



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

JESSICA HIND RIBEIRO COSTA

**PARA ALÉM DA REDUÇÃO DE DANOS: A ALTERIDADE COMO
PARADIGMA NA RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE EM CASOS
DE USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS**

Salvador
2018

JESSICA HIND RIBEIRO COSTA

**PARA ALÉM DA REDUÇÃO DE DANOS: A ALTERIDADE COMO
PARADIGMA NA RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE EM CASOS
DE USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS**

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

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

Salvador
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C837i COSTA, Jessica Hind Ribeiro
PARA ALÉM DA REDUÇÃO DE DANOS: A ALTERIDADE COMO
PARADIGMA NA RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE EM
CASOS DE USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS. [manuscrito] /
Jessica Hind Ribeiro Costa. – Salvador, 2018.
158f.

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

1. Direito. 2. Uso abusivo de drogas. 3. Redução de Danos
4.Alteridade. I. Silva, Mônica Neves Aguiar da. II. Universidade
Federal da Bahia. III. Título.

CDU 340:616.89

JESSICA HIND RIBEIRO COSTA

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

Aprovada em 06 de abril de 2018.

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. Dr. João Glicério de Oliveira Filho
Doutor em Direito pela Universidade Federal da Bahia
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

Prof^a. Dr^a. Gabrielle Bezerra Sales
Doutora em Direito pela Universidade de Augsburg (Alemanha)
UniRitter – Laureate International Universities

*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.

Aos meus pais, em primeiro lugar, gostaria de agradecer 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.

À Prof^a. Mônica Aguiar, por constantemente ensinar através da palavra e do exemplo o que é alteridade ao longo de todo o período em que estivemos juntas.

À Prof^a. Auxiliadora Minahim e ao Prof. João Glicério, que já me orientaram ao longo da trajetória acadêmica, pelas oportunidades em que apresentaram orientações e sugestões sobre os estudos desenvolvidos, as quais compuseram e engrandeceram o presente trabalho.

As professoras Anna Amélia e Gabrielle Sales pela gentileza de aceitar o convite para compor a banca. Sou muito honrada por tê-las presentes nesse momento. Obrigada por serem expressão de amabilidade.

Ao Sávio, pelo amor, carinho e paciência constantes, principalmente nos momentos de ausência. Obrigada por tudo que passamos juntos!

Aos amigos Hugo Leonardo Soares, Víctor Miguez e Tiago Ramaciotti, por conversarem muitas vezes sobre o tema da tese e sobre tantos outros temas da vida. Vocês foram um encontro raro e tornaram-se presenças fundamentais para manter o prumo nos momentos de angústia.

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

A vocês, minha singela homenagem e meu eterno carinho.

*"É sempre bom lembrar
Que um copo vazio
Está cheio de ar.
Que o ar no copo ocupa o lugar do vinho,
Que o vinho busca ocupar o lugar da dor.
Que a dor ocupa metade da verdade,
A verdadeira natureza interior.
Uma metade cheia, uma metade vazia.
Uma metade tristeza, uma metade ale-
gria".*

Gilberto Gil

RESUMO

A presente tese se propõe a refletir acerca do tratamento conferido ao indivíduo que faz uso problemático de substâncias psicoativas, dedicando-se a examinar os modelos terapêuticos adotados para tratar os efeitos psicoquímicos associados à dependência química e as implicações decorrentes do uso nocivo, notadamente quando este se apresenta coligado à complicações sociais e sofrimentos psíquicos. Tem destaque, entre os modelos propostos no Brasil, a perspectiva de Redução de Danos, a qual apresenta estratégias mais realistas de lidar com o sujeito a partir da compreensão da sua autonomia e vulnerabilidade. O objetivo central proposto é o de construir uma possível alternativa de intervenção voltada para a compreensão, o diálogo e o acolhimento do sujeito, tendo como paradigma fundante a alteridade. A partir de uma relação humanizada e dialógica com o profissional de saúde o sujeito deve ser respeitado em sua totalidade, tornando-se ativo na escolha das etapas do tratamento e na compreensão dos riscos e danos associados ao uso. Assim, finalmente, são sugeridas algumas mudanças na formação do profissional de saúde, bem como na aplicação do tratamento voltado à abstinência, com o intuito de que o plano terapêutico construído em conjunto com o paciente atenda aos seus interesses e proteja os direitos decorrentes da sua identidade, enfrentando os riscos e danos demandados pelo indivíduo.

Palavras-chave: Alteridade. Proibicionismo. Redução de Danos. Relação médico-paciente.

ABSTRACT

The present thesis aims to develop a reflection about the way individuals with problematic use of psychoactive substances are treated. For this purpose, the thesis examines the different therapeutical models adopted in the treatment of the psychochemical effects related to chemical addiction and the consequences of the abuse of those substances, specially when it involves social and psychic implications. Among those models, the Harm Reduction Approach deserves a special attention. This approach presents more realistic strategies to deal with the individual as it parts from the understanding of the subject's autonomy and vulnerability. The main goal of this thesis is to part from an alterity paradigm to build an alternative intervention based on the understanding, the dialogue and the shelter of the individual. From a humanized and dialogical relationship with the health professionals, the individuals must be respected in their totality, participating actively in the treatment's choices and comprehending the risks and harms derived from the use of substances. By the end, the thesis suggests some changes in the health professionals' training, as well as in the treatment related to abstinence, in order to make it possible to develop along with the patient a therapeutical plan to approach the risks and harms while still being capable of addressing her/his interests and of protecting her/his identity related rights.

Keywords: Otherness. Prohibitionism. Harm Reduction. Physician-patient relationship.

RIASSUNTO

Questa tesi apre la strada alle riflessioni sul trattamento dato alla realizzazione individuo problematico l'uso di sostanze psicoattive, impegnata ad esaminare i modelli terapeutici usati per trattare effetti fisico-chimici associati con la dipendenza e le implicazioni di abuso di alcool, specialmente quando questo è legato alle complicazioni sociali e alle sofferenze psichiche. Ha caratterizzato tra i modelli proposti in Brasile, la prospettiva della riduzione del danno, che dispone di strategie più realistiche per affrontare il tema della comprensione della loro autonomia e vulnerabilità. L'obiettivo principale che si propone è quello di costruire un possibile intervento focalizzato alternativa alla comprensione, il dialogo e l'accettazione del soggetto, con la fondazione alterità paradigma. Da un rapporto umano e soddisfacente con il fornitore di assistenza sanitaria il soggetto deve essere rispettata nella sua totalità, diventando attiva nella scelta delle fasi di trattamento e la comprensione dei rischi e dei danni associati con l'uso. Così, alla fine, sono suggeriti alcuni cambiamenti nella formazione degli operatori sanitari, così come l'applicazione di un trattamento mirato astinenza, in modo che il piano di trattamento costruita in collaborazione con il paziente corrisponde ai tuoi interessi e tutelare i diritti derivanti dal loro identità, affrontando i rischi e i danni richiesti dall'individuo.

Parole chiave: Alterità. Proibizionismo. Relazione medico-paziente. Riduzione del danno.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
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
CRP	Conselho Regional de Psicologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
RD	Redução de Danos
REDUC	Rede Brasileira de 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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 O USO DE DROGAS E A REDUÇÃO DE DANOS	15
2.1 BREVE HISTÓRICO DA REDUÇÃO DE DANOS.....	17
2.2 PROPOSTAS NO BRASIL.....	22
2.3 O PROIBICIONISMO COMO ENTRAVE LEGAL.....	27
2.4 CUIDADO E VÍNCULO COMO FATORES DE PROTEÇÃO	43
3 BREVE ESTUDO SOBRE A ALTERIDADE	48
3.1 O EU, O OUTRO E A DROGA	49
3.2 CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA SOCIAL.....	52
3.3 A ALTERIDADE PARA EMMANUEL LÉVINAS.....	66
3.4 A ALTERIDADE COMO ARQUÉTIPO	70
4 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	74
4.1 A IMPORTÂNCIA DO CONSENTIMENTO INFORMADO	76
4.2 O DIÁLOGO COMO CAMINHO DE RESPEITO AO SUJEITO	84
4.3 DEBATES ACERCA DA HUMANIZAÇÃO.....	90
4.4 A RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE NOS MODELOS DE TRATAMENTO PARA O USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS	92
5 CONTRIBUIÇÕES DA ALTERIDADE PARA A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO E CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS	97
5.1 OS DIVERSOS CONTEXTOS DE USO DE DROGAS E SUAS IMPLICAÇÕES NO TRATAMENTO.....	98
5.2 COMPREENDENDO A ATENÇÃO E O CUIDADO NO MODELO REDUÇÃO DE DANOS: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DO PANORAMA PORTUGUÊS	105
5.3 A CONTRIBUIÇÃO DOS SENTIMENTOS PARA A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	111
5.4 A ALTERIDADE COMO PARADIGMA FUNDANTE DAS ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO E CUIDADO PARA PESSOAS QUE USAM DROGAS.....	126

6 CONCLUSÃO	136
REFERÊNCIAS.....	139

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende analisar e questionar o tratamento médico e jurídico conferido ao usuário de drogas no cenário brasileiro. A tarefa inicial que se propõe é a de construir um contraponto entre a autonomia individual dos usuários de drogas e o regramento proibicionista que caracteriza a vigente disciplina jurídica sobre a matéria no Brasil. Pretende-se, ainda, analisar a maneira como o sistema jurídico penal interfere na forma de tratamento escolhida para lidar com os problemas e intercorrências médicas de um possível uso disfuncional.

Afigura-se necessário, assim, repensar o tratamento médico conferido ao usuário de substâncias psicoativas, afastando-se do estigma associado àqueles que se utilizam de substâncias ilícitas para possibilitar uma atuação que possibilite o respeito à autonomia dos indivíduos. Neste sentido, destaca-se a abordagem da Redução de Danos (RD) como um viés de atenção e cuidado ao sujeito, na qual o tratamento é construído a partir do diálogo e da vontade da pessoa.

Ocorre que, por vezes, a Redução de Danos, apesar de merecer destaque como estratégia de tratamento, também se utiliza de mecanismos voltados exclusivamente para a diminuição do consumo, ou acaba se desenvolvendo apenas com a intenção de mitigar um determinado risco ou agravo associado à substância, sem questionar, pois, o papel conferido à droga na vida do sujeito, a qual pode funcionar, inclusive como alicerce da sua identidade.

Assim, a hipótese básica da presente tese é a de que o tratamento conferido pelo agente de saúde ao usuário deve ter como paradigma fundante a análise do sujeito, a partir de uma abordagem holística que compreenda outros fatores que atuam como proteção ou como agravamento da situação de vulnerabilidade enfrentada pela pessoa que faz uso de drogas. A partir disso, é possível construir uma estratégia que seja adequada e capaz de viabilizar a proteção e a amenização do sofrimento, além de possibilitar o empoderamento do sujeito para que este possa perseguir a utilização da substância a partir de um cenário não problemático ou, se assim desejar, abster-se.

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 construir um modelo de relação profissional-paciente considerando a premissa da aplicação do tratamento médico à luz da alteridade, o que perpassa necessariamente o viés jurídico e proibicionista conferido ao uso de drogas. Estas inovações se coadunam com o tipo de pesquisa jurídico-projetivo, também chamado de jurídico-prospectivo, o qual parte de premissas e condições (pre)existentes para determinar tendências futuras que visem a solução de questões em aberto no cenário atual.

A técnica central desenvolvida neste trabalho é bibliográfica, a qual se estrutura por meio do levantamento da produção científica sobre o tema para a consequente revisão de literatura associado a um levantamento normativo e jurisprudencial, cuja seleção se fez tomando por base o viés proibicionista que perpassa as políticas públicas sobre drogas com a intenção de compreender as suas consequências no âmbito da saúde.

Atualmente, os tratamentos para a dependência química se apresentam a partir de diversas abordagens, dentre as quais se destacam os tratamentos de abordagem reducionista e a estratégia de redução de danos, a qual vem sendo utilizada no Brasil desde o final do séc. XX, apresentando, inclusive, resultados efetivos sob o ponto de vista médico.

A redução de danos 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 a abstinência seria o único modelo adequado e eficiente de tratamento da dependência química, e segundo, pela interferência da proibição do consumo e do estigma associado ao ato ilícito, o que vai refletir na construção da identidade do indivíduo e, consequentemente, na forma como convive e interage em sociedade.

É provável que uma forma mais efetiva de lidar com o uso abusivo e problemático de substâncias seria a partir de uma escolha autônoma do agente, o que nem sempre se apresenta como possível. Quando este procura o tratamento de forma livre, deve ser, pois, recebido e compreendido a partir de uma relação

humanizada, a qual parte da premissa de respeito ao sujeito. Este trabalho debruça-se sobre a possibilidade de alargar o conceito de relação humanizada com o profissional de saúde para possibilitar uma relação construída a partir do viés da alteridade.

