueles que residem nas cracolândias agravam ainda mais o seu quadro de privação, inserindo a droga no seu cotidiano até mesmo como forma de minimizar o sofrimento de sua vivência, já marcada pela miserabilidade.

Alguns deles, ainda mais afetados passam a viver em função da droga, apresentando extrema compulsão que faz com que o viciado, em algumas situações extremas, não tenha mais condição de se determinar. Isto porque associam-se as vulnerabilidades da dependência química e dos distúrbios físicos e psicológicos, configurando um quadro em que, se continuado, culminará com a morte iminente deste sujeito.

A partir da emergência e propagação das cracolândias – as quais são frequentemente alardeadas pela mídia e diabolizadas pelo imaginário popular – estabeleceu-se o dilema acerca de qual seria o tratamento adequado a estes dependentes específicos. Como resposta, políticas públicas de internamento involuntário e compulsório se estabelecem, por vezes, de forma higienista, sem atentar para as particularidades do caso concreto e, tampouco, sem considerarem a realidade social, as necessidades, vulnerabilidade e a autonomia daqueles que vivem relações de uso e abuso do crack.

Ficou claro à luz do estudo da autonomia, como conceito e princípio bioético, que nem todos os indivíduos estão aptos a decidir, sendo necessário em alguns casos a intervenção como forma de proteção e respeito ao paciente, o que foi confirmado pela corrente latino-americana. A bioética da proteção surge como resposta a partir de uma adequada contraposição entre autonomia e vulnerabilidade.

Este paralelo permite, em algumas circunstâncias, mitigar ou desconsiderar a autonomia para que seja assegurado um tratamento adequado ao dependente químico. Nos casos de determinação das internações compulsórias observa-se uma verdadeira supressão da autonomia a partir da compreensão destes indivíduos como não autônomos.

A bioética da proteção autoriza a supressão da autonomia do sujeito com o intuito de efetivar a sua proteção quando se encontram em situação de vulnerabilidade acrescida. Assim, nos casos explorados no trabalho fica claro a necessidade de intervenção como medida de garantia inclusive da vida de pessoas que se apresentam vulneráveis e vulnerados de tal forma que não mais se enquadram como autônomos, o que fundamenta a internação.

O internamento deve ser assegurado pelo tempo mínimo necessário para a ruptura com o quadro de agravado risco e transtorno do paciente, devendo suspender a internação tão logo o paciente apresente sinais de melhora no quadro clínico, não apresentando mais risco de morte e já contidos os efeitos mais agudos da intoxicação e compulsão. O período necessário para que cessem estes efeitos não é aqui determinado em dias ou semanas por não existir consenso sobre um prazo definido sem a análise no caso concreto do quadro clínico do paciente.

Uma vez atingido este breve período em que a contenção era necessária, o indivíduo deve ser consultado sobre as formas de tratamento as quais deseja se submeter. A partir da sua decisão pode continuar internado, se assim desejar, pode ser encaminhado às outras modalidades de tratamento ou pode simplesmente escolher deixar a instituição ficando instruído sobre formas de tratamento possíveis e das formas de uso menos gravosas.

A internação compulsória decorre de decisão judicial e, como tal, permite certo grau de parcialidade. No trabalho, foram analisados alguns julgados que apresentam motivos distintos para motivar a decisão, confirmando que, não existe consenso no âmbito jurídico sobre o que deve ser feito a partir em situações semelhantes, tampouco definidos critérios objetivos para determinar a internação.

A crítica apresentada pelo presente trabalho apresentou algumas medidas no âmbito jurídico que são consideradas eficazes para conferir um julgamento mais

voltado ao respeito do paciente, estabelecendo critérios de decisão, bem como, preocupando-se em capacitar os julgadores para lidar com situações deste tipo.

Além disso, apresenta a necessária preocupação com o momento posterior a intervenção forçada, tendo em vista que, se o objetivo do procedimento se refere ao empoderamento do indivíduo, medidas devem ser tomadas para que este resgate a sua autonomia. Além disso, em momento posterior, deve ser possibilitada a inclusão social destes dependentes, sem o que, os mesmos voltarão a situação de rua, facilitando ainda mais a recaída no vício ou o retorno às cracolândias.

A conclusão final do presente trabalho milita a favor da internação compulsória, no âmbito da dependência química em cracolândias, a partir da constatação de que a voluntariedade do dependente pode ser afetada pela restrição (parcial ou total) da autonomia a partir da sua condição extremamente vulnerável.

A resposta está, pois, em proteger estes pacientes vulneráveis e vulnerados, e, inclusive, de mantê-lo vivo em situações muito gravosas que autorizam este tipo de intervenção. Fundamental, por fim, ressaltar que apesar de ser realizado ainda contra a vontade do paciente, este procedimento deve assegurar todas as garantias processuais e terapêuticas para que se estabeleça como medida de empoderamento e reinserção social do indivíduo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Mônica. 2002+10. Para além da capacidade: o impacto da vulnerabilidade em matéria de autonomia em questões de saúde. In: LOTUFO, Renan; NANNI, Giovanni Ettore; MARTINS, Fernando Rodrigues. *Temas Relevantes do Direito Civil Contemporâneo: reflexões sobre os 10 anos do Código Civil*. São Paulo: IDP; ATLAS. 2012.

_____. A proteção do direito à diferença como conteúdo do princípio da dignidade humana: a desigualdade em razão da orientação sexual. In: ALENCAR, Rosmar Antonni Rodrigues Cavalcanti de (org.) *Direitos Fundamentais na Constituição de 1988: estudos comemorativos aos seus vinte anos*. Porto Alegre: Nuria Fabbis, 2008.

_____. Modelos de autonomia e sua (in) compatibilidade com o sistema de capacidade civil no ordenamento positivo brasileiro: reflexões sobre a resolução 1995/2012 do Conselho Federal de Medicina. In: *Direito Civil*. Coleção Conpedi/Unicuritiba, v.6. Curitiba: Clássica Editora, 2014.

_____. Respeito à autonomia: do direito civil à bioética. In: DIDIER JR., Fredie; EHRHARDT JR., Marcos. *Revisitando a teoria do fato jurídico: homenagem a Marcos Bernardes de Mello*. São Paulo: Saraiva, 2010.

ALARCON, Sergio. A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

_____. Critérios para o Diagnóstico de Dependência Química In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

_____.; BELMONTE, Pilar Rodrigues; JORGE, Marco Aurélio Soares. O Campo de Atenção do Dependente Químico. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ALBERGARIA, Matheus; LEONELLI, Vera. Direitos humanos e a polêmica da internação compulsória. In: TAVARES, Luiz Alberto; MONTES, Jane Cresus (Orgs.) *A adolescência e o consumo de drogas: uma rede informal de saberes e práticas*. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2014.

ALEXY, Robert. *Teoria da Argumentação Jurídica*. São Paulo: Landy, 2005.

ALMEIDA, Marcos de. Comentário sobre os princípios fundamentais da bioética – perspectiva médica. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.) *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus, 1996.

AMAR, AyushMorad. *A verdade sobre drogas*, v.1. São Paulo: Ícone, 1988.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

_____.; GULJOR, Ana Paula. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.) *Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

ANDORNO, Alberto. Liberdade e Dignidade da pessoa: dois paradigmas opostos ou complementares na Bioética?. In: MOLLER, Letícia Ludwig; COSTA, Judith Martins (Orgs.) *Bioética e Responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

ANDRADA, Nathalia Carvalho de. Abuso e dependência: crack. In: *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo; v.58, n.2, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2014.

ANJOS, Márcio Fabri dos. Introdução. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias e Letras; Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

ARAN, Márcia; PEIXOTO Jr., Carlos Augusto. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n.5, p. 849-857, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000500020&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 jul. 2014.

ARAUJO, Tarso. *Almanaque das drogas: um guia informal para o debate racional*. São Paulo: Leya, 2012.

ARRUDA, Eloisa. Internação compulsória com o amparo da lei. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 8 jan. 2013. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opinia0/87536-internacao-compulsoria-com-amparo-da-lei.shtml> Acesso em: 30 jul. 2014.

ATLAN, Henri. *A ciência é inumana?* Ensaio sobre a livre necessidade. São Paulo: Cortez, 2004.

AZEVEDO, Marco Antônio Oliveira de. *Bioética fundamental*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.

BARRETO NETO, Heráclito Mota. *Reflexos da bioética sobre o tratamento jurídico do uso de drogas no Brasil: autonomia x paternalismo*. 2014. 159 f. Dissertação

(Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

BARROS, Helena Maria Tannhauser; DALPRÁ, Wleska Lissa. Medicina e drogas de abuso. *In: FERNANDES, Simone; BORTOLON, Cassandra Borges; SIGNOR, Luciana; MOREIRA, Taís de Campos (Orgs.). Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química.* São Paulo: Santos, 2013.

BARROS, Xênia Maria Tamborena; ARENA, Fernanda Xavier. Dependência química: contribuições do serviço social. *In: FERNANDES, Simone; BORTOLON, Cassandra Borges; SIGNOR, Luciana; MOREIRA, Taís de Campos (Orgs.). Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química.* São Paulo: Santos, 2013.

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. *Princípios de Ética Médica.* São Paulo: Loyola, 2002.

BECKER, Howard Saul. *Outsiders: estudos de sociologia do desvio.* Rio de Janeiro: ZAHAR, 2008.

BELLINO, Francesco. *Fundamentos da bioética: aspectos antropológicos, ontológicos e morais.* Bauru: EDUSC, 1997.

BENCHAYA, Mariana Canellas; BISCH, Nadia Krubskaya. Fatores preditores e uso de substâncias psicoativas. *In: FERNANDES, Simone; BORTOLON, Cassandra Borges; SIGNOR, Luciana; MOREIRA, Taís de Campos (Orgs.). Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química.* São Paulo: Santos, 2013.

BISCAIA, Jorge. A bioética e o Centro de Estudos de Bioética: do passado ao futuro. *In: NEVES, Maria do Céu Patrão; LIMA, Manuela (Orgs.) Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades.* Coimbra/São Paulo: Editora Gráfica de Coimbra/Centro Universitário São Camilo, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Programas de A a Z.* Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-de-a-a-z/sistema-carcerario-e-execucao-penal/pj-comecar-de-novo>. Acesso em 21 nov. 2014.

_____. Conselho Nacional de Justiça. *Recomendação nº 31.* Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/12113-recomendacao-no-31-de-30-de-marco-de-2010>. Acesso em: 12 set. 2014.

_____. Governo do Estado de São Paulo. *Notícias.* Disponível em: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>. Acesso em: 29 set. 2014.

_____. Governo do Estado de São Paulo. *Programa Recomeço*. Disponível em: <http://programarecomeco.sp.gov.br/sobre-o-programa/>. Acesso em: 12 nov. 2014.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Informações sobre drogas*. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11251&rastro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Padr%C3%B5es+de+uq. Acesso em: 23 nov. 2014.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Disponível em: <http://www.supera.senad.gov.br/>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Disponível em: http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livreto_epidemiologico_17set.pdf. Acesso em 20 set. 2014.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Tratamento da Dependência de Crack, álcool, e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, OAPS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. 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, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. F10 - F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm. Acesso em: 13 ago. 2014.

BROTAS, Carmen Lúcia Costa. A Lei da Reforma Psiquiátrica à luz da Bioética da Proteção. In: AGUIAR, Monica; ENGELMANN, Wilson (Orgs.). *Biodireito* CONPEDI/UNINOVE. Florianópolis: FUNJAB, 2013.

BUCHER, Richard; COSTA, Priscila Fernandes. Modelos de atendimento aos usuários de drogas. In: BUCHER, Richard (Org.). *As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo: Cordato - Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos/EPU, 1988.

CARNEIRO, Paula Jacinta Moreira Gonçalves. Vulnerabilidade da pessoa com doença mental: apelo a uma ética da hospitalidade. In: CARVALHO, Ana Sofia; OSSWALD, Walter (Orgs.) *Ensaios de Bioética*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008.

CASABONA, Carlos María Romeo. O consentimento informado na relação entre médico e paciente: aspectos jurídicos. In: CASABONA, Carlos María Romeo, QUEIROZ, Juliane Fernandes (coords.). *Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas*. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

_____. O Direito Biomédico e a Bioética. In: CASABONA, Carlos María Romeo, QUEIROZ, Juliane Fernandes (coords.). *Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas*. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

CASTILHO, Ela Wiecko Volkmer de. A eficácia invertida da internação involuntária. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas e Cidadania: em debate*. Brasília: CFP, 2012.

COMPARATO, Fábio Konder. *A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos*. São Paulo. Saraiva, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Parecer do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre o Projeto de Lei nº 7663/2010*. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Parecer-Conselho-Federal-de-Psicologia-PL-7663-2010.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

CORREIA JÚNIOR, Rubens; VENTURA; Carla Aparecida Arena. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira: uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. *Revista de Direitos Fundamentais e Democracia*, Curitiba, v. 13, n. 13, janeiro/junho de 2013.

CORREIA, Francisco de Assis. Alguns desafios atuais da bioética In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Paulus, 1996.

COSTA, Judith Martins. Capacidade para consentir e esterilização de mulheres tornadas incapazes pelo uso de drogas: notas para uma aproximação entre a técnica jurídica e a reflexão bioética. *In: MOLLER, Letícia Ludwig; COSTA, Judith Martins (Orgs.) Bioética e Responsabilidade*. Rio de Janeiro: Forense, 2009.

COSTA, Priscila Fernandes. Aspectos legais do consumo. *In: BUCHER, Richard (Org.) As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo: Cordato - Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos/EPU, 1988.

COSTA E FONSECA, Ana Carolina da. Autonomia, pluralismo e a recusa de transfusão de sangue por Testemunha de Jeova: Uma discussão filosófica. *Revista Bioética*. Brasília, v. 19, n. 2, Conselho Federal de Medicina, 2011

COSTELL, Elvira Durán. A reflexão ética diante do avanço da biotecnologia. *In: CASABONA, Carlos María Romeo. Biotecnologia, direito e bioética: perspectivas em direito comparado*. Belo Horizonte: Del Rey; PUC Minas, 2002.

CRUZ, Bernardo Gama. Pedras no caminho. *In: LOPES, Lucília Elias; BATISTA, Vera Malaguti (Orgs.) Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

D'AGOSTINO, Francesco. *Bioética segundo o enfoque da filosofia do direito*. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2006.