O presente trabalho examina o problema da disposição sobre o próprio corpo, no que se refere ao tratamento dos problemas associados ao uso de drogas e inerentes no estado de dependência química à luz dos pilares do Direito, da Bioética, da Medicina, da Psicologia e da Filosofia, ciente da impossibilidade de abrangê-los em sua inteireza. Nesta perspectiva, são adotados como marcos teóricos, especificamente relacionados à alteridade, que visam construir uma estratégia específica para o grupo abordado: Erving Goffman (1982), para abordar as questões de estigma e identidade social; Sandra Jovchelovitch (1998;2003), para conceituação e abordagem da alteridade à luz da Psicologia Social; a ideia de responsabilidade pelo outro encampada por Emmanuel Lévinas (1993;2014); e, por fim, o arquétipo da alteridade, idealizado por Carlos Amadeu Byngthon (2015;2017) como alicerce da Psicologia Simbólica Junguiana.

Com suporte nas referidas premissas, 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 da partida da investigação, da abordagem metodológica escolhida e das principais ideias abordadas, o plano de trabalho desenvolvido para a realização deste estudo traz, como possível aporte, algumas considerações sobre a educação como forma de aprimoramento do profissional de saúde voltado a uma aplicação mais adequada do tratamento conferido ao paciente, na esperança de contribuir para a construção das soluções que se esperam no âmbito do uso de drogas, o que se imagina que deve ser alcançado a partir da alteridade como paradigma fundante de atenção e cuidado.

2 O USO DE DROGAS E A REDUÇÃO DE DANOS

As drogas são substâncias naturais ou sintéticas que, ao penetrarem no organismo humano alteram algumas das suas funções, sendo o seu consumo provocado pela vontade de transformar o estado de consciência, com intuitos diversos, que vão desde a experiência religiosa, passando pelo abrandamento do sofrimento, até a busca da cura para as doenças que acometem o corpo e o espírito humano.

As substâncias, quando modificam o estado de consciência, de humor ou o sentimento das pessoas, passam a ser designadas como “substâncias psicoativas”. Assim, os seus efeitos recaem sobre atividade psíquica ou mental, o que geralmente está associado a mudanças de comportamento, as quais decorrem da ação sobre o sistema nervoso central.

Importante destacar que, não obstante a grande amplitude conceitual apresentada, o termo “droga”, historicamente, vem sendo utilizado para referenciar especialmente três tipos principais de substâncias que se apresentam como alvos privilegiados do paradigma proibicionista: os opiláceos, os estimulantes e os canabinóides, representados, respectivamente, pela heroína, cocaína e maconha. Foi, portanto, a esse conjunto de substâncias que o termo “droga” passou a ser aplicado, integrando a linguagem comum e definindo os contornos de práticas sociais e de saúde¹.

No presente trabalho, o termo droga aparece, de forma majoritária, associado às substâncias ilícitas. Assim, a concepção mais abrangente da aceção droga, a qual inclui as substâncias recreativas lícitas (tais como o álcool e o cigarro), bem como os fármacos prescritos para a cura das enfermidades físicas, será desconsiderada para possibilitar a compreensão das substâncias que costumam estar associadas aos problemas médicos e culturais, as quais, conforme se verá adiante, são rejeitadas a partir de preocupação que culminou com a criminalização do uso.

Apesar da noção de preconceito associada ao uso de drogas, que desconsidera a liberdade de escolha do usuário, é indiscutível que, em algumas

¹ QUEIROZ, Isabela Saraiva de; JARDIM, Ôni Márcia; ALVES, Mariana Gonçalves de Deus. “Escuta no pátio”: cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. In: **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, set-dez, 2016. p. 653.

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.

Assim, importante considerar, que apesar de existirem diferentes tipos de relações entres indivíduos e substâncias, e da maioria dos usuários serem socialmente integrados², ou não-dependentes, as autoridades competentes optaram por proibir qualquer uso de drogas como sendo a solução para os (futuros) problemas que essa conduta poderia provocar, adotando uma postura proibicionista. Isto porque, a proibição, a partir da norma imperativa, apresenta uma forma mais fácil de controle, o qual é exercido de forma coletiva em detrimento de uma análise casuística que considera outros fatores individuais.

Além disso, disseminou-se, entre a população dos países que adotaram a prática da proibição, um discurso arraigado de “medo” que, por vezes, mitifica e alardeia a questão das drogas, visando prevenir o uso a partir de relatos, reportagens e políticas públicas que retratam o usuário de drogas muitas vezes como um indivíduo fraco e subjogado que se deixou dominar pela substância.

Apesar das substâncias psicoativas terem potencial para causar a dependência, seja ela química ou psicológica, é fundamental reconhecer que os indivíduos têm um papel ativo na busca pelo uso dessas substâncias, e a política proibicionista opera justamente na negação desse papel, apresentando o usuário como uma figura vitimizada, passivamente manipulado pelos traficantes ou pelas “más influências”, os quais acabaram por sucumbir frente ao poderio das substâncias psicoativas.

Esta generalização é perigosa, principalmente por dar azo a um forte controle do Estado e dos que se relacionam com algum usuário/dependente sobre a relação que este tem com a droga. Isto porque, o pânico social referente às drogas e a falta

² Levantamento realizado no Brasil em 2005 demonstrou que a prevalência de entrevistados classificados como dependentes de álcool alcançou 12,3%, sendo a substância com um maior número de adictos, seguido pelo tabaco, cuja porcentagem se limita a 10,1%, sendo essas as substâncias que apresentam maior número de indivíduos com padrões disfuncionais, o que significa que todas as demais substâncias apresentam porcentagens de indivíduos em outros níveis de uso em patamar maior do que 90% do grupo pesquisado. (II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006., p 387 e seg). Esses números se apresentam extremamente baixos quando o estudo apresenta como objeto substâncias mais agressivas, tais como o crack, o qual apresentou a incidência de consumo regular correspondente a uma proporção de, aproximadamente, 0,81% nas capitais do país. (BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014, p. 134)

de informação que permeia o tema faz com que seja disseminada a noção que o mero uso ocasional ou regular seria o suficiente para desencadear uma internação ou a necessidade de se adotar tipo de tratamento abstêmio. Além disso, considerando os tipos penais previstos na Lei 11.343/06, alguns dos comportamentos inerentes ao uso são suficientes para que estes indivíduos sejam considerados “criminosos”, o que permite outra forma de controle, a repressão policial, inclusive passível de pena privativa de liberdade.

Importante ressaltar no âmbito do tratamento para o dependente químico, que a abstinência é apenas uma entre muitas formas de lidar com o uso de drogas, e não tem se mostrado a mais eficiente. Estratégias mais realistas para lidar com esses usos têm sido desenvolvidas a partir da abordagem de redução de danos. Nessa perspectiva o foco não é necessariamente a redução ou eliminação do consumo, e sim a redução de possíveis consequências negativas que esse uso possa causar a partir de intervenções de caráter informativo e preventivo. Tais intervenções aproximam os usuários dos agentes de saúde afirmando-os enquanto cidadãos com direito à saúde, e não os negando ou proibindo de existirem, mas admitindo que existem e que são da forma como são.

2.1 BREVE HISTÓRICO DA REDUÇÃO DE DANOS

A partir da observação da falência do modelo abstínente como única opção possível ao uso de drogas, foram desenvolvidas novas táticas mais realistas para lidar com o uso problemático/abusivo a partir da abordagem de redução de danos (RD). Isto porque, "o campo clínico das toxicomanias apresenta-nos uma gama variada de ofertas de tratamento que, em sua maioria, partem do princípio da abstinência, o que torna suas propostas ineficazes na maior parte dos casos."³

Não é submetendo o ser humano a imposição de que seja “abstêmio por natureza” que solucionar-se-á o problema. A abordagem de redução de danos está muito mais próxima da visão atual que a ciência tem do uso de droga do que a abordagem proibicionista, ou seja, reconhecendo que, enquanto práticas sociais, dependem muito mais das estruturas e das configurações existentes na sociedade

³ QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**. v. 21 n. 4. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002#ast1b>. Acesso em: 10 nov. 2014.

onde são empregadas do que da ação farmacológica de uma substância.

Apesar dos malefícios para o organismo, não se pode deixar de reconhecer que a gama de drogas está longe de esgotar-se. O Relatório Mundial Sobre Drogas⁴, 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, não se apresenta como alternativa razoável imaginar um mundo sem elas. A alternativa é instruir sobre o seu emprego correto, semeando o conhecimento⁵ e rompendo com a ideia de que a única forma de lidar com as substâncias psicoativas seria um completo afastamento.

Assim, o reducionismo farmacológico que inspirou os primeiros estudos sobre o tema ainda é o paradigma que determina o tom das políticas e legislações sobre drogas, mas assim como as práticas de intervenção no campo têm mudado nessa área, o recente florescimento da redução de danos aponta para o fortalecimento dessas interpretações sobre uso de drogas que privilegiam os aspectos socioculturais do consumo.

A partir disso, pode-se concluir que a RD deve ser compreendida enquanto uma estratégia política de saúde pública que surge diante da impossibilidade de uma sociedade sem substâncias que alterem de alguma forma a consciência, apresentando-se como uma forma pragmática para lidar com aqueles sujeitos que estão em situação de risco ou sofrimento em decorrência do seu uso⁶.

A proposta de redução de danos aceita que algumas pessoas, tal como sempre fizeram, irão continuar a ingerir drogas. Não se pretende aqui compreender que todos os indivíduos dentro da sociedade irão recorrer ao uso de substâncias psicoativas, no entanto, um estudo histórico e antropológico confirma que alguns grupos ou alguns sujeitos inseridos na coletividade irão recorrer, por diversos

⁴ 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.

⁵ ESCOHOTADO, Antônio. **História elementar das drogas**. Lisboa: Antígona, 2004, p. 20.

⁶ 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.

motivos, a experiências de alteração de consciência. A partir da aceitação dessa realidade, estratégias de RD tentam minimizar os danos eventualmente provocados para o sujeito e para a sociedade, bem como o estigma associado ao uso⁷, assegurando assim, um tratamento digno que respeita os direitos humanos fundamentais do cidadão

A Redução de Danos ainda implica numa série de dificuldades teóricas e pragmáticas, uma vez que consiste em uma política e um conjunto de práticas em processo de implantação e consolidação na rede, muitas vezes distorcida pelos preconceitos que incidem na temática do uso de drogas e do cuidado em saúde às pessoas que fazem uso de drogas. No entanto, juntamente com o Acompanhamento Terapêutico, a Redução de Danos ocupa um lugar importante no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira e das políticas de atenção primária em saúde, pois surge como forma de enfrentamento das dificuldades de acesso ao cuidado em saúde de qualidade, considerando a singularidade de cada caso e garantindo os direitos fundamentais do cidadão⁸.

Na contramão das abordagens que enxergam o usuário pelo viés patológico surge a Redução de Danos, como uma proposta de analisar o uso de drogas por um outro prisma, considerando a dinâmica relacional entre sujeito, droga e meio sociocultural, militando por uma representação do usuário que rompe com a ideia de que o sujeito que faz uso de drogas seria marginal ou portador de uma psicopatologia, e levando em consideração o tipo de uso, de usuários, de locais, e de relações com a substância para determinar se o uso é (ou não) problemático⁹.

“Constitui, na realidade, uma abordagem inteiramente inovadora que, em oposição às estratégias de redução da oferta, trabalha com a premissa de que o indivíduo (...) é capaz de empreender ações de autocuidado e prevenção”¹⁰ mesmo diante de um quadro de uso/abuso de drogas. A capacitação para o autocuidado se apresenta com maior ou menor destaque nas práticas relacionadas a redução de danos, as quais possibilitam um empoderamento psicológico que combina

⁷ O'HARE, Pat. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (org.). **Drogas e AIDS: Estratégias de Redução de Danos**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994, p. 67

⁸ SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado da. Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis. **Revista NUFEN**, v. 8, n. 1. Belém, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912016000100008>.

⁹ SANTOS, Valcleiton Bispo; MIRANDA, Marlene. Projetos/Programas de Redução de danos no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5. Salvador, 2016, p. 108.

¹⁰ DESLANDES, Suely F. Drogas e vulnerabilidades às violências. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edenilson Ramos de. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 256.

informações em saúde e controle dos próprios hábitos de vida¹¹.

A autonomia do indivíduo, visando a sua responsabilidade e decisão no gerenciamento do consumo de forma menos prejudicial, é o pilar do tratamento implementado pelos chamados redutores de danos¹², os quais são capacitados para dialogar com o usuário em busca de um avanço na sua situação de vulnerabilidade e possível sofrimento.