DALLEGRAVEE NETO, José Affonso. O procedimento patronal de revista íntima. *In: Revista do Advogado*. São Paulo, ano XXX, n. 110, dez. 2010. AASP – Associação dos Advogados de São Paulo.

DANTAS, Ivo. Constituição e bioética (breves e curtas notas) *In: SARLET, Ingo Wolfgang; LEITE, George Salomão (Orgs.) Direitos fundamentais e biotecnologia*. São Paulo: Método, 2008.

DEJEANNE, Solange. Os fundamentos da bioética e a teoria principialista. *In: Thaumazein: Revista on-line de filosofia*, Santa Maria-RS, ano IV, n.7, p. 32-45, jul. 2011. Disponível em: http://sites.unifra.br/Portals/1/ARTIGOS/nro_06/SOLANGE.pdf. Acesso em: 10 out. 2014.

DESVIAT, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. *O que é Bioética?* São Paulo: Brasiliense, 2012.

_____.; COSTA, Sérgio. *Ensaio: Bioética*. 2. ed. São Paulo/ Brasília: Brasiliense/ Letras Livres, 2006.

_____.; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. In: *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v.16, n.2, mai./ago., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2008000200015&script=sci_arttext. Acesso em 20 set. 2014.

DINIZ, Maria Helena. *Dicionário jurídico*. São Paulo: Saraiva, 1998.

_____. *O estado atual do Biodireito*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

DOMANICO, Andrea. *Crakeiros e crackados: bem vindo ao mundo dos nórias!* – Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto no Brasil. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

DURAND, Guy. *Introdução geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos*. 4 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2012.

DWORKIN, Ronald. *Domínio da Vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

ELIAS, Lucília de Almeida Elias; BASTOS, Francisco Inacio Bastos. Saúde Pública, Redução de Danos e a Prevenção das Infecções de Transmissão Sexual e Sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Revista Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n.12, dez. 2011.

ELIAS, Nobert; SCOTSON, Jhon L. *Os estabelecidos e os outsiders: Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ENGELHARDT JR., H. Tristram. A bioética do risco: enfrentando a finitude humana. In: SCHRAMM, Fermin Roland. (org.). *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ; Editora da Fiocruz; 2005.

_____. Tristram. *Fundamentos da Bioética*, 2 ed., São Paulo: Edições Loyola, 2004.

ESCOHOTADO, Antonio. *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona, 2004.

ESPINHEIRA, Gey. Geometrias do Movimento: Prefácio. In: NERY FILHO, Antônio; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; RÊGO, Marlize (Orgs.) *Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009.

_____. Os tempos e os espaços das drogas. In: TAVARES, Luiz Alberto; ALMEIDA, Alva Riva Brito de; NERY FILHO, Antônio (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Léo. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Revista Bioética*, Brasília, v. 17, n. 2, 2009.

FERNANDES, Simone; BORTOLON, Cassandra Borges; SIGNOR, Luciana; MOREIRA, Taís de Campos (Orgs.). *Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química*. São Paulo: Santos, 2013.

FERREIRA, Pedro Luciano Evangelista. Os programas de redução de danos (PRD's) e a política criminal de drogas no Brasil. *Revista Discursos Sediciosos – crime, direito e sociedade*. Rio de Janeiro, ano 15, n. 17/18, 2010. Editora Revan.

FERRER, Jorge José; ÁLVAREZ, Juan Carlos. *Pra Fundamentar a Bioética*. Teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

FOLHA DE SÃO PAULO. Holocausto brasileiro resgata história de 60 mil mortos em hospício mineiro. Acesso em: 03.11.2014. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/livrariadafolha/2013/06/1290146-holocausto-brasileiro-resgata-historia-de-60-mil-mortos-em-hospicio-mineiro.shtml>. Acesso em: 03.11.2014

FONSECA, Ana Carolina da Costa e. Autonomia, pluralismo e a recusa de transfusão de sangue por Testemunha de Jeova: Uma discussão filosófica. *Revista Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 19, n. 2, 2011.

FONSECA, Eliza Massard; BASTOS, Francisco Inácio. Os tratados internacionais Antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. A bioética em um mundo em transformação. *Revista Bioética*, Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 19, n. 2. p. 319-327, 2011. Disponível em: <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redede.virtual.bibliotecas:artigo.revista:2011;1000931917>>A bioética em um mundo em transformação . Acesso em: 20 nov. 2014.

FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. *O nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978/1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. *O poder psiquiátrico*: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GAGLIANO, Pablo Stolze; PAMPLONA FILHO, Rodolfo. *Novo curso de Direito Civil: Parte Geral*. 12 ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira da. *Direito Civil :Obrigações*. São Paulo: Atlas, 2008.

GARCIA, Maria. Bioética e o princípio da autonomia: a maioria kantiana e a condição do autoconhecimento humano. In: GOZZO, Débora; LIGIERA, Wilson Ricardo (Orgs.) *Bioética e direitos fundamentais*. São Paulo: Saraiva, 2012.

GARRAFA, Volnei. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Revista Bioética*, Brasília, v. 13, n. 1, p. 125-134, abr. 2005.

_____. Multi-inter-transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. In: GARRAFA, Volnei, KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya (Orgs.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia, 2006.

GARRAFA, Volnei; PORTO, Dora. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Orgs.). *Bioética, poder e injustiça*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

GONZATTO, Marcelo. Quase 90% dos jovens voltam a usar crack logo após o tratamento. *Zero Hora Notícias*. 04 ago 2014. Disponível em: <http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/noticia/2014/08/quase-90-dos-jovens-voltam-a-usar-crack-logo-apos-tratamento-4563003.html>. Acesso em: 20 dez 2014.

GURFINKEL, Decio. *A Pulsão e seu Objeto-Droga: Estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

GURGEL, Wildoberto Batista. O que é mesmo Bioética? In: MINAHIM, Maria Auxiliadora; FREITAS, Tiago Batista; OLIVEIRA, Thiago Pires (Orgs.) *Meio Ambiente, Direito e Biotecnologia - Estudos em Homenagem ao Prof. Dr. Paulo Affonso Leme Machado*. Curitiba: Juruá, 2010.

_____.; MOCHEL, Anna Gomide; CARVALHO FILHA, Francidalma Soares Sousa. O abuso do álcool como problema político: análise das estratégias políticas de assistência ao consumidor abusivo de álcool no Brasil contemporâneo. *Revista Cadernos de Pesquisa*. São Luís, v. 17, n. 1, jan./abr. 2010.

HOSSNE, William Saad. Dos referenciais da bioética – a Vulnerabilidade. *Revista Bioethikos*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2009.

_____.; ALBUQUERQUE, Maria Clara; GOLDIM, José Roberto. Nascimento e desenvolvimento da Bioética no Brasil. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias e Letras; Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

_____.; PESSINI, Leo; SIQUEIRA, José Eduardo de; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Bioética aos 40 anos: reflexões a partir de um tempo de incertezas. *Revista Centro Universitário São Camilo*, São Paulo, 2010.

INABA, Darryl; COHEN, Willian. *Drogas: Estimulantes, Depressores, Alucinógenos – Efeitos físicos e mentais das drogas psicoativas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

JUNGES, José Roque. Bioética como Casuística e como Hermenêutica. *Revista Brasileira de Bioética*, ano 1, v. 1, p. 29-44, 2005.

_____. Vulnerabilidade e Saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

JUNGES, Jose Roque; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Revista de Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.17, n.4, 2012.

KALINA, Eduardo. *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1999.

KIPPER, Délio José; OSELKA, Gabriel Wolf; AYER, Reinaldo. Bioética clínica. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias e Letras; Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

KOTTOW, Miguel. Bioética de proteção: considerações sobre o contexto latino-americano. In: DINIZ, Débora; COSTA, Sérgio. *Ensaio: Bioética*. 2.ed. São Paulo /Brasília: Brasiliense/Letras Livres, 2006.

_____. Bioética prescritiva. A falácia naturalista. O conceito de princípios na Bioética. In: GARRAFA, Volnei, KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya (Orgs.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia, 2006

_____. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, Volnei; PESSINI, Leo (Orgs.). *Bioética, poder e injustiça*. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra Lúcia; FIORE, Maurício. Introdução. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs.) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: UDFBA, 2008.

LANCETTI, Antônio. Programa anticrack De Braços Abertos, da Prefeitura de São Paulo, tem tido êxito? *Folha de São Paulo*. 27 dez. 2014. Tendências. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2014/12/1567423-programa-anticrack-de->

bracos-abertos-da-prefeitura-de-sao-paulo-tem-tido-exito-sim.shtml. Acesso em: 03 jan 2015.

LARANJEIRA, Ronaldo. Bases do tratamento da dependência de crack. In: LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LAVRADOR, Maria Cristina Campello. *Loucura e vida na contemporaneidade*. 2006. 194 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

LEGARDA, Germán Calderón. Uma leitura crítica da bioética latino-americana. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). *Bioética na Ibero-América: história e perspectivas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2007.

LEPARGNEUR, Hubert. *Bioética, novo conceito*. A caminho do consenso. São Paulo: Editora Loyola, 2004.

LOPES, Eva Patricia Alvares. Cadernos da Saúde Pública. In: SAPORI, Luís Flávio, MEDEIROS, Regina. (Orgs.) *Crack - um desafio social*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas; 2010.

MACCORMICK, Neil. *Argumentação jurídica e Teoria do Direito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *Retórica e o Estado de Direito*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis. *Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias urbanas*. 2 ed. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2004.

_____.; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.) *Crack: Contextos, Padrões e Propósitos de uso*, Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013.

MAINETTI, José Alberto; PEREZ, Maria Lucia. Os discursos da bioética na América Latina e referências de bioética na Argentina. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). *Bioética na Ibero-América: história e perspectivas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2007.

MALHEIROS. Luana. Tornando-se um usuário de crack. In: NERY FILHO, Antônio (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.

MARRAS, Stelio. Do natural ao social: as substâncias em meio estável. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward;

CARNEIRO, Henrique (Orgs.) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: UDFBA, 2008.

MATOS, Suzy Rocha de. Identificação do padrão de uso de crack e outras drogas e o seu impacto sobre as diversas esferas da vida do usuário. In: COSTA, Ilenolzideo da (Org.). *Dimensões e Desafios do Enfrentamento do Crack e Outras Drogas*. Brasília, Universidade de Brasília, 2012.

MEDEIROS, Regina. *Redes sociais: reflexões sobre as redes informais dos usuários de álcool e de crack*. Belo Horizonte: Sigma, 2008.

MEDINA, Maria Guadalupe; SANTOS, Darci Neves do; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Cooperação Brasil – União Européia, 2002.

MESSEDER, Marcos Luciano; NERY FILHO, Antônio. Exclusão ou desvio? Sofrimento ou prazer? In: TAVARES, Luiz Alberto; ALMEIDA, Alva Riva Brito de; NERY FILHO, Antônio (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

MIAILLE, Michel. *Introdução crítica ao direito*. Lisboa: Editorial Estampa, 2005.

MILL, Stuart, apud. DWORKIN, Ronald. *Levando os direitos a sério*. São Paulo: Martin Fontes, 2002.

MINAHIM, Maria Auxiliadora. A vida pode morrer? Reflexões sobre a tutela penal da vida em face da revolução biotecnológica. In: BARBOZA, Heloisa Helena; MEIRELLES, Jussara Maria Leal de; BARRETTO, Vicente de Paulo (Orgs.) *Novos Temas de Biodireito e Bioética*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

MORAES, Maria Celina Bodin de (coord). *Princípios do Direito Civil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

MOREIRA, Esdras Cabus. Co-morbidade e dependência química: repercussões na adesão ao tratamento e evolução clínica. In: TAVARES, Luiz Alberto; ALMEIDA, Alva Riva Brito de; NERY FILHO, Antônio (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

_____. Padrões de consumo de crack: comentários sobre seus mitos e verdades. In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.) *Crack: Contextos, Padrões e Propósitos de uso*, Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013.

MOREIRA, Leonardo Gomes. Conceitos gerais de dependência, uso abusivo, intoxicação e abstinência. In: COSTA, Ilenolzideo da (Org.). *Dimensões e Desafios*

do *Enfrentamento do Crack e Outras Drogas*. Brasília, Universidade de Brasília, 2012.

MOREIRA, Márcio Mariano; MITSUHIRO, Sandro Sendim; RIBEIRO, Marcelo. O consumo de crack durante a gestação. In: LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MOTA, Leonardo. *Dependência Química e representações sociais: Pecado, crime ou doença*. Curitiba: Juruá, 2009.

MUSSO, Liliana Basso. La vivencia de la dependencia em un consumidor de drogas psicoactivas. *Índice Enferm.* v.20 n.1-2 Granada jan.-jun. 2011. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100013&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2014.

NERY FILHO, Antônio; LORENZO, Cláudio; DIZ, Fátima. Usos e usuários de substâncias psicoativas: considerações bioéticas. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para o conselheiros e lideranças comunitárias*. Brasília: SENAD; MJ, 2014.

NEVES, Marcelo. *Entre Hidra e Hércules: princípios e regras constitucionais como diferença paradoxal do sistema jurídico*. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

NEVES, Maria do Céu Patrão. A Fundamentação Antropológica da Bioética. *Bioética*, v. 4, n. 1, Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1996.

_____. Bioética e bioéticas. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; LIMA, Manuela (Orgs.) *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra/São Paulo: Editora Gráfica de Coimbra/Centro Universitário São Camilo, 2005.

_____. Sentidos da Vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

_____.; OSSWALD, Walter. *Bioética Simples*. Lisboa: Verbo, 2008.

NEVES, Nedy Cerqueira; NEVES, Flávia Serra; BITENCOURT, Almir (Orgs.). *Pareceres consulta: questões e dilemas éticos no dia-a-dia médico*. Salvador: CREMEB, 2007.

NUÑEZ, Maria Eugênia. A chegada do crack em Salvador: quem disse que o crack traz algo de novo? In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.) *Crack: Contextos, Padrões e Propósitos de uso*, Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque; VILLOPOUCA, Karin Calazans; BARROSO, Wilton. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn. *Revista Bioética*, Brasília, v.1, n.4, 2005.

OLIVEIRA, Marcus Vinícius. As interações, As drogas e A Lei. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas e Cidadania: em debate*. Brasília: CFP, 2012.

_____. População de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Drogas, Direitos Humanos e Laço Social*. Brasília: CFP, 2013.

OLIVEIRA, Mirian Gracie Plena Nunes de. (coord.) Exclusão ou desvio? Sofrimento ou Prazer. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Cooperação Brasil – União Européia, 2002.

PADILHA, Alexandre; TYKANORI, Roberto. Crack: Acolher é reconstruir vidas. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, v. 15, n. 352.

PATRÍCIO, Luís Duarte. *Droga de vida, vida de drogas*. Rio de Janeiro: Bertrand Editora, 1995, p. 163.

PELLEGRINO, Edmund Daniel. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. *Bioética: Temas y Perspectivas*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica nº 527, Washington DC: OPS, 1990.

PERELMAN, Chaim. *Lógica jurídica*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Uma radiografia da bioética no Brasil: pioneiros, programas educacionais e institucionais e perspectivas. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de (Orgs.). *Bioética na Ibero-América: história e perspectivas*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola; 2007.

_____.; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. *Problemas atuais da bioética*. 10. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2012.

PIÑEIRO, Walter Esteves. O Princípio Bioético da Autonomia e sua Repercussão e Limites Jurídicos. *Cadernos Adenauer*. n .1, ano III. Bioética. Rio de Janeiro, 2002.

PINHO, Paula Hayasi; OLIVEIRA, Márcia Aparecida de; ALMEIDA, Marília Mastrocolla de. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Revista de Psiquiatria Clínica*, nº 35, supl1; 82-88, 2008. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/s1/82.htm>. Acesso em: 15 out. 2014.

PLENA, Miriam Gracie. Consultório de Rua: uma clínica externa para usuários de drogas. In: NERY FILHO, Antônio (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.

PORTO, Dora. Bioética de intervenção: retrospectiva de uma utopia. In: PORTO, Doraw; GARRAFA, Volnei; MARTINS, Gerson Zafalon; BARBOSA, Swenderberger Nascimento. *Bioéticas, poderes e injustiças*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012.

PRADO, Daniel Nicory do. *Crítica ao controle penal das drogas ilícitas*. Salvador: JusPodivm, 2013.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v.25, n.2. abr./jun. 2009, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>. Acesso em 13 set. 2014.

PROJETO GHENTE. Bioética: Histórico. 2014. Disponível em: <http://www.ghente.org/bioetica/historico.htm>. Acesso em: 23 jul. 2014.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa. *Experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica: dispositivos para o cuidado integral do usuário*. Fortaleza: EdUECE, 2013.

_____.; VIEIRA, Guilherme Bruno Fontes; BEZERRA; Indara Cavalcante; RUIZ, Erasmo Miessa; ROCHA, Emilia Cristina Carvalho; JORGE, Maria Salete Bessa. A clínica na assistência aos usuários de crack na perspectiva da reforma psiquiátrica brasileira. In: JORGE, Maria Salete Bessa; TRAD, Leny Alves Bonfim; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; LIMA, Leilson Lira de (Orgs.) *Olhares plurais sobre o fenômeno do crack*. Fortaleza: EdUECE, 2013.

RAUPP, Luciane Marques. *Circuitos de uso de crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre: Cotidiano, práticas e cuidado*. (2011)Tese (Doutorado) . Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2011.

RAYMUNDO, Márcia Mocellin. *Avaliação da diversidade no processo de obtenção do consentimento através da autorização por representação em situações assistenciais e de pesquisa envolvendo crianças e idosos*. Tese (Doutorado em Medicina) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

REIS, Tatiana Rangel. Empoderamento e Grupos de Ajuda Mútua. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio Soares (Orgs.) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

REQUIÃO, Maurício. Do princípalismo aos princípios: a dignidade da pessoa humana como princípio bioético. In: *Anais do XVIII Encontro Nacional do CONPEDI*, 2009. Disponível em: http://www.conpedi.org.br/anais/36/11_1373.pdf. Acesso em: 15 out.2014.

RIBEIRO, Cléa Regina de Oliveira. *Ética e pesquisa em álcool e drogas: uma abordagem bioética*. In: Rev. Eletrônica Saúde Mental, Álcool e outras drogas [online], vol.1, n.1, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762005000100006&script=sci_arttext. Acesso em: 6 set. 2014.

RODRIGUES, Maria Rafaela Junqueira Bruno. *Biodireito: Alimentos transgênicos*. São Paulo: Lemos e Cruz, 2002.

RODRIGUES, Sandro Eduardo. Experiências psicotrópicas proscritas: o fora-eixo. In: LOPES, Lucília Elias; BATISTA, Vera Malaguti (Orgs.). *Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack*. 2 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

RODRIGUES, Thiago. Tráfico, Guerra, Proibição. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs.) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Biodireito e Direito ao próprio corpo: Doação de órgãos, incluindo o estudo da Lei n. 9.434/97, com as alterações introduzidas pela Lei n. 10.211/01*. 2 ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

SANTOS, Erivaldo Ribeiro dos. Projeto Começar de Novo. In: *Prêmio Innovare*, Edição VII – 2010. Disponível em: <http://www.premioinnovare.com.br/praticas/projeto-comecar-de-novo/>. Acesso em: 12 nov. 2014.

SAPORI, Luís Flavio; SENA, Lucia Lamounier; SILVA, Braúlio Figueiredo Alves da. A relação entre o comércio do crack e a violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte. In: SAPORI, Luis Flávio; MEDEIROS, Regina (Orgs.). *CRACK: Um desafio social*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2010.

SCHNEEWIND, Jerome. *A invenção da autonomia*. São Leopoldo, Editora Unisinos, 2005.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; LIMA, Schneider Dálberti Sciamana de. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Revista Psico*, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 168-178, abr./jun, 2011.

SCHRAMM, Fermin Roland. A bioética da proteção pode ser uma ferramenta válida para resolver os problemas morais dos países em desenvolvimento na era da

globalização? *Revista do Programa de Pós Graduação em Direito/UFBA*. n.16. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2008.

_____. A bioética de proteção é pertinente e legítima? *Revista Bioética*, Brasília, v.19, n.3, dez. 2011.

_____. *A terceira margem da saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996.

_____. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: In: GARRAFA, Volnei, KOTTOW, Miguel; SAADA, Alya (Orgs.). *Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano*. São Paulo: Gaia, 2006

_____. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 3, n. 3, 2007.

_____.; ANJOS, Márcio Fabri dos; ZOBOLI, Elma. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias e Letras / Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

SCHUCKIT, Marc. *Abuso de álcool e outras drogas: uma orientação clínica ao diagnóstico e tratamento*. Tradução de Ane Rose Bolner. Porto Alegre: Artes Médica, 1991.

SEGRE, Marco. Considerações críticas sobre os princípios da bioética. In: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Orgs.). *Bioética*. 3. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

_____.; MARCOLINO, José Álvaro Marques. Relação médico-paciente. In: SEGRE, Marco; COHEN, Cláudio (Orgs.). *Bioética*. 3. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

_____.; SILVA, Franklin Leopoldo; SCHRAMM, Fermin. O Contexto, Histórico, Semântico e Filosófico do Princípio da Autonomia. In: *Bioética*. Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 6, n. 1, 1998.

SGRECCIA, Elio. *Manual de Bioética II: aspectos médicos-sociais*. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

SILVA, Denis Franco. O princípio da autonomia: da reinvenção à reconstrução. In: MORAES, Maria Celina Bodin de (coord.). *Princípios do Direito Civil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

SILVA, Lucas Neiva; KOLLER, Sílvia Helena. Fatores de Risco e Proteção associados ao uso de drogas entre crianças e adolescentes em situações de rua. In: SILVA, Eroy Aparecida da; MICHELI, Denise de. (Orgs.) *Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa* São Paulo: Editora Fap – Unifesp, 2011.

SILVA, Paula Martinho da. O impacto da bioética num mundo em mudança. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; LIMA, Manuela (Orgs.) *Bioética ou bioéticas na evolução das sociedades*. Coimbra/São Paulo: Editora Gráfica de Coimbra/Centro Universitário São Camilo, 2005.

SIMÕES, Júlio Assis. Prefácio. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs.) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA .

SIQUEIRA, José Eduardo de; PORTO, Dora; FORTES, Paulo Afonso de Carvalho. Linhas temáticas da Bioética no Brasil. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. São Paulo: Idéias e Letras /Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

SIQUEIRA, José Eduardo. Ensaio sobre Vulnerabilidade Humana. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

SKROMOV, Daniela: Internações: Aspectos Jurídicos, Políticos e sua interface com a saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Drogas, Direitos Humanos e Laço Social*. Brasília: CFP, 2013.

SOARES, André Marcelo; PIÑEIRO, Walter Esteves. *Bioética e biodireito: Uma introdução*. 2 ed. São Paulo; Edições Loyola, 2006.

SOARES, George Hamilton Gusmão; MOREIRA, Esdras Cabus. Co-morbidade e dependência química: repercussões na adesão ao tratamento e evolução clínica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Cooperação Brasil – União Européia, 2002.

SOARES, Ricardo Maurício Freire. *O princípio constitucional da Dignidade da Pessoa Humana*. São Paulo: Saraiva, 2010.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; GONÇALVES, Sérgio Eduardo; MIELKE, Fernanda Barreto; GUADALUPE, Danieli Bispo. CAPS ad e redução de danos: novos desafios. *Revista de Enfermagem da UERJ*, Rio de Janeiro, abr/jun. 2007.

STEPKE, Fernando Lolas. *Bioética e Medicina: aspectos de uma nova relação*. Tradução Gilmar Saint Clair Ribeiro. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

TANCREDI, Francisco Bernardini. As toxicomanias do ponto de vista de Medicina e Saúde Pública. In: AMAURI, Tonucci Sanchez. *Drogas e Drogados: O indivíduo a família e a sociedade*. São Paulo: EPU, 1982.

TARACHUQUE, Jorge; SOUZA, Waldir. Bioética e vulnerabilidade da população em situação de rua: u estudo a partir da realidade da cidade de Curitiba. *Revista Teocomunicação*, Porto Alegre, v. 43, jan./jul., 2013.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. *Saúde, corpo e autonomia privada*. Rio de Janeiro: Renovar, 2010.

_____.; BAÊTA, Heloísa Maria Coelho. Princípio da justiça e doação de órgãos e tecidos. In: SÁ, Maria de Fátima Freire de; NAVES, Bruno Torquato de Oliveira (Orgs.) *Bioética, Biodireito e o novo Código Civil de 2002*. Belo Horizonte: DelRey, 2004.

TIBURI, Marcia; DIAS, Andréa Costa. *Sociedade fissurada: para pensar as drogas e a banalidade do vício*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

TOTUGUI, Márcia Landini. Visão histórica e antropológica do consumo de drogas. In: BUCHER, Richard (Org.). *As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo: Cordato - Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos/EPU, 1988.

TRAD, Sérgio do Nascimento Silva. Mídia e drogas: confrontando texto e contexto da publicidade comercial e de prevenção. In: TAVARES, Luiz Alberto; ALMEIDA, Alva Riva Brito de; NERY FILHO, Antônio (Orgs.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

_____.; TRAD, Leny Alves Bonfim; ROMANÍ, Oriol. Contribuições das Ciências Sociais ao estudo sobre drogas e o diálogo com a produção nacional contemporânea. In: JORGE, Maria Salete Bessa; TRAD, Leny Alves Bonfim; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; LIMA, Leilson Lira de (Orgs.) *Olhares plurais sobre o fenômeno do crack*. Fortaleza: EdUECE, 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). Relatório Mundial sobre Drogas 2013 observa a estabilidade no uso de drogas tradicionais e aponta o aumento alarmante de novas substâncias psicoativas. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2013/06/26-world-drug-report-notes-stability-in-use-of-traditional-drugs-and-points-to-alarming-rise-in-new-psychoactive-substances.html>. Acesso em: 10 nov. 2014.

VALENÇA, Tom. Possíveis aproximações entre a cultura do uso de crack e uma política pública. In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.) *Crack: Contextos, Padrões e Propósitos de uso*, Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013.

VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. Redução de riscos e danos na saúde mental: a experiência do CAPS AD. In: NERY FILHO, Antônio (org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.

VARGA, Andrew. *Problemas de bioética*. Rio Grande do Sul: Gráfica UNISINOS, 1990.

VERDI, Marta Inez Machado; FELIPA, Carine Mascarenhas; AMADIGI, Rafaela; BERGAMO, Luiz Gustavo. A promoção da Saúde e a Bioética de Proteção: os desafios à garantia do direito à saúde. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

VIDAL, Sergio. A regulamentação do cultivo de maconha para consumo próprio: uma proposta de Redução de Danos. In: NERY FILHO, Antônio; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; RÊGO, Marlize (Orgs.) *Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009.

VIEIRA, Tereza Rodrigues. *Bioética: Temas atuais e seus aspectos jurídicos*. Brasília: Consulex, 2006, p. 90.

WACQUANT, Loic. *Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos*. 3 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. Autonomia versus beneficência. *Revista Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, v. 19, n.1, 2011.

WEBER, Thadeu. Autonomia, dignidade da pessoa humana e respeito em Kant. In: UTZ, Konrad; BAVARESCO, Agemir; KOZEN, Paulo Roberto (Org.). *Sujeito e liberdade: investigações a partir do idealismo alemão*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

World Health Organization (WHO). *Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum*. Bull World Health Organ 1981. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396054/> Acesso em: 15 jul. 2014.

YÁNEZ, Gonzalo Fugueroa. La Dignidad y el derecho a la vida (vivir com dignidade). *Revista del Derecho y Genoma Humano*, Bilbao, Fundación BBV, n.18. Enero-Junio, 2003.

YASUI, Silvio. Reforma e contrarreforma: reflexos em torno da internação compulsória em comunidades terapêuticas. In: JORGE, Maria Salete Bessa; Trad, Leny Alves Bonfim; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; LIMA, Leilson Lira de (Orgs.) *Olhares plurais sobre o fenômeno do crack*. Fortaleza: EdUECE, 2013.

ZANCANARO, Lourenço. Bioética, Direitos Humanos e Vulnerabilidade. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; PEGORATO, Priscilla Brandão Bacci. Bioética e Cuidado: o desafio espiritual. *Revista Mundo da Saúde*. São Paulo, abr/jun, 2007.