“Os projetos de redução de danos fixam como requisito da intervenção o reconhecimento do envolvido com drogas, usuário ou dependente, como sujeito com capacidade de diálogo, ou seja, dotado dos atributos da fala e da escuta.”¹³ O elemento-base desta proposta é justamente o diálogo entre os agentes, cuja finalidade é chegar a um consenso no qual os interesses do paciente sejam respeitados, na medida em que o usuário opta por adequar o seu uso às sugestões que lhe são apresentadas, mitigando, a partir de uma decisão autônoma, os riscos e danos do seu uso nocivo¹⁴.

A redução de danos trata do manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles. Desse modo, o importante não é se determinado comportamento é bom ou ruim, certo ou errado. Na redução de danos, a ênfase é se o comportamento é seguro ou inseguro, favorável ou desfavorável. A redução de danos centra-se no que funciona (pragmatismo) e no que ajuda (empatia e solidariedade).¹⁵

A RD, enquanto política, não apresenta, necessariamente, estratégias focadas na redução de oferta e de demanda, buscando oferecer um tratamento no qual a finalidade não é a abstinência, e sim o autocuidado, perpassando pela garantia do direito ao acesso à serviços de saúde e de assistência disponíveis, os quais são

¹¹ KIND, Luciana; FERREIRA NETO, João Leite; AZEVEDO, Natália Silva; ABRANTES, Tatiane Marque. Promoção da saúde e práticas grupais. In: MOYORGA, Claudia; RASERA, Emerson; PEREIRA, Maristela (orgs.). **Psicologia Social: sobre desigualdades e encontros**. Curitiba: Juruá, 2014, p. 227.

¹² 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.

¹³ CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil** (estudo criminológico e dogmático). 4 Ed. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 282

¹⁴ 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

¹⁵ QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**. v. 21 n. 4. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002#ast1b>.

necessários para alcançar os resultados esperados pelos sujeitos¹⁶.

Assim, a questão da supressão do consumo de substâncias depende, decididamente, da pessoa que faz uso, por meio do diálogo contínuo e constante com o agente de saúde, a fim de estabelecer uma proposta que seja viável para o sujeito, caso este demonstre vontade de reduzir riscos e danos associados ao seu padrão de uso¹⁷.

A abordagem de redução de danos é, assim, 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. O princípio fundamental que a orienta é o respeito à liberdade de escolha, pois muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo assim, desejam ter os riscos decorrentes do seu uso minimizados¹⁸.

A política proibicionista encontrou, em meados da década de 80, um grande desafio: a disseminação do vírus HIV a partir do uso de heroína injetada. A redução de danos, que sempre existiu, mas que não tinha a aplicação usual, cedeu lugar a uma necessidade de repensar as políticas de drogas, tendo em vista que, ao contrário das outras mazelas que acometiam apenas os indivíduos que usavam a substância, agora o “inimigo” poderia alcançar uma série de outros grupos, o que fomentou a sua aplicação, inclusive no Brasil, conforme será demonstrado no tópico seguinte.

Em 2003, por sua vez, o panorama proibicionista, no âmbito da atenção e cuidado ao usuário/dependente, 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 outras Drogas”¹⁹, incorporando a RD como marco teórico-político da Lei de Drogas,

¹⁶ SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado da. Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis. **Revista NUFEN**, v. 8, n. 1. Belém, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912016000100008>.

¹⁷ ALVES, D. C. Políticas públicas sobre drogas: situação atual, desafios e perspectivas. In: **Álcool e Outras Drogas**, Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRPSP, 2011, p. 104.

¹⁸ QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**. v. 21, n. 4. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002#ast1b>.

¹⁹ “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”

o que será avaliado mais adiante como uma possível contradição existente na norma ao proibir o uso e, ao mesmo tempo, possibilitar um tratamento cuja premissa não é a abstinência, relegando o usuário em tratamento a condição de ilicitude.

2.2 PROPOSTAS NO BRASIL

A preocupação com a contaminação do vírus HIV fez com que fosse desenvolvida uma política de distribuição e troca de seringas, com o fim de conter e prevenir a disseminação. Esta medida ficou atrelada umbilicalmente à ideia de redução, de forma que até hoje existe um reducionismo que confunde a política de redução com essas medidas, as quais chegaram no Brasil por volta de 1990.

Tendo em vista essas questões e seguindo umas das tendências mundiais de enfrentamento da epidemia entre usuários de drogas injetáveis, no Brasil, a partir de 1996, surgiram os Programas de Redução de Danos, que visam, principalmente através das trocas de seringas, reduzir a incidência de casos de AIDS entre essa população. Associado a isso, esses programas também propõem para os usuários formas de aplicação mais seguras e higiênicas a fim de evitar as possíveis complicações decorrentes do uso de drogas²⁰.

A força política da Redução de Danos foi se intensificando ainda mais ao longo dos anos 90 com as conferências mundiais de redutores de danos, realizadas, periodicamente, em diversos países. Em 1997 surge a ABORDA - Associação Brasileira de Redutores de Danos e em 1998 surge a REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos. Acompanhando estes programas, várias leis foram sancionadas para legitimar a prática da redução de danos em vários estados e municípios²¹.

A partir de 2000, com a abordagem instituída pela "Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas", na qual se assumiu o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e drogas a partir de novas formas de tratamento, incluindo a RD, foi inaugurado um novo paradigma de atenção e cuidado que visava fomentar a autonomia e a redução de riscos e danos inerentes ao abuso de drogas.

²⁰ PICCOLO, Fernanda Delvalhas; KNAUTH, Daniel Riva. Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos. **Horiz. antropol.** v. 8 n.17. Porto Alegre June 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100007>.

²¹ FONSECA, Cícero José Barbosa da. Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma proposta ética. **Revista Psicologia & Saberes**, v.1, n. 1, 2012, p. 14.

Neste sentido, a própria Lei 11.343, instituída em 2006, conhecida como 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 incentiva a estruturação de uma rede de atenção integral ao dependente químico.

Nesta modalidade de atenção ao usuário, a referida lei determina a sua inclusão social a partir da redução de comportamentos de risco, mitigando a sua vulnerabilidade (art. 5º, I) bem como prevendo, 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 conscientização”²², preconizando a diversidade de abordagens nas intervenções de cuidado e fomentando o movimento de redução de danos. Ocorre que, a alteração legislativa, apesar de se configurar como um importante passo, não esgota a necessidade de constante aprimoramento, o que perpassa a relação entre os agentes de saúde e os sujeitos que usam drogas.

É interessante destacar que, considerando o controle e o sucesso da experiência com a RD, voltada para o tratamento da AIDS a partir do foco nas substâncias injetáveis, novos programas de redução surgiram e visando abarcar outras drogas. Assim, o crack, que se destacou nos últimos anos pelo número de informações sobre ele veiculadas, passou a despontar como principal foco de atenção dos redutores. Observou-se que “de 2004 até os dias atuais, houve uma mudança: a AIDS deixa de ser o foco da redução e o crack assume este lugar, incluindo-se na perspectiva da saúde mental”²³.

Neste sentido, a proposta mais ampla e consolidada de implementação da

²² ELIAS, Lucília de Almeida Elias; BASTOS, Francisco Inácio 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**, v. 16, n. 12, Rio de Janeiro, Dec. 2011, p. 4722.

²³ FONSECA, Cícero José Barbosa da. Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma proposta ética. **Revista Psicologia & Saberes**, 2012, p. 15.

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 à cracolândia, alimentação e trabalho (de baixa exigência) para os dependentes, pagando a quantia de quinze reais por dia, geralmente pela varrição de ruas²⁴. Assim, os dependentes passaram a dedicar seu tempo a outras atividades que não o uso de droga e o abrandamento das intempéries decorrentes da vida na rua, mitigando os danos decorrentes do padrão de vida que alia dependência química em situação de rua.

A crítica que se faz ao programa é sobre o privilégio conferido ao número de sujeitos acolhidos pelo Município, privilegiando, assim, pequenos ganhos para muitos, ao invés de condições mais dignas decorrentes de ganhos maiores a uma quantidade menor de indivíduos. Essa crítica vinha sendo incorporada ao programa desde 2014²⁵, no entanto, atualmente, o cenário político e social paulista não tem possibilitado observar grandes avanços no panorama antigo, diminuindo tanto o número de acessos quanto o número de benefícios apresentados aos adeptos.

Algumas outras estratégias de redução de danos se aplicam, por exemplo, 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 material²⁶.

Assim como diferentes abordagens propõem ações direcionadas ao consumo nos territórios de festas e festivais de música eletrônica, os quais além de dar atenção e, eventualmente, cuidado aos usuários, se concentram em info-stands que se destinam à distribuição de preservativos, realização de testes “de pureza” de algumas substâncias, entrega de material como canudos para inalação e base de alumínio para o uso de cocaína e, principalmente, mantendo franco diálogo com os

²⁴ 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/opiniao/2014/12/1567423-programa-anticrack-de-bracos-abertos-da-prefeitura-de-sao-paulo-tem-tido-exito-sim.shtml>>. Acesso em: 03 jan 2015.

²⁵ ALVES, Ygor Diego Delgado. **Jamais fomos Zumbis**: contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo. Salvador: Edufba, 2017, p. 227.

²⁶ 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 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. 214.

usuários para que eles aprofundem o conhecimento e se informem acerca dos riscos e cautelas a serem adotadas²⁷.

Apesar de estarem relacionadas geralmente a abordagens de distribuição de seringas, cachimbos e apetrechos utilizados no uso, pelo que é por vezes confundida e acusada de apologia ao uso de drogas ou por, supostamente, afrontarem o art. 34 da Lei 11.343/06²⁸, resta claro que as abordagens não se resumem apenas a estas intervenções. Inclusive, não há que se falar em apologia ao uso de drogas tendo em vista que não existe qualquer incentivo no momento da distribuição dos objetos, sendo a entrega, em regra, acompanhada dos esclarecimentos acerca dos riscos relacionados ao consumo e das formas de mitigação de alguns deles a partir de uma conduta que leve em conta alguns cuidados como o não compartilhamento de objetos que podem transmitir fluidos corporais, tais como cachimbos e piteiras.

Assim, embora as políticas de redução de danos tenham inicialmente se destacado a partir da distribuição de agulhas para usuários de drogas injetáveis, como estratégia para prevenir a transmissão do vírus da AIDS, não é limitado apenas a isso.

O Sistema ONU também afirma, por meio do documento (Posição Oficial do Sistema das Nações Unidas, Prevenção da Transmissão do HIV entre Usuários de Drogas - 2000), que os benefícios dos programas de redução de danos aumentam consideravelmente quando vão além da troca de seringas e incluem educação quanto à Aids, o aconselhamento e o encaminhamento para uma variedade de opções de tratamento, referindo-se às várias opções de tratamento da dependência química²⁹.

A informação funciona também como estratégia fundamental para prevenir e reduzir danos e deve ser utilizada para ampliar as informações dos usuários e, também, daqueles não usuários, visando assim alertá-los acerca dos pormenores ligados ao uso e, conseqüentemente, mitigar o estigma e a discriminação presente

²⁷ GUIMARÃES, Andrade Marcelo; MACRAE, Edward; ALVES, Wagner Coutinho. Coletivo Balance de Redução de Riscos e Danos: ações globais em festas e festivais de música eletrônica no Brasil (2006-2010). In: NERY FILHO, Antônio (org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, p. 112/114.

²⁸ Art. 34. Fabricar, adquirir, utilizar, transportar, oferecer, vender, distribuir, entregar a qualquer título, possuir, guardar ou fornecer, ainda que gratuitamente, maquinário, aparelho, instrumento ou qualquer objeto destinado à fabricação, preparação, produção ou transformação de drogas, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

²⁹ DELBON, Fabiana; ROS, Vera DA; FERREIRA, Elza Maria Alves. Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 01, São Paulo, Jan./Apr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902006000100005&script=sci_arttext>.

no meio social, sendo assim uma estratégia abrangente e ilimitada, que pode ser utilizada livremente, inclusive nos espaços públicos.

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 concretize uma política ampla e bem conduzida neste sentido³⁰ se apresenta como desafio 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 os principais entraves 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 país, num campo em que ainda existe um vasto caminho a se percorrer³¹.

Além disso, não é necessário 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) associação³².

Neste sentido, considerando as diferentes propostas e alcances da RD, importante analisar as incongruências da Lei 11.343/06 quanto à contradição existente entre a previsão da redução de danos, como objetivo e como atividade de atenção ao dependente químico (arts. 19, VI, e 20), e, concomitantemente, a criminalização de condutas inerentes ao tratamento terapêutico destes pacientes (arts. 28 e 33, § 3º), o que gera uma dificuldade de efetuar o tratamento a partir da

³⁰ 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. 31

³¹ 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.