ZUBEN, Newton Aquiles Von. Vulnerabilidade e Decisão: tensão no pacto médico. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007.

ZUCCARO, Cataldo. *Bioética e valores no pós-moderno*. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

ZURICK, Ana Maria; JORGE, Maria Salete Bessa. (Dês)cuidado e atenção aos usuários de crack em situação de rua: políticas e enfrentamentos. In: JORGÉ, Maria Salete Bessa; TRAD, Leny Alves Bonfim; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; LIMA, Leilson Lira de (Orgs.) *Olhares plurais sobre o fenômeno do crack*. Fortaleza: EdUECE, 2013.

ANEXO - A

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DECISÃO MONOCRÁTICA. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. DEPENDENTE QUÍMICO. Comprovada a necessidade de internação por dependência química, é ser determinada a medida, a fim que garantir a segurança do usuário e de seus familiares. DOU PROVIMENTO AO RECURSO.

AGRAVO DE INSTRUMENTO

OITAVA CÂMARA CÍVEL

Nº 70055777346 (Nº CNJ: 0302361- COMARCA DE PELOTAS
53.2013.8.21.7000)

L.P.P.

AGRAVANTE

..

M.P.

AGRAVADO

..

DECISÃO MONOCRÁTICA

Vistos.

Trata-se de agravo de instrumento interposto por L.P.P., representado por sua genitora P.G.P., contra a decisão que, nos autos da ação de internação compulsória movida contra o MUNICÍPIO DE PELOTAS, indeferiu o pedido liminar (fl. 30).

Em síntese, alegou a necessidade para a disponibilização da vaga para internação, visto que o paciente é usuário de drogas desde os 13 anos de idade. Requereu, por fim, o provimento do recurso para que seja determinada a internação, nos termos da petição inicial. O custeio da avaliação/tratamento em voga é imprescindível à vida do paciente. Ademais, em que pese os princípios da administração pública, a saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196 da CF), e a demora no tratamento compromete sobremaneira sua qualidade de vida.

O artigo 5º, parágrafo 1º, da CF, em que assegurada à aplicação imediata daquelas normas que versam sobre direitos e garantias fundamentais, dentre as quais, por certo, encontram-se os direitos à saúde e, por conseguinte, à própria vida. Razão pela qual, comprovada a necessidade da internação, somada à falta de condições da família de suportar os custos do tratamento, cumpre ao Judiciário determinar que o Estado/Município custeie e providencie a internação necessária.

Ademais, é evidente que o usuário de drogas representa risco à segurança de seus familiares, conforme comprova o documento da fl. 24, sendo este suficiente para embasar o pleito em voga.

Assim, entendo que assiste razão ao agravante, devendo ser fornecida pelo Ente Público a internação e tratamento necessários.

Diante do exposto, com fulcro no artigo 557, *caput*, do Código de Processo Civil, aliado aos princípios da economia e celeridade processuais, **dou provimento** ao agravo de instrumento.

Intimem-se. Diligências legais.

Porto Alegre, 30 de julho de 2013.

DES. ALZIR FELIPPE SCHMITZ
Relator.

ANEXO - B

PEDIDO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. DEPENDENTE QUÍMICO. EXCLUSÃO DO ESTADO E DO MUNICÍPIO DO PÓLO PASSIVO DA AÇÃO. CABIMENTO. Se a pretensão deduzida pela parte é a internação provisória do filho da autora para se submeter à avaliação médica e possível internação para tratamento por dependência química, e se não se verifica inércia, nem omissão, nem recusa ao atendimento pelos entes públicos, mostra-se correta a determinação de manter no pólo passivo apenas a pessoa que deverá ser internada. Recurso desprovido.

AGRAVO DE INSTRUMENTO

SÉTIMA CÂMARA CÍVEL

Nº 70 047 459 870

COMARCA DE PORTO ALEGRE

S.F.S. F.A.F.S.

AGRAVANTE

..

M.P.A.

001 - AGRAVADO

..

E.R.G.S.

002 - AGRAVADO

..

ACÓRDÃO

Vistos, relatados e discutidos os autos.

Acordam os Desembargadores integrantes da Sétima Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado, **à unanimidade, negar provimento ao recurso.**

Custas na forma da lei.

Participaram do julgamento, além do signatário, os eminentes Senhores **DES. JORGE LUÍS DALL'AGNOL (PRESIDENTE) E DES.^a LISELENA SCHIFINO ROBLES RIBEIRO.**

Porto Alegre, 27 de junho de 2012.

DES. SÉRGIO FERNANDO DE VASCONCELLOS CHAVES,
Relator.

RELATÓRIO

DES. SÉRGIO FERNANDO DE VASCONCELLOS CHAVES (RELATOR)

Trata-se da irresignação de SUELI F. S., assistida pela Defensoria Pública, com a r. decisão que determinou a exclusão do pólo passivo dos entes públicos, nos autos da ação com pedido de internação compulsória de ADILSON F. S.

Sustenta a recorrente que a decisão recorrida merece reforma, pois somente com o aporte financeiro dos entes públicos será viável dar continuidade ao tratamento via internação em estabelecimento privado. Aduz que os entes públicos são partes legítimas para figurarem no pólo passivo da presente ação, pois têm a obrigação solidária de assegurar a internação de que necessita o favorecido que é dependente químico. Pede o provimento do recurso.

O recurso foi recebido no efeito meramente devolutivo.

Intimados, os recorridos deixaram fluir **in albis** o prazo legal para oferecerem suas contrarrazões.

Com vista dos autos, a douta Procuradoria de Justiça lançou parecer opinando pelo conhecimento e desprovimento do recurso.

É o relatório.

VOTOS

DES. SÉRGIO FERNANDO DE VASCONCELLOS CHAVES (RELATOR)

Estou negando provimento a pretensão recursal.

Com efeito, observo que a pretensão deduzida pela parte autora é a de que seja promovida a internação compulsória do seu filho ADILSON para se submeter a avaliação médica e, sendo o caso, para que seja determinada a sua internação para tratamento por dependência química.

Destaco que, no caso em tela, não se verifica inércia, nem omissão, nem recusa ao atendimento pelos entes públicos, dessa forma, mostra-se correta a decisão hostilizada, que determinou a exclusão do ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL e do MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE do pólo passivo da demanda, incluindo apenas a pessoa que deverá ser internada, bem como, deferiu liminarmente a medida postulada.

Somente quando há inércia dos entes públicos é que se mostra cabível o ajuizamento de ação contra eles, exigindo-se, então, que cumpram com a obrigação de fornecer plenamente o atendimento à saúde, às pessoas comprovadamente necessitadas. Ou seja, é evidente que, enquanto não houver omissão ou recusa dos entes públicos, descabe buscar a via judicial para compelir o atendimento.

A ação proposta pela mãe vista obter a internação compulsória do filho. E este é que, a rigor, deverá figurar no pólo passivo.

ISTO POSTO, nego provimento ao recurso.

DES.ª LISELENA SCHIFINO ROBLES RIBEIRO - De acordo com o(a) Relator(a).

DES. JORGE LUÍS DALL´AGNOL (PRESIDENTE) - De acordo com o(a) Relator(a).

DES. JORGE LUÍS DALL´AGNOL - Presidente - Agravo de Instrumento nº 70047459870, Comarca de Porto Alegre:

"NEGARAM PROVIMENTO. UNÂNIME."

ANEXO - C

APELAÇÕES CÍVEIS. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. DEPENDENTE QUÍMICO DE CRACK, COCAÍNA E MACONHA. ESGOTAMENTO DA VIA ADMINISTRATIVA. DESNECESSIDADE. CONCESSÃO DE LIMINARES CONTRA A FAZENDA PÚBLICA. POSSIBILIDADE. OPERACIONALIDADE DAS GARANTIAS CONSTITUCIONAIS FUNDAMENTAIS. FATOR DE RELATIVIZAÇÃO DO PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL. CHAMAMENTO AO PROCESSO DA UNIÃO. DESNECESSIDADE. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DO PODER PÚBLICO. CONDENAÇÃO DO MUNICÍPIO EM HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS EM FAVOR DO FADEP – FUNDO DE APARELHAMENTO DA DEFENSORIA PÚBLICA. DESCABIMENTO. REFORMA DE OFÍCIO.

1. Cabível a concessão de liminares em face da Fazenda Pública, se satisfeitos os requisitos para tanto, prevalecendo sobre as demais normas infraconstitucionais o direito constitucional à saúde. Provimento antecipatório que não esgota o objeto da ação, sendo prescindível o esgotamento prévio da via administrativa, diante da urgência e da necessidade de realização do direito pleiteado, garantido constitucionalmente (art. 196 da CF/88).

2. Os entes públicos são responsáveis, de forma solidária, pela concretização do direito à saúde, garantido a todo e qualquer cidadão, estejam ou não os tratamentos incluídos em listas pré-estabelecidas.

3. É entendimento pacífico no âmbito da 7ª Câmara Cível o descabimento da condenação da Fazenda Pública Municipal ao pagamento de honorária de sucumbência à Defensoria Pública, na medida em que implica custeio de serviço público cuja prestação é devida exclusivamente pelo Estado.

APELOS DESPROVIDOS. SENTENÇA REFORMADA EM PARTE, DE OFÍCIO.

APELAÇÃO CÍVEL

Nº 70052063559

M.I.

..

É.R.G.S.

..

Y.J.S.P.

..

I.N.S.

..

SÉTIMA CÂMARA CÍVEL

COMARCA DE IGREJINHA

APELANTE

APELANTE

APELADO

APELADO

DECISÃO MONOCRÁTICA

Vistos.

1. Trata-se de recursos de apelação interpostos pelo MUNICÍPIO DE IGREJINHA e pelo ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL em face de sentença (fls. 82-9) proferida nos autos de ação pelo rito ordinário movida por IVANDRA NEILA S., a qual julgou procedente a pretensão da autora, tornando definitiva liminar que determina a internação de seu filho para tratamento de desintoxicação em razão de verificada dependência química. Isentou os entes públicos do pagamento de custas, mas condenou o Município ao pagamento de honorária em favor do FADEP, arbitrada em R\$ 300,00 (trezentos reais).

O ente público municipal (fls. 91-113) alega que a ação perdeu o objeto tendo em vista que já foi realizada a internação do filho da autora em fevereiro de 2012, pelo que requer a extinção do feito.

Alega que era indispensável o esgotamento da via administrativa antes do ajuizamento da ação, pelo que também requer a extinção do feito por falta de legítimo interesse de agir.

Também preliminarmente, reclama o chamamento da União para integrar o pólo passivo da demanda, mediante o deslocamento da competência para a Justiça Federal.

Outrossim, afirma que não há solidariedade entre os entes públicos no caso concreto, devendo ser observada a distribuição das competências relativas à saúde conforme o sistema público previsto legalmente (invoca o princípio da legalidade).

Também afirma ausência de previsão orçamentária (invoca o princípio da reserva do possível) para o cumprimento da sentença e a ilegalidade de concessão de liminares contra a Fazenda Pública, mormente considerando que a inicial não estava instruída com prova cabal acerca da veracidade das alegações de fato.

Colaciona jurisprudência e requer a reforma da sentença nesses termos.

O Estado (fls. 114-7) afirma a sua ilegitimidade passiva *ad causam*, sustentando a tese de que a garantia à saúde exigida nos autos se trata de dever dos municípios segundo a organização do sistema público de saúde, devendo os pacientes cujo diagnóstico é a dependência química serem submetidos, conforme o princípio da legalidade, à avaliação pelos CAPS, aguardando atendimento de acordo com a demanda existente e a orientação dos profissionais médicos. Alega que o processo de desintoxicação, em casos que tais, deve preferencialmente realizar-se ambulatorialmente ou em leito clínico, não havendo indicação para internação em leito psiquiátrico como requerido. Refere falta de leitos e de previsão orçamentária para o atendimento da pretensão em comento, ponderando que devem ser observadas e respeitadas as políticas públicas de saúde.

Por fim, alega isenção de custas e despesas judiciais e pugna pelo provimento de sua irresignação.

Com as contrarrazões (fls. 118-23) e parecer do Ministério Público nesta corte (fls. 129-34), que opina pelo desprovimento do apelo do Município e parcial provimento do apelo do Estado, vieram os autos conclusos para julgamento.

É o relatório.

Decido.

2. O caso concreto propicia o julgamento da pretensão liminarmente, nos termos do art. 557 do CPC, tendo em vista a orientação jurisprudencial sobre a matéria no âmbito desta Câmara Cível.

Com efeito, devem ser rejeitadas as preliminares de falta de perda do objeto e legítimo interesse de agir.

Se a ação foi ajuizada em dezembro de 2011 e o filho da autora foi internado em fevereiro de 2012, não há cogitar a perda do objeto, e sim a realização do direito perseguido no curso da demanda, do que decorre o julgamento meritório de procedência do pedido.

Ademais, reafirmo a prescindibilidade do esgotamento prévio da via administrativa, diante da urgência e da necessidade de realização do direito pleiteado, garantido constitucionalmente, nos seguintes termos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Essa conclusão se justifica na medida em que, inobstante se tratar aqui de garantia constitucional, não há segurança jurídica absoluta de que a pretensão seja efetivamente atendida na sede administrativa.

Conforme orientação emanada das Cortes Superiores, firme o entendimento de que o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS - é de **responsabilidade solidária dos três entes federativos**, de modo que qualquer um deles é legitimado para figurar no pólo passivo de demanda que objetiva garantir o acesso a tratamento médico para pessoas desprovidas de recursos financeiros, caso dos autos.

Assim sendo, não há cogitar ingerência indevida do Poder Judiciário na Administração Pública do Sistema Único de Saúde, nem mesmo ilegalidade na concessão de liminares contra a Fazenda Pública.

Tampouco se faz necessário o chamamento da União à lide.

Consoante análise da norma inserta no art. 196, da CF, portanto, a partição de competência interna dos entes da federação impera apenas administrativamente entre estes, não servindo de argumento para desonerá-los de suas obrigações legais e constitucionais em relação à atenção à saúde da população carente, em nada prejudicando o direito pleiteado o fato de o tratamento requerido não estar incluído em rol previamente estabelecido.

A norma constitucional é repisada no art. 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) que em seu art. 11 também assegura atendimento integral a saúde das crianças e dos adolescentes, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. O § 2º do aludido dispositivo diz que incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

Nesse sentido:

APELAÇÃO CÍVEL E REEXAME NECESSÁRIO. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. REEXAME NECESSÁRIO. Não é de ser conhecido o reexame necessário quando a condenação do estado não supera o valor de sessenta salários mínimos (art. 475, § 2º, do CPC). **PRELIMINAR DE ILEGITIMIDADE ATIVA NÃO ACOLHIDA.** Tendo em vista que o paciente encontra-se incapaz para responder, no momento, pelos próprios atos, tem legitimidade seu pai para requerer sua internação. **TRATAMENTO CONTRA DROGADIÇÃO. PESSOA MAIOR. OBRIGAÇÃO E SOLIDARIEDADE DOS ENTES PÚBLICOS.** **Não há falar em ilegitimidade passiva para a causa, pois o Estado, em todas as suas esferas de poder, deve assegurar o direito à vida e à saúde, fornecendo gratuitamente o tratamento médico cuja família não tem condições de custear. Responsabilidade solidária, estabelecida nos artigos 196 e 227**

da Constituição Federal, podendo o autor da ação exigir, em conjunto ou separadamente, o cumprimento da obrigação por qualquer dos entes públicos, independentemente da regionalização e hierarquização do serviço público de saúde, podendo o autor da ação exigir, em conjunto ou separadamente, o cumprimento da obrigação por qualquer dos entes públicos, independentemente da regionalização e hierarquização do serviço público de saúde. REEXAME NECESSÁRIO NÃO CONHECIDO E APELAÇÃO DESPROVIDA. (Apelação e Reexame Necessário Nº 70045817277, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luís Dall'Agnol, Julgado em 16/05/2012). (Grifei).

DIREITO À SAÚDE. INTERNAÇÃO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. PESSOA MAIOR USUÁRIA DE DROGAS. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DO PODER PÚBLICO DE FORNECÊ-LA. CONDENAÇÃO DO MUNICÍPIO AO PAGAMENTO DE HONORÁRIOS PARA DEFENSORIA PÚBLICA. DESCABIMENTO. 1. Ainda que os efeitos da tutela pretendida tenham sido antecipados e que aparentemente não se mostre necessária nova internação, tais fatos por si só não acarretam a perda do objeto. Inteligência do art. 273 do CPC. 2. **Tratando-se de pessoa usuária de drogas e também agressiva e violenta, é cabível pedir aos Entes Públicos a sua internação compulsória e o fornecimento do tratamento de que necessita, a fim de assegurar-lhe o direito à saúde e à vida. 3. Os entes públicos têm o dever de fornecer gratuitamente o tratamento de pessoa cuja família não tem condições de custear. 4. Há exigência de atuação integrada do poder público como um todo, isto é, União, Estados e Municípios para garantir o direito à saúde. 5. É solidária a responsabilidade dos entes públicos. Inteligência do art. 196 da CF. 6. É descabida a condenação do Município a pagar honorários para a Defensoria Pública, pois não pode ser imposto a um ente público o encargo de subsidiar o funcionamento de outro, ainda que em razão de sucumbência em processo judicial. Recurso do Estado desprovido e provido em parte o recurso do Município. (Apelação e Reexame Necessário Nº 70047967773, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves, Julgado em 25/05/2012). (Grifei).**

Por conseguinte, não há falar em ilegitimidade passiva de nenhuma pessoa jurídica de direito público, sendo possível o ajuizamento da pretensão frente a todos ao a qualquer um.

Rejeito, portanto, a preliminar de incompetência da Justiça estadual, por conseguinte.

Despicienda, também, a tese sempre alegada acerca da ausência de previsão orçamentária para o fornecimento de tratamento médico urgente, visto que empecilhos dessa natureza não prevalecem frente à ordem constitucionalmente estatuída de priorização da saúde.

Não se aplica, *in casu*, o princípio da reserva do possível – **submissão dos direitos fundamentais prestacionais aos recursos existentes** –, sobrepondo-se a ele, isso sim, o princípio da máxima efetividade da Magna Carta, ou seja, o dever do Estado (*lato sensu*) em promover o bem-estar social, pelo qual se conferem às normas constitucionais sentido amplo de eficácia, ou operacionalidade prevalente, como preconizado por Joaquim Gomes

Canotilho³⁷⁸, sob pena de admitir-se um retrocesso na ordem institucional dos direitos fundamentais.

No caso dos autos, restou demonstrada a necessidade de internação do representado, o menor Yuri (fl. 11), que apresenta quadro de dependência química por uso de drogas (*crack*, cocaína e maconha), com grave comprometimento comportamental, necessitando de urgente tratamento. Segundo relatado na inicial, a qual vem corroborada por prova documental (ocorrências policiais juntadas nas fls. 13-20), a drogadição apresentada põe em risco a integridade física e mental do usuário e de sua família, o que justifica a compulsoriedade da medida.

Logo, considerando as disposições legais acerca do tema e contexto fático narrado nos autos, devem os réus custear o tratamento psiquiátrico do favorecido junto à instituição própria para esse fim, nos exatos termos em que decidido pelo julgador singular.

No que pertine à condenação do Município ao pagamento de honorária de sucumbência ao FADEP, faz-se necessária, mesmo de ofício, certa digressão.

Há muito me manifesto no sentido do cabimento da condenação dos entes públicos municipais ao pagamento de honorários advocatícios ao FADEP – Fundo de Aparelhamento da Defensoria Pública, pois entendo que inexistente qualquer confusão entre a credora da verba, a Defensoria Pública, e o ente público ao qual é vinculada, o Estado do Rio Grande do Sul.

Todavia, o entendimento pacificado no âmbito desta 7ª Câmara Cível é diverso, no sentido de que a verba, *in casu*, não é devida na medida em que implica “*transferência compulsória de uma verba pública para outro ente público. Ou seja, implica atribuir ao Município o encargo de custear um serviço público, que deve ser prestado pelo Estado, inclusive por disposição constitucional*” (Apelação Cível Nº 70047320205, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luís Dall’Agnol, Julgado em 30/05/2012).

Assim, como forma de manter a unicidade de entendimento desta 7ª Câmara Cível, em homenagem aos princípios da celeridade e economia processuais, da uniformização dos julgados e da segurança jurídica, adapto-me ao posicionamento dos colegas, estampado, exemplificativamente, nos seguintes precedentes:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO ORDINÁRIA. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. DESNECESSIDADE DE A PARTE POSTULAR O MEDICAMENTO NO ÂMBITO ADMINISTRATIVO. (...)
. CONDENAÇÃO DO MUNICÍPIO AO PAGAMENTO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. FADEP. DESCABIMENTO. Descabe a condenação do Município a arcar com os honorários advocatícios em favor da Defensoria Pública, pois implicaria determinar que o ente municipal custeie serviço público que compete ao Estado. APELAÇÃO DO ESTADO DESPROVIDA E APELAÇÃO DO MUNICÍPIO PARCIALMENTE PROVIDA. (Apelação Cível Nº 70047320205, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luís Dall’Agnol, Julgado em 30/05/2012). (Grifei)

DIREITO À SAÚDE. INTERNAÇÃO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DO PODER PÚBLICO DE FORNECÊ-LA. HONORÁRIOS PARA DEFENSORIA PÚBLICA. DESCABIMENTO. 1. (...). 5. Descabe condenar o Município a

³⁷⁸ Joaquim Gomes Canotilho: Notário jurista português; catedrático da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; um dos nomes mais relevantes do direito constitucional atual.

responder por honorários advocatícios em favor da Defensoria Pública, pois implicaria determinar que o ente municipal custeie serviço público que compete ao Estado. Recurso provido em parte. (Apelação Cível Nº 70048433569, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves, Julgado em 25/05/2012). (Grifei).

APELAÇÕES CÍVEIS. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA PARA TRATAMENTO DE DROGADIÇÃO. ALEGAÇÃO DE ILEGITIMIDADE PASSIVA DO ESTADO E DO MUNICÍPIO. SOLIDARIEDADE. HONORÁRIOS DE ADVOGADO EM FAVOR DO FADEP. IMPOSSIBILIDADE. 1. Não há falar, no caso, em ilegitimidade passiva do Estado e/ou do Município nas ações e políticas de saúde, em face da solidariedade dos entes públicos. 2. Diante da solidariedade entre os entes públicos, no atendimento médico/psiquiátrico de que necessita a parte, podem ser chamados a prestá-lo tanto o Estado como o Município e, por essa razão, os Municípios têm sido chamados. Logo, injusta a sua condenação exclusiva ao pagamento da verba honorária em favor da Defensoria Pública NEGADO PROVIMENTO AO APELO DO ESTADO, E PROVIDO, EM PARTE, O DO MUNICÍPIO. (Apelação Cível Nº 70049219397, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Liselena Schifino Robles Ribeiro, Julgado em 13/06/2012) (Grifei.)

Por fim, não conheço do apelo do Estado no que pertine à alegação de isenção de custas e despesas processuais, considerando que não há condenação correspondente na sentença.

3. Ante o exposto, conheço em parte do apelo do Estado e nego-lhe provimento. Conheço integralmente o apelo do Município, rejeito as preliminares e nego-lhe provimento. De ofício, reformo parcialmente a sentença para afastar a condenação do ente público municipal ao pagamento de honorária em favor do FADEP.

Intimem-se.

Porto Alegre, 03 de janeiro de 2013.

DES.^a SANDRA BRISOLARA MEDEIROS,
Relatora.

ANEXO - D

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AVALIAÇÃO MÉDICA E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. DEPENDENTE QUÍMICO. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. PRESENTES OS REQUISITOS DO ART. 273 DO CPC. DIREITO À SAÚDE CONSTITUCIONALMENTE GARANTIDO. RECURSO PROVIDO LIMINARMENTE.

AGRAVO DE INSTRUMENTO	SÉTIMA CÂMARA CÍVEL
Nº 70053910055	COMARCA DE SÃO LEOPOLDO
J.M.G.	AGRAVANTE;
.	
M.S.L.	AGRAVADO;
.	
E.R.G.S.	AGRAVADO;
.	
G.R.G.	INTERESSADO.
.	

Vistos.

Trata-se de agravo de instrumento de JUSTINO M. G. pretendendo a reforma da decisão das fls. 26 e v, que indeferiu o pedido de antecipação de tutela nos autos da ação de avaliação e internação compulsória ajuizada contra o MUNICÍPIO DE SÃO LEOPOLDO e o ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

Sustenta a necessidade de concessão da tutela antecipada em favor de seu filho, dependente químico (*crack*) e violento quando sob efeito das drogas, presentes, no caso, o *fumus bonis iuris* e o *periculum in mora*. Pedes, por isso, o provimento do recurso (fls. 2/12).

Junta os documentos das fls. 13 a 29.

Merece trânsito a inconformidade.

Em que pese o entendimento do magistrado de primeiro grau, observa-se, do contido nos autos, que o pedido de avaliação e internação compulsória partiu do Sr. Justino, 67 anos, genitor de Gilmar, 35 anos, toxicômano, dependente de crack e violento sempre que sob o efeito da droga, além de subtrair objetos de sua própria residência, a fim de alimentar seu vício. E, portanto, deve ser concedida a antecipação de tutela pleiteada, suficientemente demonstrados os requisitos autorizadores do art. 273 do CPC - presentes o *fumus boni iuris*, aqui na modalidade da verossimilhança e o *periculum in mora*. Afinal, a antecipação de tutela, providência cautelar introduzida por força da nova redação conferida ao art. 273 do CPC, pela Lei nº 8.952/94, exige prova da verossimilhança do direito alegado, consubstanciado no **receio de dano irreparável ou de difícil reparação**, ou então prova de abuso do direito de defesa manifestado pelos réus, em caráter protelatório.

Convém salientar, ainda, a carência de recursos do agravante, pessoa humilde, idosa, pensionista do INSS e que reside na Cohab de São Leopoldo (fl. 24), estando representado pela Defensoria Pública.

No mesmo sentido, o entendimento desta Corte:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA. Pedido de internação compulsória não precisa vir acompanhado por prévia avaliação psiquiátrica. Tal

avaliação pode - e deve - ser determinada no curso do procedimento. DERAM PROVIMENTO. (Agravo de Instrumento Nº 70052420684, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rui Portanova, Julgado em 21/03/2013)

AGRAVO DE INSTRUMENTO. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA PARA TRATAMENTO À DROGADIÇÃO. PROVA DA NECESSIDADE DA PROVIDÊNCIA RECLAMADA. DIREITO À SAÚDE ASSEGURADO CONSTITUCIONALMENTE. 1. Compete ao Estado (em sentido amplo) fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os meios necessários ao seu tratamento, habilitação ou reabilitação, sendo a saúde um direito social (art. 6º da CF), que figura, constitucionalmente, entre os direitos e garantias fundamentais. 2. Os elementos de prova carreados ao instrumento são suficientes a retratar o delicado quadro de dependência química do paciente e, assim, a indicar a imperiosidade da avaliação médica psiquiátrica e, havendo recomendação nesse sentido, de que se proceda à sua internação compulsória. AGRAVO DE INSTRUMENTO PROVIDO. (Agravo de Instrumento Nº 70051974533, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl, Julgado em 28/02/2013)

Portanto, responsáveis os entes públicos, solidariamente, pela avaliação médica e internação e tratamento (se necessário) em local adequado, uma vez que o art. 196 da CF garante a todos o direito à saúde, “*mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”³⁷⁹.

Em convergência, o Superior Tribunal de Justiça assentou: “*É obrigação do Estado (União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios) assegurar às pessoas desprovidas de recursos financeiros o acesso à medicação ou congêneres necessário à cura, controle ou abrandamento de suas enfermidades, sobretudo, as mais graves*”³⁸⁰. Por isso, já se proclamou o “*direito de todos e dever dos entes públicos promover os atos indispensáveis à concretização do direito à saúde, tais como fornecimento de medicamentos, equipamentos médicos, realização de exames, acompanhamento médico e cirúrgico, quando não possuir o cidadão meios próprios de adquiri-los*”³⁸¹.

Quanto à observância das políticas de saúde, saliento que a Constituição da República erigiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado (art. 196 da CF e art. 241 da CE), advindo daí a conclusão inarredável de que é obrigação do Estado (gênero, a teor do art. 23, II, da CF), assegurar às pessoas carentes de recursos financeiros o acesso à medicação e tratamentos necessários para a cura de suas enfermidades. Portanto, não importa ao agravado as diretrizes do Sistema Único de Saúde, os seus protocolos ou suas dificuldades quanto à previsão orçamentária.