³² 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 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.

RD de forma coerente, sem expor o paciente a uma situação limítrofe de “ilegalidade”.

É importante reconhecer que se trata de duas posturas antagônicas assumidas pelo governo, por um lado luta-se por uma estratégia de cuidado com base na redução de danos, por outro define a repressão do uso a partir de uma política proibicionista que acaba por afastar as pessoas que usam drogas das unidades de saúde, alimentando o estigma social do usuário de drogas como criminoso ou doente³³, conforme se verá em momento oportuno.

Para a compreensão do panorama legal que interfere no tratamento, será desenvolvido o estudo do fenômeno do proibicionismo, o qual confirma a compreensão atual de uso de drogas como fenômeno proibido e destoante da normalidade, interferindo, não apenas na percepção que o indivíduo tem de si, mas, principalmente, na forma como é enxergado pela sociedade, ora como doente, ora como criminoso.

2.3 O PROIBICIONISMO COMO ENTRAVE LEGAL

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 comportamento³⁴.

Conforme já foi dito, o termo drogas, em sua acepção genérica, inclui substâncias naturais e sintéticas que alteram as variadas funções do organismo. Assim, enquanto o vocábulo droga apresenta, em sentido mais largo, a abrangência de uma série de 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 funcionamento dos diversos órgãos do corpo humano, enquanto os psicotrópicos

³³ PORTELA, Ana Luiza; GOLDIM, José Roberto. Pressões sociais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba: CRV, 2017, p. 211.

³⁴ 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.

atuam no sistema nervoso central³⁵.

O termo droga, tecnicamente, pode ser utilizado, inclusive, em referência às substâncias naturais, como por exemplo o café e o açúcar, bem como aos fármacos prescritos pelos médicos e também às substâncias ilícitas, as quais costumam estar mais vinculadas ao referido termo, pelo que se optou por utilizar essa nomenclatura no presente trabalho.

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”³⁶. A escolha do uso de uma determinada substância se configura como “uma opção consciente por algo que seu autor saiba que faz mal, mas que traz outros benefícios ou prazeres que lhe são agregados”³⁷

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 ao foro interno de cada usuário que incumbe decidir o modo de uso, sendo do ser humano, e de modo nenhum das drogas, que depende o remediar ou estragar³⁸.

O uso e abuso das drogas não é exclusivo do presente 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, no século XX as drogas se tornaram problema psicossocial, seja pela “guerra às drogas”, seja pela efetiva disseminação problemática do uso. O que fez com que a sociedade (mundial) refletisse em busca de soluções que amenizassem os efeitos do crescimento

³⁵ 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.

³⁶ 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.

³⁷ TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Saúde, corpo e autonomia privada**. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p. 332.

³⁸ ESCOHOTADO, Antônio. **História elementar das drogas**. Lisboa: Antígona, 2004, p. 20.

incontrolável³⁹.

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, conforme se perceberá a partir dos eventos históricos abaixo elencados.

Nas palavras de Thiago Rodrigues, grande parte das “drogas psicoativas que hoje são negociadas por traficantes e consumidas à margem da lei sequer era regulamentada, quanto mais proibida, o que significa que não havia ainda a definição da “questão das drogas” como um problema”⁴⁰.

Muitas das drogas atualmente proibidas eram vendidas nas “farmácias” como remédios, algumas não apresentavam sequer a necessidade de prévia consulta ao médico, como por exemplo os drops 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).

A partir da observação de que uma série de substâncias com potencial curativo, vendidas nos referidos estabelecimentos, passaram a apresentar um uso abusivo e disfuncional, ensejando, em alguns casos, a dependência química ou psíquica, foi preciso alterar a forma de acesso às substâncias. Iniciou-se então uma preocupação com as substâncias que poderiam ser livremente acessadas, com a intenção de coibir as consequências negativas advindas de um uso problemático.

As distinções entre drogas e medicamentos surgem no início do século XX, quando se recrudescer a postura de repressão do uso de substâncias psicoativas. Descobertas acerca dos malefícios e dos efeitos indesejados de algumas substâncias desencadearam a proibição⁴¹. Nos experimentos utilizando a morfina, por

³⁹ 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.

⁴⁰ RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico e Militarização nas Américas: vício de guerra. **Revista Contexto Internacional**, v. 34, n. 1, jan/jun 2012, p. 09.

⁴¹ 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.

exemplo, muitos pacientes morriam em decorrência do desconhecimento da mecânica anestésica, o que demonstrava a necessidade de maior regulação das substâncias em virtude das graves consequências que poderiam provocar, notadamente num período histórico que não havia domínio da informação acerca dos tipos e quantidades de uso que desencadeavam as complicações.

Ademais, as drogas livremente vendidas nas “drogarias” passaram a apresentar um “efeito colateral” previsível: a dependência. Após a morte de Freud, sua filha divulgou uma série de estudos do pai sobre os efeitos da cocaína⁴². Além de várias aplicações médicas como enjôos marítimos e hidrofobia, Freud dedicou sua pesquisa a comprovar que a cocaína seria uma substância com excelentes efeitos antidepressivos e estimulantes, para pacientes com quadros de extrema fadiga. No entanto, com o passar do tempo, foram percebidos também os malefícios da substância.

As drogas que inicialmente se estabeleceram enquanto remédios destinados a sanar algum tipo de desequilíbrio psíquico, tal como a cocaína prescrita por Freud como antidepressivo, muitas vezes originava um quadro psicopatológico que se apresentava de forma cada vez mais frequente: a toxicomania. Este é – irônica e paradoxalmente – uma espécie de “efeito colateral” do feitiço das drogas mágicas, que podem se voltar contra o feiticeiro⁴³.

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 “remédios”, iniciaram-se os questionamentos acerca da utilização livre dessas substâncias⁴⁴. A partir de então, a vasta gama de produtos utilizados pela medicina, inclusive sem receituário, tornou-se um problema.

Preocupados com o uso disfuncional das substâncias psicoativas, vários países se reuniram na Conferência de 1911 e popularmente conhecida como a “Convenção do Ópio”, a qual originou a Primeira Convenção Internacional do Ópio, responsável por inaugurar a regulamentação da produção e a comercialização de mor-

⁴² BYCK, Robert, (Editor with notations by Anna Freud), Cocaine Papers by Sigmund Freud, Stonehill, 1974.

⁴³ GURFINKEL, Décio. O episódio de Freud com a cocaína: o médico e o monstro. **Revista Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 3, setembro 2008, p. 424.

⁴⁴ 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.

fina, heroína e cocaína. No entanto, sua execução foi prejudicada em sua execução pela Primeira Guerra Mundial, entrando em vigor apenas em 1921⁴⁵.

A partir de então, a recriminação do “uso recreativo” e a defesa estrita do “uso médico” passaram a ser o centro das discussões entre médicos e autoridades sanitárias nos Estados Unidos e em outros países do mundo, fomentando o argumento de que psicoativos como o ópio e a morfina alimentavam um problema de saúde pública que precisava ser enfrentado pela via do controle e repressão do consumo⁴⁶.

Em 16 de janeiro de 1919 era ratificada a 18ª Emenda à Constituição americana, com a seguinte previsão: "Nenhuma pessoa poderá (...) fabricar, vender, trocar, transportar, importar, exportar, distribuir, entregar ou possuir qualquer bebida intoxicante, exceto aquelas autorizadas por este ato."

Para começar, cabe lembrar que o crime organizado foi acentuado com a política de proibição de drogas. Esse fato pode ser constatado antes mesmo da Convenção Única da ONU, em 1961, pois eram notáveis os impactos negativos no efeito da Lei Seca nos Estados Unidos, aprovada em 1920. Após essa medida, 170 mil botequins foram encerrados e todo o estoque de bebidas alcoólicas foi descartado. Inicialmente, o proibicionismo teve apoio de grande parte da população estadunidense, conforme mostram as iniciativas anteriores e os resultados eleitorais posteriores à aprovação da lei⁴¹. Entretanto, o proibicionismo acarretou o aumento do número de homicídios, de prisões, de casos de corrupção e de fortalecimento da máfia⁴⁷.

Com a proibição, ao contrário do que era esperado com a edição da norma, vários problemas se agravaram. Como consequência da proibição a qualidade das bebidas decaiu, o preço das substâncias disparou, o consumo aumentou e, principalmente, os grupos de traficantes de bebidas se organizaram muito, proliferando os gângsteres e a corrupção policial.

“Em vigor por 13 anos, a 18ª Emenda ou a Lei Seca tornou-se o pior fracasso legislativo da história americana. Ao invés da prometida diminuição da criminalidade, a Lei Seca viu a corrupção explodir e a máfia enriquecer vertiginosamente”⁴⁸. A proibição vigorou até 1933 e deixou como legado um problema muito maior do que o próprio consumo.

⁴⁵ Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo. Disponível em: <<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/convenc.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

⁴⁶ RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico e Militarização nas Américas: vício de guerra. **Revista Contexto Internacional**, v. 34, n. 1, jan/jun, 2012, p. 10.

⁴⁷ SOUZA, Taciana Santos de. **A economia das drogas em uma abordagem heterodoxa**. Dissertação. Universidade Estadual de Campinas, 2015, p. 43-44.

⁴⁸ BYINGTON, Carlos Amadeu Botelho. **Psicopatologia simbólica junguiana: um estudo do mal e da ameaça de autodestruição da nossa espécie**. 2 Ed. São Paulo: Edição do autor, 2017, p. 170.

O crescimento da demanda, a facilitação da circulação de produtos e pessoas com as inovações tecnológicas e dos meios de transporte no pós-1945, além do incentivo ao tráfico propiciado pelos lucros auferidos na ilegalidade, dinamizaram os fluxos de drogas ilícitas, internacionalizando o problema. Assim, a partir dos anos 1950, emergiu um mercado ilícito de dimensões transterritoriais demonstrando que os esforços para enrijecer o proibicionismo acabou se transformando em impulso para aquilo que se queria exterminar⁴⁹.

Nas décadas seguintes, a política proibicionista se expandiu no mundo, aumentando o número de substâncias proibidas e recrudescendo as posturas e as medidas repressivas. Os Estados Unidos passaram a ver como inimigo não apenas os traficantes, mas também os países produtores, instaurando o que o presidente Richard Nixon veio a público anunciar, em 1972, como “Guerra às Drogas”.

A postura estadunidense toma a forma de combate direto às drogas ilícitas com Nixon, o que significava a identificação por parte do governo dos Estados Unidos de países produtores e países consumidores dessas substâncias. A distinção identificava os países produtores como verdadeiros agressores. Nesse quadro binário, tão próprio das políticas estadunidenses, o sudeste asiático se encarregava da heroína, assim como México e o Caribe incumbiam-se de projetar maconha dos EUA. Esses países, a partir do momento em que se estabeleciam como produtores, passavam a justificar ataques, por serem verdadeiros inimigos. Enquanto isso, na América do Sul, mais especificamente na Colômbia, uma droga bastante marginal desde os anos 1920, a cocaína, passava a substituir a marijuana nos negócios ilícitos dos traficantes locais⁵⁰.

A Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961⁵¹, promulgada no Brasil por meio do Decreto nº 54.216, lançou as bases da proibição e do combate a algumas

⁴⁹ RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico e Militarização nas Américas: vício de guerra. **Revista Contexto Internacional**, v. 34, n 1, jan/jun, 2012, p. 14.

⁵⁰ RODRIGUES, Thiago. Política de drogas e a lógica dos danos. **Revista Verve**, São Paulo, Nu-Sol/PUC-SP, n. 03, 2003.

⁵¹ Composta de cinquenta e um artigos relaciona os entorpecentes, classificando-os segundo suas propriedades em quatro listas. Estabelece as medidas de controle e fiscalização prevendo restrições especiais aos particularmente perigosos; disciplina o procedimento para a inclusão de novas substâncias que devam ser controladas; fixa a competência das Nações Unidas em matéria de fiscalização internacional de entorpecentes; dispõe sobre as medidas que devem ser adotadas no plano nacional para a efetiva ação contra o tráfico ilícito, prestando-se aos Estados assistência recíproca em luta coordenada, providenciando que a cooperação internacional entre os serviços se faça de maneira rápida; traz disposições penais, recomendando que todas as formas dolosas de tráfico, produção, posse etc., de entorpecentes em desacordo com a mesma, sejam punidas adequadamente; recomenda aos toxicômanos seu tratamento médico e que sejam criadas facilidades à sua reabilitação.

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 1988⁵².

As consequências da repressão na América Latina, e nos outros países produtores, como o Afeganistão, por exemplo, foram as mais diversas. Um dos países mais afetados com o cultivo e a interferência americana foi a Colômbia, a qual foi dominada pelos cartéis de Cáli e Medellín. O aparecimento dos grupos narcotraficantes tornou ainda mais conturbado o panorama do país. Para os governos da Colômbia e dos EUA, o narcotráfico internacional tornou-se uma real ameaça ao Estado, configurando um caso de segurança nacional incorporado aos discursos diplomático-militares dos referidos países⁵³.

Os conflitos no mundo se agravaram e, conseqüentemente, também o proibicionismo passou a ser a política dominante. Agora o uso e abuso em substâncias psicoativas deveriam ser combatidos em todas as esferas e a consequência disso foi a predominância de um modelo de tratamento baseado na proibição, qual seja, a abstinência. Assim, independentemente dos moldes de uso, estes deveriam ser reprimidos, sendo esta a forma dominante de “tratamento” (e controle) do usuário.

As drogas, a partir do proibicionismo, 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 pode ocasionar consequências drásticas no âmbito individual e social⁵⁴.

As diversas substâncias psicotrópicas existentes são capazes de provocar variadas reações, sendo a dependência desencadeada da autoadministração repetida compulsivamente⁵⁵, provocando consequências negativas que se diferem a depender da substância utilizada e do modo de uso. Já as consequências positivas

⁵² PRADO, Daniel Nicory do. **Crítica ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: JusPodivm, 2013, p. 21.

⁵³ RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico e Militarização nas Américas: vício de guerra. **Revista Contexto Internacional**, v. 34, n. 1, jan/jun, 2012, p. 22.

⁵⁴ 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.

⁵⁵ 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.

do uso de substâncias psicotrópicas variam entre a cura e a recreação, perpassando eventos místicos e confraternizações.

Pesquisas recentes no Brasil, a partir das informações apresentadas pelo Ministério da Justiça, apontam os seguintes moldes de uso: 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, 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 abstinência ⁵⁶ ; 8) drogadição/síndrome de dependência.

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

Os usos recreacional, ocasional e social ocorrem em situações bastante próximas o que gera, inclusive, uma imprecisão conceitual em situações de uso coletivo, o que deveria levar em consideração não apenas o número de pessoas envolvidas, mas, principalmente, a intenção dos agentes.

⁵⁶ 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&rastr=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Padr%C3%B5es+de+uso>. Acesso em: 23 nov. 2014.

Dentre os quadros englobados pela Classificação Internacional de Doenças pelo código CID 10, os quais se referem ao 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 desenvolvidos após repetido consumo de uma substância psicoativa. Tal disfunção está tipicamente associada ao desejo poderoso de tomar a droga, a dificuldade de controlar o consumo, a sua utilização persistente, a prioridade conferida ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, ao aumento da tolerância pela droga e, por vezes, a um estado de abstinência física⁵⁷.

A depender do padrão de uso adotado pelo indivíduo, bem como das consequências negativas para o seu organismo, se faz necessário encaminhá-lo para tratamento específico, seja com o intuito de conduzi-lo à abstinência, seja para mitigar os riscos já provocados ao organismo, seja prevenindo, inclusive, danos futuros decorrentes do nível e da forma de administração.

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 doentes⁵⁸. Outro questionamento se refere a ideia de cura associada ao uso, o que está associado não necessariamente a mera extirpação da substância, mas ao seu uso de forma não problemática.

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.

O paciente pode estar precisando ser internado para desintoxicar-se em razão de sérios problemas decorrentes da substância, mesmo de forma involuntária. No entanto, em muitos momentos, assume a sua enfermidade 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

⁵⁷ 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>.

⁵⁸ PATRÍCIO, Luís Duarte. **Droga de vida, vida de drogas**. Rio de Janeiro: Bertrand Editora, 1995, p. 163.

substância de forma que não lhe acarrete tantos prejuízos ou até mesmo tentando se afastar de outros fatores associados ao uso. 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 a intervenção que mais se adequa naquele momento”⁵⁹.

Alguns pacientes buscam ajuda em momentos nos quais estão absolutamente tomados pelos efeitos do produto, tornando o inviável o tratamento apenas em nível ambulatorial. Os cuidados clínicos imediatos e, muitas vezes a opção do internamento, revelam-se como o último recurso possível para a manutenção da vida do paciente ⁶⁰. Tal constatação não significa dizer que a opção pelo internamento é a mais adequada, ou que deve ser utilizada em qualquer situação.

Tal posicionamento deriva, em larga medida, do monopólio moral das convenções de narcóticos, as quais distinguem drogas lícitas e ilícitas, separando as que podem ser utilizadas de forma recreativa das que podem ser obtidas mediante prescrição e, por fim, as que são relegadas ao âmbito da ilicitude⁶¹. Assim, usos disfuncionais referentes às substâncias ilícitas costumam ser tratados com maior gravidade do que relatos de uso abusivo de fármacos ou álcool.

As distinções entre drogas e medicamentos surgem no início do século XX, quando se recrudescer a postura de repressão do uso de substâncias psicoativas, muito por conta dos malefícios e dos efeitos indesejados de algumas substâncias⁶², mas também por questões políticas que estabelecem uma categorização dicotômica de normalizáveis e excluídos.

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

⁵⁹ 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. 37.

⁶⁰ ALMEIDA, Alba Riva Brito de. Práticas alternativas no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. In: DANON, Carlos Alberto Ferreira; DALTRO, Mônica Ramos. **Psicologia profissão de saúde**: da formação à prática profissional. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2013, p. 185.

⁶¹ SCHEERER, Sebastian. Política de drogas: o debate internacional. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (org.). **Drogas e AIDS**: Estratégias de Redução de Danos. São Paulo: Editora Hucitec, 1994, p. 5.

⁶² 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.

existiria uma sociedade em que não vigorasse o mecanismo da normalização geral, conseqüentemente estabelecendo um grupo categorizado como “não normalizável”⁶³.

Nesse sentido, importante destacar, nas palavras de Regina Pestana, a aproximação entre a normalização e a necessidade de normalização dos sujeitos tidos como desviantes e a criminalização das condutas:

O rigor nas punições aplicadas, como vimos, não se traduz em eficácia, muito ao contrário, é reflexo da dominação autoritária e discriminatória. Mas o que dizer da criminalização contínua das condutas desviantes? Qualquer sociedade em constante desenvolvimento e interação modifica e amplia suas formas de sociabilidade entre os indivíduos, bem como também amplia suas condutas compreendidas como desviantes. O Estado muitas vezes é cobrado, por vários setores, da sociedade insegura e temerosa, a tomar medidas controladoras destas transformações, sendo que para isso recicla constantemente seus institutos normativos e punitivos⁶⁴.

Os criminólogos críticos compreendem, inclusive, o Direito Penal como ferramenta de controle que faz com que o proletariado continue sendo oprimido pelas classes superiores⁶⁵. Assim, a proibição não seria uma questão de saúde, mas uma questão de Poder.

O proibicionismo se apresentou, assim, 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, revista, observada de perto, confinada e classificada como usuário ou traficante, sendo ambos relegados ao espaço da ilicitude⁶⁶.

A partir daí, ao contrário do que era esperado com a edição da norma, vários problemas se agravaram. O modelo repressivo tornou mais difícil o acesso à droga, ocorrendo uma valorização ainda maior do produto, sendo a proibição verdadeira

⁶³ FOUCAULT, Michel. **O nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978/1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 354.

⁶⁴ PESTANA, Regina Débora. **Cultura do Medo**: reflexões sobre violência criminal, controle social e cidadania no Brasil. São Paulo: Editora Método, 2003, p. 118

⁶⁵ WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Uso de drogas e sistema penal**: entre o proibicionismo e a Redução da Danos. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010, p.101.

⁶⁶ 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.

mola propulsora das organizações criminosas altamente capitalizadas⁶⁷.

Por trás do proibicionismo existe uma espécie de cruzada moral. A opção pela guerra às drogas, segundo o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, é uma “guerra santa” contra as drogas ilegais que se baseia na artificial diferenciação entre drogas legais e ilegais decorrentes de escolhas políticas e, muitas vezes, xenofóbicas. Após cem anos de proibicionismo, o fracasso é inegável, as drogas ilegais nunca foram tão abundantes, tão baratas e tão acessíveis quanto hoje.⁶⁸

Nas últimas décadas, a política proibicionista se recrudescceu, tornando o uso cada vez mais combatido e reprimido, sendo o tratamento abstêmio, a forma dominante de “tratamento” do usuário. Tal forma de tratamento se baseia da demonização da droga e, conseqüentemente, do usuário, o que dificulta uma abordagem que compreenda as complexas relações e vulnerabilidades psicossociais do sujeito.

Ademais, o estigma trazido pelo uso se agrega, então, ao estigma trazido pelo crime, agravando o preconceito associado às pessoas que usam drogas e fomentando a crença de que o uso é maléfico, nos mais diversos âmbitos e provocando, conseqüentemente, a marginalização do sujeito⁶⁹. A lei proibicionista corrobora com esse posicionamento, sendo legitimada pela ideia de que representa o Bem. Na medida em que o humano pode alcançar um mundo lastreado por esse princípio, se submete as regras, as quais se tornam caminho necessário para alcançar o Bem, configurando-se, pois, como um meio de lapidar as imperfeições humanas na direção de um mais alto princípio⁷⁰.

“Pode-se, portanto, sem exagero, dizer que este Direito Penal, que nos regula atualmente, não é só a mais violenta intervenção do Estado na vida dos cidadãos, mas também é um instrumento de dominação através do medo”⁷¹. Sendo o uso de drogas uma conduta que inegavelmente provoca um pavor social, a resposta do

⁶⁷ LORENTINO, Sérgio Augusto Pereira. O fracasso da repressão penal antidrogas brasileira: o abolicionismo como opção. In: OLIVEIRA, Tarcis Barreto; OLIVEIRA FILHO, Enio Walcácer; SOARES, Paulo Sérgio Gomes (org.). **Sistema penal e direitos humanos**. 1 Ed. São Paulo: PerSe, 2015, p. 96.

⁶⁸ MARONNA, Cristiano Ávila. Drogas: aspectos jurídicos e criminológicos. In: **Álcool e Outras Drogas**. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRPSP, 2011, p. 56/57.

⁶⁹ KARAM, Maria Lúcia; BASTOS, Francisco Inácio; MARTINS, Samir Moraes. **Drogas, dignidade e inclusão social: A Lei e a Prática de Redução de Danos**. 1 Ed. Rio de Janeiro: Aborda, 2003, p. 63.

⁷⁰ GONDAR, Jô. Ética, moral e sujeito. In: ALTOÉ, Sônia (org.) **Sujeito do Direito e Sujeito do Desejo: Direito e Psicanálise**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2004, p. 33.

⁷¹ PESTANA, Regina Débora. **Cultura do medo: reflexões sobre violência criminal, controle social e cidadania no Brasil**. São Paulo: Editora Método, 2003, p. 120/121.

grupo dominante se apresenta a partir do instrumento repressor mais gravoso adotado pelo Estado, qual seja, o Direito Penal.

O temor, por vezes, sequer está baseado em fatos reais, mas sim em uma percepção fomentada a partir de condutas orquestradas pelos meios de comunicação, a partir da desfiguração e criação da realidade. A mídia, inclusive, por vezes, promove a deterioração de determinados valores de Direitos Humanos a partir de um enfoque maniqueísta da realidade, que corrobora para gerar a ilusão da eficácia do sistema penal como único elemento para extirpar da sociedade condutas indesejadas⁷².

A criminalização pode ser, assim, tida como uma forma de dominação entre os diferentes estratos sociais. A designação de certas condutas da vida de outro setor da sociedade como criminoso, expressa, simbolicamente, a superioridade do grupo que tem o poder de criminalizar⁷³. Tal premissa se reflete na ideia de seletividade do sistema penal, a qual relativiza os critérios de seleção considerando elementos de um dado perfil (sócio-cultural e étnico) como critério para tipificar e/ou punir uma dada conduta⁷⁴.

É possível identificar que o não reconhecimento do sujeito como psicossocial acarreta a criminalização de um referido comportamento destinado aos sujeitos que ocupam lugares de inferioridade dentro do sistema⁷⁵. A criminalização do uso de drogas, historicamente, teve essa característica. A necessidade de combater condutas socialmente indesejáveis acaba, muitas vezes, legitimando a proibição de condutas que não apresentam ontologicamente o mesmo grau de reprovabilidade, o que se dá quando a criminalização do uso de drogas aparece como reflexo do fenômeno do tráfico. Assim, o uso de drogas passa a ser considerado crime contra a segurança pública. Ocorre que os “crimes contra a segurança pública e moral constituem um ‘saco de ofensas’, que vão da embriaguez à traição. É de fato simplesmente uma categoria residual na qual podemos colocar aqueles atos que

⁷² CERVINI, Raúl. **Os processos de descriminalização**. 2 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002, p. 96/99.