Note-se, por fim, que qualquer norma protetiva da Fazenda Pública, em cotejo com norma e garantia fundamental prevista constitucionalmente, não se sobrepõe. Ao contrário, os direitos à vida e à saúde prevalecem ante qualquer outro valor.

Assim, também, o entendimento desta Corte, no sentido da solidariedade entre Estado e Municípios (e União) em demandas que versem sobre internações compulsórias e atendimentos na área de saúde mental e drogadição, como se vê dos seguintes julgados:

³⁷⁹ AI n. 559055/RS, relatora a Senhora Ministra CARMEN LÚCIA, j. em 11.06.2007.

³⁸⁰ RESP 656979/RS, Segunda Turma, relator o Senhor Ministro CASTRO MEIRA, j. em 16.11.2004.

³⁸¹ TJ/RS, Segunda Câmara Cível, Apelação Cível Nº 70029518073, relator o Senhor Desembargador ARNO WERLANG, j. em 27.05.2009.

AGRAVO DE INSTRUMENTO. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. TRATAMENTO CONTRA DROGADIÇÃO. MUNICÍPIO DE VIAMÃO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. VEROSSIMILHANÇA NAS ALEGAÇÕES. 1. Caso em que a genitora buscou auxílio dos entes públicos para internar compulsoriamente o filho, que conta com 21 anos de idade, é dependente químico (CID F 19.2) e, **em virtude de seu comportamento violento, necessita de avaliação e internação compulsória, para tratamento de drogadição.** Verossimilhança demonstrada. 2. A responsabilidade pelo fornecimento de tratamento e internação compulsória é solidária entre União, Estados e Municípios, não podendo o particular ter limitado seu direito à saúde, garantido constitucionalmente, pela alegação de falta de vagas na entidade hospitalar. AGRAVO DE INSTRUMENTO PROVIDO. (Agravado de Instrumento Nº 70043393032, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Ricardo Moreira Lins Pastl, Julgado em 01/09/2011)

DIREITO À SAÚDE. INTERNAÇÃO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA COMPULSÓRIA. PESSOA PORTADORA DE TRANSTORNO MENTAL. OBRIGAÇÃO SOLIDÁRIA DO PODER PÚBLICO DE FORNECÊ-LA. DESCABIMENTO DE REEXAME NECESSÁRIO. 1. **Quando se trata de pessoa que apresenta distúrbios mentais, é cabível pedir aos Entes Públicos a sua internação compulsória e o fornecimento do tratamento de que necessita, a fim de assegurar-lhe o direito à saúde e à vida.** 2. Os entes públicos têm o dever de fornecer gratuitamente o tratamento de pessoa cuja família não tem condições de custear. 3. A responsabilidade dos entes públicos é solidária e há exigência de atuação integrada do poder público como um todo, isto é, União, Estados e Municípios para garantir o direito à saúde. 4. É solidária a responsabilidade dos entes públicos. Incidência do art. 196, CF. 5. Não estão sujeitas ao reexame necessário as causas em que a condenação não supera o valor de sessenta salários mínimos. Inteligência do art. 475, §2º, do CPC. Reexame necessário não conhecido e recurso desprovido. (SEGredo DE JUSTIÇA) (Apelação e Reexame Necessário 70042610212, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Sérgio Fernando de Vasconcellos Chaves, Julgado em 24/08/2011)

Do exposto, com fundamento no art. 557, § 1º, A, do CPC, dou provimento ao agravo de instrumento, a fim de conceder a antecipação de tutela.

Intimem-se.

Porto Alegre, 02 de abril de 2013.

DES.^a LISELENA SCHIFINO ROBLES RIBEIRO,
Relatora.

ANEXO - E

APELAÇÃO CÍVEL. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA, PARA TRATAMENTO CONTRA DROGADIÇÃO. EXISTÊNCIA DE INTERESSE PROCESSUAL. ART. 515 DO CPC. NO MÉRITO, MANTIDA A ANTECIPAÇÃO DE TUTELA, DEVIDO O FORNECIMENTO DE TRATAMENTO PELOS APELADOS, EM FACE DA SOLIDARIEDADE DOS ENTES PÚBLICOS.

Interesse processual demonstrado, pelas circunstâncias, a atual incapacidade do dependente químico, principalmente para se submeter ao tratamento, conforme certidão do oficial de justiça. Pedido acolhido.

APELO PROVIDO.

APELAÇÃO CÍVEL

SÉTIMA CÂMARA CÍVEL

Nº 70052753084

COMARCA DE PORTO ALEGRE

M.B.H.

APELANTE;

.

S.H.S.

APELANTE;

.

E.R.G.S.

APELADO;

.

M.P.A.

APELADO.

.

Vistos.

Trata-se de apelação de MARIA B. H., pretendendo a reforma da sentença de fls. 129/131 e v., que julgou extinta a ação, sem a resolução do mérito, com fulcro no art. 267, inc. VI, do CPC, em face do interesse processual, condenando a autora ao pagamento das custas e honorários advocatícios, fixados em R\$ 300,00, nos autos da ação de internação compulsória cumulada com pedido de avaliação prévia que move contra SANDRO H. S., MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE e o ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL.

Sustenta que as preliminares alegadas pelos réus, ilegitimidade ativa e passiva foram rejeitadas, sendo acolhida pelo juízo *a quo* a preliminar de falta de interesse processual. Refere que a preliminar acolhida, pelo juízo *a quo*, não merece prosperar, pois evidente o interesse processual. Relata que a situação do filho da autora era muito delicada, pois dependente químico, usuário de *crack* e outras drogas e que o próprio magistrado relatou a necessidade do tratamento nas fls. 20/1. Ocorre que, posteriormente, o juiz em sua sentença (fl. 131) entendeu que os documentos acostados (fl. 14 e 15) não demonstravam necessidade de internação e nem mesmo fazem menção a uma situação de urgência. Entende que, pelo fato de não terem sido produzidas novas provas não significa a desinteresse processual da autora. Diz que seu filho se recusa a comparecer espontaneamente ao médico. Pede, por isso, o provimento do recurso (fls. 133/142).

Apresentadas as contrarrazões do ESTADO (fls. 145/150 e v.), as contrarrazões do MUNICÍPIO (fls. 153/56) e após parecer do Ministério Público, pelo desconstituição da sentença (fls. 158/61), vieram os autos.

É o relatório

Com razão a apelante, presente a legitimidade ativa da autora, Maria Borges H., para ajuizar ação pleiteando a avaliação prévia e, caso necessário, a internação compulsória de seu filho Sandro, para tratamento contra drogadição, e, assim, preservar sua integridade física e psíquica e de seus familiares.

Conforme o Boletim de Ocorrência (fls. 14), a apelante declara que *seu filho furta as coisas de casa, bateria de seu veículo e outras pequenas coisas para comprar drogas, pois o mesmo é viciado em fumar pedras de crack*.

Quanta a falta de interesse processual, em que pese os argumentos trazidos pelo magistrado *a quo*, quando da sua decisão, evidente o interesse processual demonstrado, pelas circunstâncias, a atual incapacidade de Sandro, principalmente para se submeter ao tratamento, como se vê da certidão do oficial de justiça (fl. 50).

No mesmo sentido:

DIREITO CONSTITUCIONAL À SAÚDE E PROCESSUAL CIVIL. ANTECIPAÇÃO DE TUTELA. RESPONSABILIDADE PELOS ÔNUS DECORRENTES DO CUMPRIMENTO. INTERNAÇÃO HOSPITALAR. ÓBITO DO PACIENTE. LEGITIMIDADE ATIVA. Sendo a autora representante do irmão, impossibilitado de obter a assistência judiciária por se encontrar hospitalizado e gravemente enfermo, não há ilegitimidade ativa. INTERESSE PROCESSUAL. A resistência do Estado no curso da lide e o fato de a internação necessária só ter sido obtida através da concessão da antecipação de tutela confirmam o interesse de agir. PERDA DE OBJETO. FATO SUPERVENIENTE. (...) Tratando-se de direito personalíssimo, a morte do demandante acarreta a perda de objeto da demanda. O exame de mérito faz-se necessário, mediante a análise hipotética a respeito de qual seria o resultado da ação caso esta tivesse se desenvolvido até o seu fim, para fins de definir os ônus sucumbenciais. RESPONSABILIDADE. Com fundamento na jurisprudência sedimentada no Décimo Primeiro Grupo Cível, no STJ e no STF, pelo direito ao fornecimento de ações de saúde aos que delas necessitam, independentemente das competências previstas em legislação infraconstitucional, ressalvada posição diversa, devia ser disponibilizada a internação na forma do PACTO PELA SAÚDE, cabendo ao Município o encaminhamento do munícipe. Os ônus decorrentes da tutela que foi antecipada, confirmando-se o deferimento pela procedência do pedido, são arcados pelo réu. REEXAME NECESSÁRIO. Sem alterações à sentença em reexame necessário. PRELIMINARES REJEITADAS. APELO DESPROVIDO. (Apelação Cível Nº 70037875481, Vigésima Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rejane Maria Dias de Castro Bins, Julgado em 11/11/2010)

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO À VIDA E À SAÚDE. AVALIAÇÃO E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. LEGITIMIDADE ATIVA. SOLIDARIEDADE ENTRE OS ENTES PÚBLICOS. Preliminar. O autor é parte legítima para pleitear a internação do irmão para tratamento da dependência química, ainda que maior e capaz. Mérito. É dever dos entes públicos promover, solidariamente, o atendimentos à saúde, nos termos do art. 196, da Constituição Federal. Havendo comprovação da necessidade do tratamento especializado requerido, fazem-se presentes a

verossimilhança e o fundado receio de dano irreparável autorizados da antecipação dos efeitos da tutela. PRELIMINAR REJEITADA. AGRAVO DE INSTRUMENTO DESPROVIDO. (Agravado de Instrumento Nº 70034661983, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: André Luiz Planella Villarinho, Julgado em 14/04/2010)

Como afirma o Procurador de Justiça, em seu parecer das fls. 158/161:

Ademais, não há falta de interesse por não ter sido cumprida a liminar, visto que a pretensão inicial é justamente o tratamento compulsório do drogadito, pelo que não há falar em comparecimento espontâneo para avaliação (fl. 43), sendo a recusa ao tratamento inclusive sintoma da dependência química, como socialmente consabido. Aliás, isso é reconhecido pelo próprio juízo a quo, tanto que determinou a condução do paciente com apoio da Polícia Militar e da SAMU (fl. 44).

Portanto, se nem com essas providências – mormente com força policial - conseguiu-se obter a avaliação do paciente, seria ilógico obrigar a genitora, com quase 60 anos (fl. 12), a conseguir esta mesma prova e trazê-la aos autos demonstrando a enfermidade que acomete o filho.

Aliás, a oposição do filho da demandante em se submeter à avaliação médica é um indício da necessidade de tratamento, porquanto de conhecimento popular que pessoas viciadas em drogas, notadamente em crack, não aceitam o tratamento.

Quanto ao mérito, de acordo com o art. 515, §§1º e 2º, do CPC, é possível ao juízo *ad quem* o julgamento de questões discutidas e suscitadas no processo principal.

Dessa forma, é de ser dado provimento ao apelo, confirmando a antecipação de tutela concedida (fls. 20/1), pois não há falar, no caso, em ilegitimidade passiva do Estado do Rio Grande do Sul e/ou do Município de Porto Alegre, em relação ao fornecimento do tratamento pretendido.

Os entes públicos são solidariamente responsáveis pelo atendimento do direito fundamental à saúde, não havendo razão para cogitar em ilegitimidade passiva ou em obrigação exclusiva de um deles. Nem mesmo se o remédio, substância ou tratamento postulado não se encontra na respectiva lista, ou se encontra na lista do outro ente.

A jurisprudência do Egrégio Supremo Tribunal Federal (órgão incumbido do mister uniformizador da dicção das normas constitucionais), convergiu para orientação segundo a qual “a discussão em relação à competência para a execução de programas de saúde e de distribuição de medicamentos não pode se sobrepor ao direito à saúde”³⁸², “conseqüência constitucional indissociável do direito à vida”³⁸³.

De acordo com a exegese do art. 196 da Constituição Federal³⁸⁴, externada em inúmeras decisões dos Ministros integrantes da STF, “O Sistema Único de Saúde torna a

³⁸² SS n. 3231/RN, relatora a Senhora Ministra ELLEN GRACIE, j. em 28.05.2007.

³⁸³ RE n. 271.286-AgR, relator o Senhor Ministro CELSO DE MELLO, j. em 12.09.2000.

³⁸⁴ “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

responsabilidade linear alcançando a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios³⁸⁵, mesmo quando “FALTA PROVA IDÔNEA QUANTO AO RISCO DE VIDA”³⁸⁶.

Do repertório de julgados daquele órgão, colhe-se a motivação, que pode ser assim sintetizada: (I) “o cumprimento do dever político-constitucional consagrado no art. 196 da Lei Fundamental do Estado, consistente na obrigação de assegurar, a todos, a proteção à saúde, representa fator, que, associado a um imperativo de solidariedade social, impõe-se ao Poder Público, **qualquer que seja a dimensão institucional em que atue no plano de nossa organização federativa**”³⁸⁷; (II) “o direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República. Traduz bem jurídico constitucionalmente tutelado, por cuja integridade deve velar, de maneira responsável, o Poder Público, a quem incumbe formular - e implementar - políticas sociais e econômicas que visem a garantir, aos cidadãos, o acesso universal e igualitário à assistência médico-hospitalar”; (III) “a recusa do Estado (...) representa desrespeito ao disposto no art. 196 da Constituição Federal, que determina ser a saúde direito de todos e dever do Estado. **Essa regra constitucional tem por destinatários todos os entes políticos que compõem a organização federativa do Estado brasileiro**”³⁸⁸; (IV) “O direito de todos à saúde, ‘garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação’, conforme se contém no art. 196 da Constituição da República, **compatibiliza-se, ainda, com o princípio constitucional da igualdade, daí a norma constitucional assecuratória do acesso universal e igualitário a todos os recursos disponíveis para garantia de condições de saúde**”³⁸⁹.