⁷³ Ibid., p. 94.

⁷⁴ PRADO, Daniel Nicory do. **Crítica ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: Juspodivm, 2016, p.60.

⁷⁵ PRADO, Marco Aurélio Máximo; TORRES, Marco Antônio; MACHADO, Frederico Viana; COSTA, Frederico Alves. A construção de silenciamentos: reflexões sobre a vez e a voz na sociedade contemporânea. In: MOYORGA, Claudia; RASERA, Emerson; PEREIRA, Maristela (orgs.). **Psicologia Social: sobre desigualdades e enfiamentos**. Curitiba: Juruá, 2014, p. 40.

não são claramente crimes contra a propriedade ou crimes de violência.”⁷⁶

Como fatores que se opõem à redução do sistema penal a partir da descriminalização, pode-se destacar: o medo (não comprovado por pesquisas empíricas) que a descriminalização possa ampliar o comportamento outrora proibido, e o temor de que possa acarretar a perda do respeito do sistema penal por demonstrar que estava aplicando a referida sanção no passado sem justificativa contundente⁷⁷.

A descriminalização se refere ao ato de retirar formalmente uma conduta do rol delitivo penal, ainda que a conduta possa ser enquadrada como ilícito administrativo. Por despenalização entende-se o ato de diminuir a pena do delito sem que haja a sua descriminalização, tal medida se dá quando se considera mais eficiente manter a ilicitude do fato com o fim de evitar o excesso da prática de uma dada conduta, ratificando, assim, uma suposta tarefa de docência moral da legislação⁷⁸.

Importante destacar que descriminalização não é homogênea e tem grandes variantes. A palavra tem diferentes acepções, mas é usada para identificar a não punição dos usuários de drogas com penas de natureza criminal. Há várias formas de se atingirem esses objetivos. Em alguns casos, medidas legislativas simplesmente descriminalizaram o uso de certas drogas. Em outros países, foi resultado de uma longa construção jurisprudencial e o mérito de tais medidas deve ser creditado à atividade dos magistrados⁷⁹.

A tendência pela descriminalização do uso de drogas tem como critério básico a inexistência direta de vítimas que não o próprio agente. Apesar disso, as consequências negativas podem se estender além do usuário. No entanto, a criminalização em si promove mais dano do que bem-estar social⁸⁰.

Já na legalização o fato é descriminalizado substancialmente e deixa de ser ilícito, não mais admitindo qualquer punição; diferentemente da despenalização que

⁷⁶ SYKES, Gresham. **Crime e Sociedade**. Rio de Janeiro: Edições Bloch, 1969, p. 50.

⁷⁷ CERVINI, Raúl. **Os processos de descriminalização**. 2 Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002, p. 95

⁷⁸ Ibid., p. 81/85.

⁷⁹ Em Salvador destaca-se a posição do Juiz de Direito da 3ª Vara do Sistema dos Juizados Especiais Criminais da Bahia, Edson Souza, o qual compreende que o art. 28 é inconstitucional, pelo que não penaliza o uso de SPA's.

⁸⁰ CERVINI, Raúl. **Os processos de descriminalização**. 2 Ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002, p. 212.

corresponde, apenas, a um abrandamento da resposta penal, tal como ocorre com as penas alternativas que se apresentam como alternativas ao modelo prisional⁸¹.

O principal objetivo da legalização é tentar reduzir o uso problemático das drogas e as consequências causadas pela criação de mercados ilegais. Em princípio, ter-se-ia um melhor controle sobre quem consome drogas, podendo melhor direcionar as agências de saúde para o tratamento e a prevenção. Com o sistema tradicional e inflexível de proibições, é muito difícil adotar políticas públicas que permitam reduzir os danos de usuários de drogas ilícitas pesadas substituindo-as por drogas menos agressivas ao organismo⁸².

A intervenção penal no âmbito do uso de drogas se apresenta como totalizadora, se sustentando na constante ameaça de sanção em decorrência da violação aos bens jurídicos tutelados não promovendo, de fato, uma prevenção geral intimidatória, o que demonstra a vulnerabilidade do sistema penal⁸³. Sendo o sistema penal ineficiente para lidar com a punição dos desviantes, o que dizer da sua legitimidade para lidar com os sujeitos que necessitam de tratamento de saúde em decorrência de um uso (problemático ou não) das drogas?

A criação de categorias jurídicas que tem por objeto a tutela pública, como a saúde pública, se apresenta como uma ruptura com a realidade, sendo incongruente a punitividade com base no referido argumento, uma vez que o mesmo apenas permite a maximização da função punitiva. Ocorre que, a saúde pública não deve ser alcançada com base na proibição, e sim a partir do exercício de políticas públicas efetivas. Assim, a ausência de programas de recuperação na órbita do direito à saúde pública é compensada pela atividade punitiva, o que representa um paradoxo da proibição do consumo de substâncias psicoativas⁸⁴.

A repressão antidrogas nasceu com a intenção de contribuir para a proteção da saúde pública, no entanto, é possível verificar que a positivação jurídica enquanto estratégia falhou, não havendo justificativa fática para a manutenção do modelo vigente. A repressão não tem feito reduzir o mercado, o consumo e, tampouco, os

⁸¹ GOMES, Luiz Flávio. **Lei de drogas comentada**: artigo por artigo. 5 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013, p. 111.

⁸² SHECAIRA, Sérgio Salomão. Reflexões sobre as Políticas de Drogas. In: LEMOS, Clécio; MARONA, Cristiano Ávila; QUINTAS, Jorge. **Drogas**: uma nova perspectiva. São Paulo: IBCCRIM, 2014, p. 242.

⁸³ PESTANA, Regina Débora. **Cultura do medo**: reflexões sobre violência criminal, controle social e cidadania no Brasil. São Paulo: Editora Método, 2003, p. 120.

⁸⁴ CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil** (estudo criminológico e dogmático). 4 Ed. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 168/169.

danos à saúde das pessoas que usam drogas⁸⁵.

Apesar da autora militar em favor da legalização como estratégia a ser perseguida no que tange ao uso de drogas, importa destacar que não há confusão no que diz respeito às relações entre a proposta de redução de danos e os conceitos expostos no presente tópico. Eles não são a mesma coisa, embora sejam compatíveis, e, de fato, a legalização, bem como a descriminalização e a despenalização, podem mesmo constituir uma alternativa de redução de danos⁸⁶.

É importante que eu diga isso porque estou falando na condição de movimento social de Redução de Danos. Isso não significa que os movimentos de Redução de Danos defendem a legalização da maconha, não, isso não é consenso no movimento de Redução de Danos. O que é consenso é: vamos defender radicalmente o direito das pessoas que usam drogas de se organizarem e se manifestarem com total autonomia. Mesmo que seja para dizer algo que eventualmente não gostemos⁸⁷.

Uma estratégia que transcende a legalização, seria o instituto da legalização controlada, com a regulação de todo o processo – da produção e comércio à posse e ao consumo de drogas –, que ficaria sujeito a controle e fiscalização pelo Estado. A estratégia mais arrojada nesse sentido é a proposta uruguaia de registro e controle do uso da maconha vendida nas farmácias, demonstrando, inclusive, uma preocupação com o uso abusivo do agente.

A proposta de legalização controlada defendida, se baseia no ideal de moderação como meta e tem por objetivo controlar o abuso das drogas, ao propor a legalização do comércio e da venda de parte das substâncias mediante o controle sanitário pelo Estado, servindo os tributos decorrentes da venda para a promoção da prevenção e a informação aos usuários, custeando, inclusive, estratégias de redução de danos.

Por mais que a proposta de legalização controlada ainda tenha que ser discutida, aperfeiçoada e trabalhada quanto à forma concreta de sua aplicação, esta pode ser apresentada como uma opção contundente, desde que adaptada à realidade sócio-econômica local. Muito embora nenhum sistema de controle de

⁸⁵ LORENTINO, Sérgio Augusto Pereira. O fracasso da repressão penal antidrogas brasileira: o abolicionismo como opção. In: OLIVEIRA, Tarcis Barreto; OLIVEIRA FILHO, Enio Walcácer; SOARES, Paulo Sérgio Gomes (org.). **Sistema penal e direitos humanos**. São Paulo: PerSe, 2015, p. 90.

⁸⁶ O'HARE, Pat. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (org.). **Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994, p. 67.

⁸⁷ PETUCO, Denis Roberto da Silva. Redução de Danos. In: **Álcool e outras drogas**. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. . São Paulo: CRPSP, 2011, p. 137.

drogas esteja imune a críticas, o mais adequado deverá adotar o respeito a princípios e garantias individuais como base, e ter a melhoria do bem-estar dos indivíduos como meta, assim como sustentar um enfoque preventivo preponderante. A legalização controlada parece ter as melhores condições de sucesso, na superação da perspectiva proibicionista-militarista vigente⁸⁸.

Tentar conter a demanda a partir de medidas repressivas, mas além de ineficaz, conforme já foi dito, representa uma violação ao Estado de Direito. Assim, uma alternativa viável seria a conscientização social a partir de um panorama de legalização do uso, o qual incluiria a proibição da propaganda, a restrição do uso em locais públicos, a taxação diferenciada, etc, tal como ocorre, de forma eficaz, com o tabaco⁸⁹.

2.4 CUIDADO E VÍNCULO COMO FATORES DE PROTEÇÃO

Juliana Parada, em artigo acerca do uso de drogas por adolescente, destaca a importância de observar os fatores relacionados ao risco ou à proteção do sujeito, os quais se relacionam de forma complexa, não podendo se apresentar como critérios objetivos no uso/abuso de drogas. A autora destaca, pois, os seguintes fatores associados ao risco: 1) a hereditariedade; 2) características de personalidade, 3) ambiente familiar, 4) fatores sociais, e, 5) leis e políticas públicas sobre drogas (as quais podem, inclusive, facilitar o acesso de determinadas substâncias)⁹⁰.

Assim como os fatores de risco são evidentes no impulso pelas drogas, torna-se inegável reconhecer que outros aspectos podem se caracterizar como fatores de proteção. O vínculo ativo e o cuidado no âmbito das relações das pessoas que usam drogas podem ser destacados como aspectos que influenciam um não uso ou uso não problemático. O cuidado deve perpassar todas as relações em sociedade, dentre as quais destaca-se a relação familiar e a relação médico-paciente, posteriormente enfrentada sob a ótica da humanização.

⁸⁸VOLOIS, Luís Carlos; ALMEIDA, Sílvio. **Política de Drogas, Cultura do controle e Propostas Alternativas**. INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS. Disponível em: <https://www.ibccrim.org.br/grupo_trabalho_politica_nacional>.

⁸⁹KARAM, Maria Lúcia; BASTOS, Francisco Inácio; MARTINS, Samir Morais. **Drogas, dignidade e inclusão social**: a Lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: Aborda, 2003, p. 39.

⁹⁰ PARADA, Juliana Joni. Aspectos psicossociais relacionados ao uso de drogas na adolescência. In: CASABONA, Carlos María Romeo; SÁ, Maria de Fátima Freire de; POLI, Leonardo Macedo. **Direito Biomédico II**: Espanha – Brasil. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2013, p. 48.

O cuidado inclui, normalmente, duas significações básicas intimamente ligadas entre si: a atitude de desvelo, solicitude e de atenção com o outro e a preocupação, inquietação e responsabilidade que sente a pessoa envolvida e ligada ao outro⁹¹. A atitude de cuidado, no âmbito do tratamento da questão relacionada ao uso abusivo de drogas, tem importância ainda maior quando o uso problemático traz como impulso relações conflituosas do sujeito, seja no âmbito familiar, seja no âmbito social.

“Cuidado é um modo-de-ser, uma maneira de existir das pessoas e gera nelas comportamentos e atitudes permanentes. A pessoa que age zelosamente com os seres humanos, chamamos cuidadosa”.⁹² Apesar do cuidado ser uma característica inerente ao sujeito que demonstra zelo para com o seu semelhante, destaca-se o papel do profissional de saúde, devendo este prosseguir na tentativa constante de assumir uma postura cuidadosa perante o paciente.

Isto porque, “o cuidado (que atua sobre o psiquismo dos doentes) seria um componente fundamental no processo de cura das enfermidades”⁹³. Conforme se verificará adiante, uma construção da relação médico-paciente com base no vínculo ativo voltado à alteridade contribui para a construção de uma estratégia mais eficaz no âmbito do tratamento do uso e abuso de álcool e outras drogas.

“O cuidado, entretanto, pode transformar-se, por exemplo, em paternalismo, quando a pessoa cuidadora impõe valores ou algum procedimento específico ou certa concepção de bem que não é partilhada pelo indivíduo vulnerável”⁹⁴. Muitas vezes essa imposição é justificada pela vulnerabilidade do sujeito, o qual estaria impossibilitado de decidir por fatores tais como grau de escolaridade ou características socioeconômicas.

Tal justificativa não merece prosperar. Neste sentido, Mônica Aguiar afirma que “a técnica não deve impactar nas escolhas médicas em função da

⁹¹ AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. O cuidado de si para o cuidado do outro. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. Vol II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 276.

⁹² PEGORARO, Olinto. Existência humana é existência cuidadosa. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. Vol II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 227.

⁹³ Ibidem.

⁹⁴ DALL'AGNOL, Darlei. Cuidar e Respeitar: atitudes fundamentais na bioética.

In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 202.

vulnerabilidade do paciente, seja pela sua patologia, condição econômica, social ou cognitiva, sob pena de exercer-se indevido paternalismo forte”⁹⁵.

Agir de forma beneficente pressupõe fazer aos outros aquilo que considera bom para eles, independentemente daquilo que eles acham que seria a atitude correta e/ou positiva. Apesar de ser uma atitude geralmente associada a compaixão e ao cuidado pelo outro, apresenta-se como objeto de crítica, por se configurar como paternalismo não raras vezes encontrado nos profissionais de saúde⁹⁶.

“O paternalismo benevolente é considerado impróprio num mundo no qual o padrão para a relação terapêutica é mais um encontro entre iguais do que uma relação paterno-filial”⁹⁷. Contudo, alguns elementos do bom cuidado do paciente sugerem um olhar preciso lançado a certos aspectos remanescentes do paternalismo.

Se é verdade que o comportamento paternalista e assimétrico do profissional subestima o direito do paciente em exercer sua autonomia para tomar decisões, é igualmente irresponsável a atitude do médico que simplesmente transfere toda a carga de responsabilidade para o paciente tomar decisões sem que ele esteja devidamente informado sobre os riscos e benefícios envolvidos nos procedimentos propostos pelo profissional⁹⁸.

Isso porque, o respeito a autonomia do paciente não pode se confundir com uma atitude de desinteresse que exponha o sujeito a uma situação de sofrimento extremo e até mesmo de risco de morte, haja vista que “o respeito sem o cuidado pode levar à indiferença e ao individualismo”⁹⁹.

No mesmo sentido, Maria Auxiliadora Minahim defende que a compreensão exacerbada da autonomia produz consequências secundárias como, por exemplo, o

⁹⁵ AGUIAR, Mônica. O paradoxo entre a autonomia e a beneficência nas questões de saúde: quando o poder encontra a vulnerabilidade. Biodireito e direito dos animais [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UnB/UCB/IDP/UDF; Coordenadores: Letícia Albuquerque, Mônica Neves Aguiar Da Silva, Valmir César Pozzetti – Florianópolis: CONPEDI, 2016, p. 359.

⁹⁶ BECKERT, Cristina. Ética da solicitude e ética da compaixão. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. III. Coimbra: Almedina, 2009, p. 87.

⁹⁷ MAINETTI, José Alberto. O complexo bioético: Pigmaleão, Narciso e Knock. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 299.

⁹⁸ SIQUEIRA, José Eduardo. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais? In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 340/341.

⁹⁹ DALL'AGNOL, Darlei. Cuidar e Respeitar: atitudes fundamentais na bioética. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 202.

fortalecimento do puro individualismo, no qual a pessoa centra-se em si mesma e imerge em solidão. Quando se torna cúmplice desse processo acaba se eximindo de desenvolver políticas sociais que possam resgatar o cidadão de situações de vulnerabilidade, o que se faz conveniente principalmente no âmbito criminal, em razão do descaso com as vítimas. Tal lição é importante por reconhecer que abandonar o dependente à própria sorte, justificando a ação a partir do respeito a autonomia, quando em situações de extrema gravidade e, inclusive, risco de vida, demonstra, em sentido contrário, uma atitude de verdadeiro desrespeito ao sujeito¹⁰⁰.

Deve-se recusar a premissa simplificada de que o indivíduo tudo pode e, se não faz, está apenas exercitando uma autonomia que tem de ser respeitada independentemente das consequências. Não se pode entender essas atitudes como de respeito à autonomia, ou, no polo contrário, como expressão de solidariedade, mas tão somente como a entrega do outro a sua própria indigência¹⁰¹.

Parece que o respeito à autonomia, em alguns casos, admite, e até mesmo exige uma intervenção visando o tratamento adequado do paciente. Neste sentido, o controle poderia ser justificado quando tiver como fundamento a proteção dos indivíduos em situações extremamente gravosas, tais como risco de vida, quando estaria respaldada a interferência na sua liberdade de ação.

Assim, o principal desafio do cuidar, notadamente no âmbito médico, pode ser traduzido pelas seguintes questões apresentadas por Darlei Dall’Agnol: “Como, então, equacionar satisfatoriamente o cuidado e o respeito? (...) Como é possível cuidar de forma respeitosa? Como respeitar sem ser indiferente, sem deixar de cuidar?”¹⁰²

A resposta para essas questões será analisada a partir do viés da alteridade. A compreensão das principais teorias envolvendo o conceito de alteridade pode se apresentar como uma importante ferramenta de cuidado que compreende o outro a partir de uma abordagem holística dos diferentes fenômenos que se incorporam à sua identidade. A partir do reconhecimento da individualidade do sujeito amplia-se o leque de abordagens terapêuticas e tratamentos, os quais devem ser construídos à luz de um encontro simétrico entre os indivíduos, possibilitando uma melhor

¹⁰⁰ MINAHIM, Maria Auxiliadora. **Autonomia e frustração da tutela penal**. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 22.

¹⁰¹ Ibid. p. 140.

¹⁰² DALL’AGNOL, Darlei. Cuidar e Respeitar: atitudes fundamentais na bioética. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 203.

compreensão da vulnerabilidade, notadamente quando ela se estabelece a partir do uso problemático de drogas.

3 BREVE ESTUDO SOBRE A ALTERIDADE

A construção da individualidade de cada sujeito perpassa uma série de questões que incluem, necessariamente, a sua relação com sujeitos e objetos. A forma como as relações se estabelecem podem refletir diretamente em aspectos físicos, bem como psicossociais.

As relações entre indivíduos nem sempre se dão de uma forma que melhor atende aos interesses e vicissitudes de cada sujeito, funcionando, em algumas circunstâncias como forma de violência e opressão. Em respostas às relações que culminam na opressão e vulneração do sujeito, surge como possível resposta a construção dos vínculos baseados necessariamente no respeito pelo outro, bem como uma abertura ao acolhimento do sujeito.

A partir do reconhecimento de que a missão de cada ser humano não se refere apenas a de “ser”, mas a de ser “para”; o modelo um-para-outro quebraria a hegemonia do ser egocêntrico e permitiria a construção de uma sociedade humanizada¹⁰³, a qual reconhece as características e escolhas do outro.

As referidas escolhas podem incluir o uso de drogas, o que será analisado como possível elemento de formação da identidade, bem como a partir do estigma e das representações sociais inerentes ao uso que implicam necessariamente na (auto)imagem do sujeito e na construção das relações com os indivíduos que o cercam, incluindo as relações com os profissionais de saúde que tratam das questões disfuncionais decorrentes do uso abusivo.

Para além do reconhecimento do outro na relação médico-paciente, é possível pensar, ainda, num modelo que transcende o respeito e o acolhimento e se estabelece a partir de uma relação de alteridade, a qual será estudada, no presente trabalho, a partir de uma abordagem filosófica proposta por Lévinas, por uma abordagem da Psicologia Social e a partir de uma visão arquetípica construída por Carlos Byngthon.

¹⁰³ SIQUEIRA, José Eduardo. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais? In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 338.

3.1 O EU, O OUTRO E A DROGA

É fundamental ter em mente a ideia de dissociação da identidade com a autoconsciência ou autoimagem que o sujeito tem de si. Apesar de haver uma relação entre os conceitos, a autoimagem é instituto muito mais restrito, o qual se apresenta como um dos aspectos do indivíduo¹⁰⁴.

Considerando que os sujeitos vivem em coletividade, necessário que eles se compreendam a partir da autoimagem e reconheçam no outro as semelhanças e diferenças que os repele e os aproxima, tornando imprescindível uma compreensão a partir da argumentação, da empatia e, principalmente, do diálogo.

A afirmação da primazia do diálogo deve ser compreendida num sentido mais profundo. A atitude eu-isso, em detrimento da relação eu-tu, não é a princípio um mal. O isso é o que faz com que o homem compreenda a história da humanidade, no entanto se torna fonte de mal na medida em que o homem se deixar dominar por essa atitude, deixando de estar disponível para o encontro com o outro, por quem se responsabiliza. A relação eu-isso se torna, assim, a destruição do homem em si mesmo quando se torna arbitrário afastando-se do encontro dialógico¹⁰⁵.

Um dos obstáculos que pode dificultar a construção de um diálogo baseado no respeito e na compreensão entre os sujeitos é a percepção do estigma associado às pessoas, o que é bastante corriqueiro quando se está diante de alguém que usa drogas. A construção da identidade do não-usuário de substância ilícita transcorre, muitas vezes, com o seu distanciamento em relação àquele que faz uso de substâncias proibidas, o que fica ainda mais evidente quando este usuário apresenta padrões problemáticos. Neste sentido de construção da identidade, a partir da estigmatização, destaca-se a lição de Zygmunt Bauman:

Permita-me comentar que a identificação é também um fator poderoso na estratificação, uma de suas dimensões mais decisivas e fortemente diferenciadoras. Num dos polos de hierarquia global emergente estão aqueles que constituem e desarticulam as suas identidades mais ou menos à própria vontade, escolhendo-as no leque de ofertas extraordinariamente amplo, de abrangência planetária. No outro polo se abarrotam aqueles que tiveram negado o acesso à escolha da identidade, que não têm direito de manifestar as suas preferências e que no final se veem oprimidos por identidades aplicadas e impostas por outros – identidades de que eles próprios se ressentem, mas não têm permissão de abandonar nem das

¹⁰⁴ JACQUES, Maria da Graça. Identidade. In: STREY, Marlene Neves (et. al.) **Psicologia social contemporânea**: livro-texto. Petrópolis: Vozes, 2013, p. 164.

¹⁰⁵ BUBER, Martin. **Eu e Tu**. 5 ed. Trad. Newton Aquiles Von Zubem. São Paulo: Centauro, 1974, p. LIV.

quais conseguem se livrar. Identidades que estereotipam, humilham, desumanizam, estigmatizam...¹⁰⁶

Isso corrobora para a atitude comum de buscar aferir o papel da substância no comportamento do outro, remetendo-as, em regra, como desencadeadoras de formas de violência e agressão, desconsiderando o sujeito nas suas variadas dimensões. Para isso, evita-se a realização de uma análise crítica de como atuam sinergicamente as diferentes substâncias, suas propriedades farmacológicas, as reações individuais e o contexto de uso¹⁰⁷.

O uso de drogas é, muitas vezes, confundido com a ideia de possessão pela droga. Como se a substância ocupasse o próprio lugar do indivíduo. Neste sentido, tratando da ideia de possessão religiosa, Monique Augras, autora da obra “Alteridade e Dominação no Brasil”, elabora o seguinte questionamento: “Como é possível encontrar-se dentro e fora de si ao mesmo tempo?”, ao qual responde se tratar de uma inconsciência. Entende, pois, que a experiência do transe consegue aglutinar a paradoxal associação de presença e ausência¹⁰⁸.

No Brasil, a possessão a partir da droga pode ser exemplificada pela ingestão da Ayahuaska, cuja ritualização pressupõe a presença da substância psicoativa. A história ensina que as drogas psicotrópicas, que alteram os estados de consciência, estão presentes nos rituais religiosos de inúmeras culturas, como o LSD da mescalina, do peyote dos índios mexicanos e o vinho no milagre da transformação. A possessão pelas drogas possibilita a vivência de estados de êxtase, configurando uma ritualização no âmbito da possessão normal, devendo-se evitar a possessão patológica que prejudica o sujeito¹⁰⁹.

A droga pode ser utilizada, pois, com uma função, seja ela criativa, seja de amenização do sofrimento ou mesmo de integração social ou transcendência da realidade. Assim, é plenamente possível um uso controlado de qualquer substância. O problema se dá quando o sujeito se absorve no objeto de tal forma que estabelece aquilo que Bynthon denomina de compulsão de repetição, a qual chama a atenção para uma fixação e demanda a busca de ajuda para corrigi-la. A compulsão de

¹⁰⁶ BAUMAN, Zygmunt. **Identidade**: entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro: Zahar, 2005, p. 44.