Em convergência, o Superior Tribunal de Justiça assentou: “É obrigação do Estado (União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios) assegurar às pessoas desprovidas de

³⁸⁵ RE n. 195192/RS, Segunda Turma, relator o Senhor Ministro MARCO AURÉLIO, j. em 22.02.2000. No mesmo rumo: RE n. 315165/SC, Relator o Senhor Ministro EROS GRAU, j. em 26.06.2006, AI n. 529573/RS, relator o Senhor Ministro CARLOS BRITTO, j. em 15.03.2005.

³⁸⁶ “O recurso extraordinário a que se refere o presente agravo de instrumento busca reformar decisão proferida pelo E. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, consubstanciada em acórdão assim ementado (fls. 50): ‘CONSTITUCIONAL. DIREITO À VIDA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS. FALTA DE PROVA IDÔNEA QUANTO AO RISCO DE VIDA. IMPOSSIBILIDADE. 1. É desnecessário, para acudir à via jurisdicional, esgotar ou pleitear na instância administrativa. Preliminar rejeitada. 2. Legítima-se o Município de Santo Antônio da Patrulha, passivamente, em demanda em que alguém pleiteia a realização de exame de ressonância magnética, nos termos da Lei nº 8.080/90. Preliminar rejeitada. 3. O fornecimento gratuito de medicamentos pelo Estado e pelo Município, exige que o remédio seja excepcional e indispensável à vida do paciente. 4. APELAÇÕES PROVIDAS’. [Apelação e Reexame Necessário Nº 70008093932, Quarta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, relator o Senhor Desembargador ARAKEN DE ASSIS, j. em 17.03.2004]. (...) Entendo assistir plena razão à agravante, pois o desacolhimento de sua pretensão recursal poderá gerar resultado inaceitável sob a perspectiva constitucional do direito à vida e à saúde. (...) o acórdão recorrido diverge, frontalmente, da orientação jurisprudencial que o Supremo Tribunal Federal firmou no exame da matéria em causa (RTJ 171/326-327, Rel. Min. ILMAR GALVÃO - AI 462.563/RS, Rel. Min. CARLOS VELLOSO - AI 486.816-AgR/RJ, Rel. Min. CARLOS VELLOSO - AI 532.687/MG, Rel. Min. EROS GRAU - AI 537.237/PE, Rel. Min. SEPÚLVEDA PERTENCE - RE 195.192/RS, Rel. Min. MARCO AURÉLIO - RE 198.263/RS, Rel. Min. SYDNEY SANCHES - RE 237.367/RS, Rel. Min. MAURÍCIO CORRÊA - RE 242.859/RS, Rel. Min. ILMAR GALVÃO - RE 246.242/RS, Rel. Min. NÉRI DA SILVEIRA - RE 279.519/RS, Rel. Min. NELSON JOBIM - RE 297.276/SP, Rel. Min. CEZAR PELUSO - RE 342.413/PR, Rel. Min. ELLEN GRACIE - RE 353.336/RS, Rel. Min. CARLOS BRITTO - RE 393.175/RS, Rel. Min. CELSO DE MELLO, v.g.)”. (AI n. 626570/RS, relator o Senhor Ministro CELSO DE MELLO, j. em 01.02.2006).

³⁸⁷ RE n. 557548/MG, relator o Senhor Ministro CELSO DE MELLO, j. em 08.11.2007. Grifou-se.

³⁸⁸ RE n. 547808/RS, relator o Senhor Ministro CEZAR PELUSO, j. em 04.09.2007. Destacou-se.

³⁸⁹ AI n. 559055/RS, relatora a Senhora Ministra CÂRMEN LÚCIA, j. em 11.06.2007. Grifou-se.

*recursos financeiros o acesso à medicação ou congêneres necessário à cura, controle ou abrandamento de suas enfermidades, sobretudo, as mais graves*³⁹⁰. Por isso, já se proclamou o “direito de todos e dever dos entes públicos promover os atos indispensáveis à concretização do direito à saúde, tais como fornecimento de medicamentos, equipamentos médicos, realização de exames, acompanhamento médico e cirúrgico, quando não possuir o cidadão meios próprios de adquiri-los”³⁹¹.

Cumpra referir que o entendimento desta Corte também é no sentido da solidariedade entre Estado e Municípios em demandas que versem sobre saúde (fornecimento de medicamentos/insumos, tratamentos de saúde e internações compulsória), como se vê dos seguintes julgados:

APELAÇÃO CÍVEL. ECA. FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO. LEGITIMIDADE PASSIVA. SOLIDARIEDADE ENTRE OS ENTES ESTATAIS. DIREITO À SAÚDE. PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL. BLOQUEIO DE VALORES. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. DEFENSORIA PÚBLICA. Caso. Fornecimento do medicamento ARIPIPRAZOL 10mg, enquanto perdurar a patologia. Menor portador de SÍNDROME DE ASPERGER (CID F 84.5) e EPILEPSIA (CID G 40), conforme laudo médico. Legitimidade passiva e Solidariedade. Os entes estatais são solidariamente responsáveis pelo atendimento do direito fundamental ao direito à saúde, não havendo razão para cogitar em ilegitimidade passiva ou em obrigação exclusiva de um deles. Nem mesmo se o remédio, substância ou tratamento postulado não se encontre na respectiva lista, ou se encontra na lista do outro ente. Direito à Saúde, Separação de Poderes e Princípio da Reserva do Possível. A condenação do Poder Público para que forneça tratamento médico ou medicamento à criança e ao adolescente, encontra respaldo na Constituição da República e no Estatuto da Criança e do Adolescente. Do ponto de vista constitucional, é bem de ver que em razão da proteção integral constitucionalmente assegurada à criança e ao adolescente, a condenação dos entes estatais ao atendimento do direito fundamental à saúde não representa ofensa aos princípios da separação dos poderes, do devido processo legal, da legalidade ou da reserva do possível. Bloqueio de valores. O bloqueio de verbas públicas para o fim de garantir que o Estado cumpra direito fundamental do cidadão encontra respaldo na Constituição da República e no Estatuto da Criança e do Adolescente. Condenação do Município ao pagamento de honorário à Defensoria Pública. Em tese, no presente caso, não incidiria a orientação do Egrégio Superior Tribunal de Justiça, no que diz com a condenação dos Municípios ao pagamento de honorários advocatícios em prol da Defensoria Pública Estadual. Contudo e por enquanto - reconhecida alguma semelhança - a prática está a exigir solução peculiar. NEGARAM PROVIMENTO AO APELO DO ESTADO E DERAM PARCIAL PROVIMENTO AO APELO DO MUNICÍPIO. (Apelação Cível Nº 70045874187, Oitava Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Rui Portanova, Julgado em 29/03/2012)

³⁹⁰ RESP 656979/RS, Segunda Turma, relator o Senhor Ministro CASTRO MEIRA, j. em 16.11.2004.

³⁹¹ TJ/RS, Segunda Câmara Cível, Apelação Cível Nº 70029518073, relator o Senhor Desembargador ARNO WERLANG, j. em 27.05.2009.

Por fim, em face do provimento do apelo e da ação interposta, devem ser invertidos os ônus sucumbenciais, indevida a condenação dos entes públicos, no caso, ao pagamento das custas processuais, despesas e emolumentos, pois, nos termos da Lei Estadual 13.471, de 23 de junho de 2010, que introduziu alterações na Lei 8.121, de 30 de dezembro de 1985 – Regimento de Custas -, a nova redação do art. 11 prevê que “*as pessoas jurídicas de Direito Público são isentas do pagamento de custas, despesas judiciais e emolumentos no âmbito da Justiça Estadual de Primeiro e Segundo Graus*”. Também deixo de condenar os apelantes ao pagamento da verba honorária, em benefício do FADEP, porquanto há confusão em relação ao Estado e, em que pese o entendimento do STJ, de que inexistente confusão entre a Defensoria Pública Estadual e os Municípios (por se tratar de ente federativo diverso do Estado, ao qual pertence a Defensoria), não se trata de confusão, mas porque uma vez que os municípios são chamados a integrar a lide em face da solidariedade dos entes públicos em matéria de saúde, sendo, por isso, injusta a condenação exclusiva deste, conforme o seguinte julgado:

RECURSO DE AGRAVO INTERNO. APELAÇÃO. AGRAVO RETIDO. ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL. VAGA PARA EDUCAÇÃO INFANTIL - CRECHE. DIREITO À EDUCAÇÃO. GARANTIA FUNDAMENTAL. DIREITO SOCIAL. OBRIGAÇÃO DO MUNICÍPIO EM SENTIDO AMPLO. ARTS. 6º E 208 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL. ART. 54 DO ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. CONDENAÇÃO DO ENTE PÚBLICO MUNICIPAL AO PAGAMENTO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS À DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO (FADEP). DESCABIMENTO. IMPOSIÇÃO DE MULTA DIARIA. DESCABIMENTO. 1 - O acesso ao ensino obrigatório e gratuito é um direito público subjetivo (art. 208, §1º, da CF), sendo que os Municípios devem garantir atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero a seis anos de idade (art. 208, IV, da CF e art. 54, IV, do ECA, e arts. 4º, IV, e 11, ambos da Lei nº 9.394/96). 2- Descabe condenar o Município a pagar honorários ao FADEP, já que o custeio do serviço público prestado pela Defensoria Pública é ônus do Estado. RECURSO DESPROVIDO (Agravo Nº 70047225511, Sétima Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Roberto Carvalho Fraga, Julgado em 14/03/2012)

Do exposto, com fundamento no art. 557, § 1º, A, do CPC, dou provimento ao apelo, procedente o pedido de internação compulsória cumulado com avaliação médica, invertidos os ônus sucumbenciais, afastados, no caso.

Intimem-se.

Porto Alegre, 14 de janeiro de 2013.

DES.^a LISELENA SCHIFINO ROBLES RIBEIRO,
Relatora.

ANEXO - F

RECURSO EM HABEAS CORPUS Nº 36.374 - RJ
(2013/0076425-8)
RELATOR : MINISTRO ANTONIO CARLOS FERREIRA
RECORRENTE : H G V DE F C R
ADVOGADO : DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO
RECORRIDO : MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO

DECISÃO

Trata-se de recurso ordinário em *habeas corpus*, com pedido de liminar, interposto em favor de H. G. V. DE F. C. R., contra acórdão do TJRJ que confirmou a decretação de internação compulsória, nos termos da seguinte ementa (e-STJ fl. 102):

"*HABEAS CORPUS*. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE USUÁRIO DE CRACK. MEDIDA DE CONSTRIÇÃO DE LIBERDADE DE ADOLESCENTE VISANDO À PROTEÇÃO À SUA VIDA. LIBERDADE DE LOCOMOÇÃO QUE TEM PÍSO CONSTITUCIONAL MENOR DO QUE A VIDA. PRINCÍPIO DA PONDERAÇÃO DE INTERESSES: SE O PRINCÍPIO DA PROTEÇÃO À LIBERDADE DE LOCOMOÇÃO ESTÁ APARENTE CONFLITO COM O PRINCÍPIO À VIDA ESTE DEVE PREVALECER PERANTE ÀQUELE.

Não há como se proteger a liberdade se a própria vida que a movimentada não está assegurada. O crack é sem dúvida um dos maiores e piores flagelos de nossa sociedade, retirando do indivíduo sua capacidade de autodeterminar e, conseqüentemente, seu poder de escolha entre a vida saudável longe das drogas e a morte. O Estado tem o dever de agir em nome da proteção à vida das pessoas. A liberdade de locomoção será sacrificada em nome de um bem jurídico maior que é a vida, bem supremo de todo e qualquer ser humano. O Decreto Lei 891, de 25 de novembro de 1938, que autoriza a internação compulsória dos dependentes químicos está em pleno vigor. No caso dos autos o adolescente necessita de tratamento e pensar que ele, voluntária espontaneamente, irá procurar ajuda é desconhecer o poder que a droga exerce no cérebro da pessoa. Por tais motivos Conheço do presente habeas corpus e, no MÉRITO, JULGO IMPROCEDENTE O PEDIDO, NEGANDO A ORDEM".

Na origem, trata-se da *habeas corpus* impetrado pela DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, com pedido de liminar, em favor de H. G. V. DE F. C. R. contra decisão do Juízo de Direito da 1ª Vara da Infância, da Juventude e do Idoso da Comarca do Rio de Janeiro, que, em sede de medida protetiva requerida pela mãe do adolescente, determinou a internação compulsória e imediata do menor no Centro de Atendimento à Dependência Química, sob os seguintes fundamentos (e-STJ fls. 34/35):

"Da breve compulsão dos autos, verifica-se que a necessidade de antecipação dos efeitos da tutela jurisdicional em virtude do grave risco social enfrentado pelo adolescente. Muito embora se encontre o

pedido aquém das devidas formalidades, a possibilidade de iminente lesão ao direito que se pretende proteger impede a espera pelo deslinde da controvérsia.

Finalmente, destaco o Laudo Médico a respaldar o entendimento de que a internação compulsória é a medida a garantir o melhor interesse do jovem em tela, como se pode inferir a partir do seguinte trecho: 'Diante do que foi exposto acima, indico internação em centro de recuperação especializado para adolescentes usuários de drogas. Preferencialmente na casa Viva, pois permite que acompanhe amiúde o jovem, possibilitando a continuidade dos cuidados por mim iniciados. Além do risco de vida iminente, esse tratamento permitirá um diagnóstico mais preciso do caso e assistência para o uso de substâncias.'

Sendo assim, presentes os requisitos para a antecipação da tutela jurisdicional, DEFIRO a medida protetiva requerida e DETERMINO A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E IMEDIATA do menor na instituição Casa Viva. Determino, ainda, a BUSCA E APREENSÃO do adolescente. Dê-se Ciência".

O Desembargador relator indeferiu a liminar (e-STJ fls. 55/57) e, ao analisar o mérito, denegou a ordem com as seguintes considerações:

"No caso dos autos não há a menor dúvida de que o adolescente precisa ser submetido a tratamento compulsório para ter sua vida de volta. Não adianta a falsa idéia de que se ele não quer se tratar o tratamento não vai adiantar. Ele não tem mais o poder de se auto determinar perante seus problemas pessoais. Sua vida se resume a usar a droga que o levará em breve à morte".

O recorrente, nas razões do presente recurso, reitera os fundamentos expendidos na ação mandamental que tramitou no TJRJ, mormente no que se refere ao constrangimento ilegal decorrente da indevida ordem de internação compulsória do adolescente em centro de recuperação especializado para adolescentes usuários de drogas, à míngua de "laudo médico atestando a necessidade de internação" (e-STJ fl. 5), fato que contraria o disposto no art. 6º da Lei n. 10.216/2001.

Ainda sob esse aspecto, afirma que a instituição indicada pelo Juízo de direito para a internação compulsória do adolescente (Casa Ser Adolescente) funciona de forma irregular em razão de não possuir registro no Conselho Municipal de Direitos da Criança.

Ao final, requer a concessão da liminar para que seja revogado o decreto de a internação compulsória e, no mérito, pleiteia o provimento do recurso (e-STJ fls. 124/130).

O pedido de liminar foi indeferido, diante da ausência de demonstração dos requisitos inerentes à tutela de urgência (e-STJ fls. 138/141).

O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, em parecer apresentado às fls. 203/209 (e-STJ), opina pelo desprovimento do recurso, diante da impossibilidade de dilação probatória no *writ*.

É o relatório.

Decido.

Preliminarmente, cumpre destacar que a determinação de internação psiquiátrica compulsória em estabelecimento hospitalar repercute, de fato, na liberdade de locomoção do paciente, por isso justificável a utilização do remédio constitucional previsto no art. 5º, LXVIII, da CF/88, cujo teor proclama:

"Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

(...)

LXVIII - conceder-se-á "habeas-corpus" sempre que alguém sofrer ou se achar ameaçado de sofrer violência ou coação em sua liberdade de locomoção, por ilegalidade ou abuso de poder;"

A Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, determina que:

"Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
 III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça."

Sob esse aspecto, a Segunda Seção desta Corte concluiu que a internação em qualquer de suas modalidades é medida extrema e deverá ser precedida não apenas de laudo médico circunstanciado que comprove a necessidade de tal medida, mas também da demonstração de insuficiência dos recursos extra-hospitalares, consoante se infere dos seguintes julgados:

"HABEAS CORPUS - AÇÃO CIVIL DE INTERDIÇÃO CUMULADA COM INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - POSSIBILIDADE - NECESSIDADE DE PARECER MÉDICO E FUNDAMENTAÇÃO NA LEI N. 10.216/2001 - EXISTÊNCIA NA ESPÉCIE EXIGÊNCIA DE SUBMETTER O PACIENTE A RECURSOS EXTRA-HOSPITALARES ANTES DA MEDIDA DE INTERNAÇÃO - DISPENSA EM HIPÓTESES EXCEPCIONAIS.

1. A internação compulsória deve ser evitada, quando possível, e somente adotada como última opção, em defesa do internado e, secundariamente, da própria sociedade. É claro, portanto, o seu caráter excepcional, exigindo-se, para sua imposição, laudo médico circunstanciado que comprove a necessidade de tal medida.

2. A interdição civil com internação compulsória, tal como determinada pelas instâncias inferiores, encontra fundamento jurídico tanto na Lei n. 10.216/2001 quanto no artigo 1.777 do Código Civil. No caso, foi cumprido o requisito legal para a imposição da medida de internação compulsória, tendo em vista que a internação do paciente está lastreada em laudos médicos.

3. Diante do quadro até então apresentado pelos laudos já apreciados pelas instâncias inferiores, entender de modo diverso, no caso concreto, seria pretender que o Poder Público se portasse como mero espectador, fazendo prevalecer o direito de ir e vir do paciente, em prejuízo de seu próprio direito à vida.

4. O art. 4º da Lei n. 10.216/2001 dispõe: "A internação, em qualquer de suas modalidades, só será iniciada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes." Tal dispositivo contém ressalva em sua parte final, dispensando a aplicação dos recursos extra-hospitalares se houver demonstração efetiva da insuficiência de tais medidas. Essa é exatamente a situação dos autos, haja vista ser notória a insuficiência de medidas extra-hospitalares, conforme se extrai dos laudos invocados no acórdão impugnado.

5. É cediço não caber na angusta via do habeas corpus, em razão de seu rito célere e desprovido de dilação probatória, exame aprofundado de prova no intuito de reanalisar as razões e motivos pelos quais as instâncias inferiores formaram sua convicção.

6. O documento novo consistente em relatório do Subcomitê de Prevenção da Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes- (SPT) da Organização das Nações Unidas (ONU) não pode ser apreciado por esta Corte sob pena de supressão de instância.

7. A internação compulsória em sede de ação de interdição, como é o caso dos autos, não tem caráter penal, não devendo ser comparada

à medida de segurança ou à medida socioeducativa à que esteve submetido no passado o paciente em face do cometimento de atos infracionais análogos a homicídio e estupro. Não se ambiciona nos presentes autos aplicar sanção ao ora paciente, seja na espécie de pena, seja na

forma de medida de segurança. Por meio da interdição civil com internação compulsória resguarda-se a vida do próprio interditando e, secundariamente, a segurança da sociedade.

8. Não foi apreciada pela Corte de origem suspeição ou impedimento em relação à perícia, questionamento a respeito da periodicidade das avaliações periciais, bem como o pedido de inserção do paciente no programa federal De Volta Para Casa. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça consolidou o entendimento de que não se conhece de habeas corpus cuja matéria não foi objeto de decisão pela Corte de Justiça estadual, sob pena de indevida supressão de instância. (HC 165.236/SP, Rel. Ministro MOURA RIBEIRO, QUINTA TURMA, julgado em

05/11/2013, DJe 11/11/2013; HC 228.848/SP, Rel. Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA, SEXTA TURMA, julgado em 24/10/2013, DJe 04/11/2013) 9. Ordem denegada." (HC n. 169.172/SP, Relator Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, julgado em 10/12/2013, DJe 5/2/2014).

"HABEAS CORPUS. PROCESSO CIVIL DE INTERDIÇÃO. INTERNAÇÃO JUDICIAL. ENFERMIDADE MENTAL. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL (TPAS). LAUDO PERICIAL. INTERNAÇÃO RECOMENDADA.

1.- É admitida, com fundamento na Lei 10.216/01, em processo de interdição, da competência do Juízo Cível, a determinação judicial da internação psiquiátrica compulsória do enfermo mental perigoso à convivência social, assim reconhecido por laudo técnico pericial, que conclui pela necessidade da internação. Legalidade da internação psiquiátrica compulsória. Observância da Lei Federal n. 10.216/01 e do Decreto Estadual n. 53.427/0.8, relativo à aludida internação em Unidade Experimental de Saúde.

2.- A anterior submissão a medida sócio-educativa restritiva da liberdade, devido ao cometimento de infração, correspondente a tipo penal, não obsta a determinação da internação psiquiátrica compulsória após o cumprimento da medida sócio-educativa. Homicídios cometidos com perversidade de agressão e afogamento em poça d'água contra duas crianças, uma menina de 8 anos e seu irmão, de 5 anos, para acobertar ataque sexual contra elas.

3.- Laudos que apontam o paciente como portador de transtorno de personalidade antissocial - TPAS (dissocial - CID. F60.2): "Denota agressividade latente e manifesta, pouca capacidade para tolerar contrariedade e/ou frustrações, colocando suas necessidades e desejos imediatos pessoais acima das normas, regras e da coletividade, descaso aos valores éticos, morais, sociais ou valorização da vida humana, incapacidade de sentir e demonstrar culpa ou arrependimento. Características compatíveis com transtorno de personalidade sociopática aliada à limitação intelectual, podendo apresentar, a qualquer momento, reações anormais com consequências gravíssimas na mesma magnitude dos atos

infracionais praticados, sendo indicado tratamento psiquiátrico e psicológico em medida de contenção".

4.- O presente julgamento, no âmbito da 3ª Turma, harmoniza a jurisprudência de ambas as Turmas da 2ª Seção desta Corte, na mesma orientação do HC 169.172-SP, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, em caso de grande repercussão nacional, no sentido de que "a internação em qualquer de suas modalidades, só será iniciada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficiente". Tal dispositivo contém ressalva em sua parte final, dispensando a aplicação dos recursos extra-hospitalares se houver demonstração efetiva da insuficiência de tais medidas.(...) A internação compulsória em sede de ação de interdição, como é o caso dos autos, não tem caráter penal, não devendo ser comparada à medida de segurança ou à medida socioeducativa a que esteve submetido no passado o paciente em face do cometimento de ato infracional análogo a homicídio e estupro. Não se ambiciona nos presentes autos aplicar sanção ao ora paciente, seja na espécie de pena, seja na forma de medida de segurança".

5.- Legalidade da internação psiquiátrica compulsória. Determinação de reavaliação periódica.

6.- Denegada a ordem de Habeas Corpus, com observação."

(HC n. 135.271/SP, Relator Ministro SIDNEI BENETI, TERCEIRA TURMA, julgado em 17/12/2013, DJe 04/2/2014).

"HABEAS CORPUS - AÇÃO CIVIL DE INTERDIÇÃO CUMULADA COM INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - COMPETÊNCIA DAS TURMAS DA SEGUNDA SEÇÃO - VERIFICAÇÃO - INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA - POSSIBILIDADE - NECESSIDADE DE PARECER MÉDICO E FUNDAMENTAÇÃO NA LEI 10.216/2001 - EXISTÊNCIA, NA ESPÉCIE - EXIGÊNCIA DE SUBMETER O PACIENTE A RECURSOS EXTRA-HOSPITALARES ANTES DA MEDIDA DE INTERNAÇÃO - DISPENSA EM HIPÓTESES EXCEPCIONAIS - EXAME DE PERICULOSIDADE E INEXISTÊNCIA DE CRIME IMPLICAM DILAÇÃO PROBATÓRIA - VEDAÇÃO PELA VIA DO PRESENTE REMÉDIO HERÓICO - HABEAS CORPUS SUBSTITUTIVO DE RECURSO ORDINÁRIO CONHECIDO PARA DENEGAR A ORDEM.

I - A questão jurídica relativa à possibilidade de internação compulsória, no âmbito da Ação Civil de Interdição, submete-se a julgamento perante os órgãos fracionários da Segunda Seção desta a. Corte;

II - A internação compulsória, qualquer que seja o estabelecimento escolhido ou indicado, deve ser, sempre que possível, evitada e somente empregada como último recurso, na defesa do internado e, secundariamente, da própria sociedade.

III - São modalidades de internação psiquiátrica: a voluntária, que é aquela que se dá a pedido ou com o consentimento do paciente (mediante declaração assinada no momento da internação); a involuntária, que é a que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e, por fim, a internação compulsória, determinada por ordem judicial.

IV - Não há constrangimento ilegal na imposição de internação compulsória, no âmbito da Ação de Interdição, desde que baseada

em parecer médico e fundamentada na Lei 10.216/2001. Observância, na espécie.

V - O art. 4º da Lei nº 10.216/2001, fruto de uma concepção humanística, traduz modificação na forma de tratamento daqueles que são acometidos de transtornos mentais, evitando-se que se entregue, de plano, aquele, já doente, ao sistema de saúde mental.

VI - Todavia, a ressalva da parte final do art. 4º da Lei nº 10.216/2001, dispensa a aplicação dos recursos extra-hospitalares se houver demonstração efetiva da insuficiência de tais medidas. Hipótese dos autos, ocorrência de agressividade excessiva do paciente.

VII - A via estreita do habeas corpus não comporta dilação probatória, exame aprofundado de matéria fática ou nova valoração dos elementos de prova.

VIII - Habeas Corpus substitutivo de recurso ordinário conhecido para denegar a ordem".

(HC n. 130.155/SP, Relator Ministro MASSAMI UYEDA, TERCEIRA TURMA, julgado em 4/5/2010, DJe 14/5/2010).

No caso concreto, não se verifica ilegalidade ou abuso de poder na decisão da Corte de origem, tendo em vista que a decretação da internação compulsória pelo Juízo singular foi precedida da análise das provas dos autos, mormente no que se refere à necessidade de proteção física e psíquica do adolescente que, além da condição de usuário de droga ilícita, estaria sujeito à ameaça de morte por parte de traficantes.

Ademais, a alegação acerca da desnecessidade da medida protetiva é insuscetível de análise da via eleita, tendo em vista a impossibilidade de dilação probatória no âmbito do *habeas corpus*, consoante se infere do seguinte julgado:

"HABEAS CORPUS. PENAL. CRIME DE ROUBO MAJORADO. SEMI-IMPUTABILIDADE. PLEITO DE CONVERSÃO DA MEDIDA DE INTERNAÇÃO EM TRATAMENTO AMBULATORIAL. VIA ELEITA INADEQUADA. NECESSIDADE DE DILAÇÃO PROBATÓRIA. INSURGÊNCIA CONTRA O PRAZO MÍNIMO PARA A AVALIAÇÃO DA PERICULOSIDADE. PERÍODO CUMPRIDO PELO AGENTE. PRORROGAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA. HABEAS CORPUS PARCIALMENTE PREJUDICADO E, NO MAIS, NÃO CONHECIDO.

1. A ação de habeas corpus não se mostra a via adequada para se perquirir acerca da possibilidade de conversão da medida de internação em tratamento ambulatorial, dada a necessidade de dilação probatória.

2. Resta prejudicada a insurgência contra o prazo mínimo para a realização da avaliação de cessação da periculosidade, se constatado que o agente cumpriu tal período e foi submetido à perícia médica, sendo prorrogada a medida de segurança inclusive em periodicidade inferior.

3. Ordem de habeas corpus parcialmente prejudicada e, no mais, não conhecida." (HC n. 213.294/SP, Relatora Ministra LAURITA VAZ, QUINTA TURMA, julgado em 1º/10/2013, DJe 10/10/2013).

Por fim, a questão atinente ao suposto funcionamento irregular da instituição que receberá o adolescente não exige maiores ilações uma vez que o Centro de Atendimento à Dependência Química - Ser Adolescente está em processo de registro, conforme se infere das informações prestadas pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (e-STJ fl. 48).

Em face do exposto, com fundamento no art. 38 da Lei 8.038/1990 c/c art. 34, inciso XVIII, do RISTJ, NEGO PROVIMENTO ao recurso ordinário em *habeas corpus*.

Publique-se. Intimem-se.
Brasília-DF, 13 de fevereiro de 2014.

Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA
Relator