¹⁰⁷ DESLANDES, Suely F. Drogas e vulnerabilidades às violências. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edenilson Ramos de. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 245.

¹⁰⁸ AUGRAS, Monique. **Alteridade e dominação no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU, 1995, p. 111/116.

¹⁰⁹ BYINGTON, Carlos **Amadeu Botelho**. **Psicopatologia simbólica junguiana**: um estudo do mal e da ameaça de autodestruição da nossa espécie. 2 ed. São Paulo: Edição do autor, 2017, p 171.

repetição com relação ao uso de SPA's precisa ser diferenciada da repetição criativa, presente na elaboração normal para buscar integração dos significados dos símbolos¹¹⁰.

Compreender que a droga ocupa um lugar na vida e na identidade do sujeito explica a impossibilidade de barrar e esvaziar o objeto-droga. O modelo repressor abstencionista, no entanto, apresenta uma série de “falhas” que são permanentemente salientadas nas recaídas dos pacientes. Esta condição encontra seu limite no inacessível dessa plenitude de sociedade sem uso de substâncias. A compreensão de que o uso de natureza pontual pode fazer parte da subjetivação do sujeito implica no reconhecimento da dimensão ética que lhe concerne¹¹¹.

O paradigma proibicionista entende, pois, qualquer retomada do uso de drogas como um fracasso, promovendo a necessidade de retorno dos sujeitos ao tratamento, o que, não raro, leva a um ciclo de reinternações, ao contrário da redução de danos, que considera como válidos os arranjos pessoais construídos pelo próprio sujeito, sem que este necessariamente se abstenha do uso de drogas¹¹².

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.

Portanto, a droga comparece no contexto institucional não como pura exterioridade, da qual se deveria livrar para iniciar-se um tratamento, mas como parte integrante do indivíduo. Disso resulta que a droga passou a desempenhar um papel central na organização desse sujeito, ocupando lacunas importantes da sua estrutura (esta que se imiscui no campo social), tornando-se, assim, o próprio fundamento da sua subjetividade, ao contrário da regra durkheimiana, segundo a qual poderíamos deduzir o fato social da drogadição como uma “coisa”¹¹³.

¹¹⁰ BYINGTON, Carlos Amadeu Botelho. **Psicopatologia simbólica junguiana: um estudo do mal e da ameaça de autodestruição da nossa espécie**. 2 ed. São Paulo: Edição do autor, 2017, p 64.

¹¹¹ ALMEIDA, Alba Riva Brito de. Práticas alternativas no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. In: DANON, Carlos Alberto Ferreira; DALTRO, Mônica Ramos. **Psicologia profissão de saúde: da formação à prática profissional**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2013, p. 199/200.

¹¹² QUEIROZ, Isabela Saraiva de; JARDIM, Ôni Márcia; ALVES, Mariana Gonçalves de Deus. “Escuta no pátio”: cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. In: **Pesquisas e práticas psicossociais**. São João del-Rei, set-dez, 2016. p. 655.

¹¹³ ALMEIDA, Alba Riva Brito de. Práticas alternativas no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. In: DANON, Carlos Alberto Ferreira; DALTRO, Mônica Ramos. **Psicologia profissão de saúde: da formação à prática profissional**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2013, p. 197.

Torna-se importante refletir acerca do papel ocupado pela substância na vida do outro, tornando-se parte, muitas vezes essencial, da sua identidade e da forma como se percebe no mundo e como interage com seus grupos sociais. Neste sentido, destaca-se o papel da Psicologia Social, no sentido de descortinar alguns conceitos, tais como identidade e estigma, que são fundamentais para a construção de uma relação baseada na alteridade entre o eu e o outro.

3.2 CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA SOCIAL

Em contrapartida, o objeto "alteridade", quando estudado pelas disciplinas sociais, inclusive a psicologia social, acha-se situado de imediato no plano do vínculo social, na relação entre um "ego" e um "alter", implica apenas esse plano, quaisquer que sejam os contextos de inclusão de "ego" e "alter". Pois, alteridade não aparece como um atributo que pertenceria à essência do objeto visado, mas sim como uma qualificação que lhe é atribuída do exterior. É um substantivo que se elabora no seio de uma relação social e entorno de uma diferença¹¹⁴.

As várias correntes da Psicologia, como as da Saúde, Hospitalar, Cognitiva, a Psicologia Social, a Psicologia Médica, incluso a perspectiva Psicanalítica, e mesmo a Psiquiatria, trazem importantes elementos que possibilitam, na interação com a Bioética, a construção de algo novo. A utilização de conceitos e reflexões das disciplinas de várias áreas do conhecimento caracterizam, efetivamente, uma pesquisa interdisciplinar¹¹⁵.

É importante que o estudo se faça a partir de uma perspectiva interdisciplinar 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.

No contexto do presente trabalho, merecem destaque as contribuições da Psicologia Social. Tal disciplina é uma área do conhecimento da psicologia que engloba diferentes objetos de estudos, os quais incluem desde o estudo das massas

¹¹⁴ JODELET, Denise. A alteridade como produto e processo psicossocial. In: ARRUDA, Angela (org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998, p. 50.

¹¹⁵ ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; MICHEL, Renate Brigitte; PALMIERI, Bianca Moretti Vieira. Bioética e psicologia: diálogo e contribuições mútuas. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba, CRV, 2017, p. 31.

até o comportamento dos indivíduos na presença de outros, dedicando-se, pois, a “análise da subjetividade que vai sendo constituída ou modificada no decorrer da atuação e inserção social dos sujeitos e, ao mesmo tempo, vão sendo constituídos os fenômenos”¹¹⁶.

Os antecedentes da Psicologia Social, enquanto disciplina, remetem a segunda metade do séc. XX, quando diversas áreas de estudo (Filosofia, Antropologia, Biologia...) passaram a discutir a relação do indivíduo com a sociedade. Assim, criou-se a disciplina com o escopo de compreender as associações entre as pessoas, destacando, pois, a importância das causas sociais¹¹⁷.

Tem-se como um dos conceitos de maior destaque no âmbito da Psicologia Social a noção de identidade, a qual é elaborada a partir das informações obtidas acerca do indivíduo. A natureza das informações pode variar, mas carregam consigo a possibilidade do conhecimento sobre o sujeito a partir de ações corriqueiras do seu cotidiano. A participação nos grupos tem papel de destaque nesse processo. Em regra, o primeiro grupo de pertencimento é a família, o que se confunde com o próprio nascimento do sujeito. A partir daí é atribuído um prenome que o diferencia com relação aos familiares, e um sobrenome, que o iguala a eles. É essa a primeira noção de identidade, a qual contempla dois fenômenos fundamentais para a construção da identidade: a diferença e a igualdade¹¹⁸.

“O nome próprio é uma representação da identidade precocemente adquirida a partir da forma como os outros nos chamam e, portanto, pelo seu caráter restritivo, não dá conta da identidade”¹¹⁹, a qual incorpora outras características que vão além do prenome e, conseqüentemente, além do grupo familiar ao qual o sujeito pertence.

Na lição de Nbert Elias, não é possível pensar sujeito e sociedade como entidades ontologicamente diferentes. O ser humano singular não deriva da condição de isolamento, assim como a sociedade não se estabelece como mera

¹¹⁶ BOCK, Ana Mercês; GONÇALVES, Maria da Graça. Indivíduo-sociedade: uma relação importante na psicologia social. In: BOCK, Ana Mercês. **A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003, p.41.

¹¹⁷ SOARES, Ana Karla Silva; ATHAYDE, Rebecca Alves Aguiar; ARAÚJO, Rafaella de Carvalho; CAVALCANTI, Thiago Medeiros; NASCIMENTO, Anderson Mesquita do. Histórico da psicologia social. In: LIMA, Carla Fernanda de; PIMENTEL, Carlos Eduardo (orgs.) **Revisitando a psicologia social**. Curitiba: Juruá, 2017, p. 17/22.

¹¹⁸ CIAMPA, Antônio da Costa. Identidade. In: LANE, Silvia; CODO, Wanderlei (orgs.) **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 62/63.

¹¹⁹ JACQUES, Maria da Graça C. Identidade. In: STREY, Marlene N. [et al]. **Psicologia Social Contemporânea**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 165.

acumulação desestruturada de pessoas. Existe uma relação entre as pessoas que formam a sociedade, a qual possibilita transformações específicas na coletividade e, ao mesmo tempo, influencia nos padrões de auto-regulação que o sujeito estabelece dentro de si¹²⁰.

O conteúdo humano e a sua constituição individualizada perpassam a identificação de pessoas insubstituíveis, as quais compõem os chamados microgrupos ou grupos primários, nos quais a família se inclui. Sendo assim, a identidade se construirá a partir do contato, da participação e da imitação dos outros personagens, indo, no entanto, além da simples adaptação aos moldes estabelecidos pelos grupos, mas necessariamente incorporando-os¹²¹.

“Cada ser humano não é primeiro indivíduo e depois membro de um grupo. Ele (a) é, simultaneamente, membro de um grupo e indivíduo. A pessoa é sempre (...) membro de uma determinada classe de pessoas”¹²². Não apenas a família se estabelece como grupo de convívio, sendo o sujeito necessariamente apresentados a novas formações grupais que vão impactar diretamente na formação da sua identidade.

O pertencimento aos grupos é tão comum que, por vezes, o sujeito se identifica com substantivos que lhes atribuem características imutáveis (homem, brasileiro...), quando, em verdade, a identidade se apresenta como algo mutável. Ciampa trata da mutabilidade afirmando que: “Por mais contraditório, por mais mutável que seja, sei que sou eu que sou assim, ou seja, sou uma unidade de contraditórios, sou uno na multiplicidade e na mudança”¹²³.

“O homem, indissociável da natureza, é uma forma composta pelos fluxos mutantes, em devir. A verdade, como construção humana, apresenta-se plural e transitória”¹²⁴. A metamorfose que caracteriza o outro a partir da sua identidade é inerente a subjetividade do sujeito o qual constrói constantemente novos sistemas

¹²⁰ ELIAS, Nobert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro; Jorge Zahar Ed., 1994, p. 07/09.

¹²¹ VIANA, Cynthia Maria Jorge; OLIVEIRA, Yonara Dantas de; FRANCISCATTI, Kety Valéria Simões. Historiografia do sofrimento e crítica cultural: diálogos entre arte e psicologia como resistência aos ditames da sociedade contemporânea. In: MOYORGA, Claudia; RASERA, Emerson; PEREIRA, Maristela (orgs.). **Psicologia Social: sobre desigualdades e encontros**. Curitiba: Juruá, 2014, p. 111.

¹²² LOLAS-STEPKE, Fernando. A medizinische Anthropologie da escola de Heidelberg: implicações para a bioética. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 318.

¹²³ CIAMPA, Antônio da Costa. Identidade. In: LANE, Silvia; CODO, Wanderlei (orgs.). **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 61.

¹²⁴ SILVA, Nilza. Subjetividade. In: STREY, Marlene Neves (et. al.) **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. Petrópolis: Vozes, 2013, p. 170.

de identificação.

Os sistemas de identificação se subdividem em dois grupos principais: a identidade pessoal, referente aos atributos específicos do sujeito, e a identidade social, que inclui os atributos referentes ao pertencimento de grupos ou categorias, sendo constantemente aplicado o termo “identidade psicossocial” como forma de reconhecimento da articulação entre as instâncias. Ocorre que, os autores que escrevem sobre o referido tema, nem sempre adotam a mesma terminologia, o que contribui para a dificuldade de exprimir conceitualmente a identidade em sua complexidade¹²⁵.

Neste sentido, por exemplo, Goffman, ao usar o termo "identidade pessoal", refere-se à combinação única de itens da história de vida que são incorporados ao indivíduo com o auxílio dos apoios para a sua identidade, o que, necessariamente inclui os grupos sociais. A identidade pessoal estaria, pois, relacionada com a pressuposição de que ele pode ser diferenciado de todos os outros e que, em torno desses meios de diferenciação, podem-se apegar e entrelaçar. Assim, a identidade pessoal desempenha um papel estruturado, rotineiro e padronizado na organização social, justamente devido à sua unicidade¹²⁶.

As múltiplas relações sociais refletem a estrutura social ao mesmo tempo que reagem sobre ela, transformando-a e/ou conservando-a. Em cada momento a posição que o sujeito ocupa manifesta parte da sua identidade, ora como filho, ora como empregado, e assim sucessivamente¹²⁷.

Não existe possibilidade de desenvolvimento do Eu e construção da identidade sem a internalização de outros. A comunidade a qual o sujeito pertence evidencia-se como necessária à constituição do ser humano, o “que atesta que vidas privadas não surgem a partir de dentro, mas a partir de fora, isto é, em público”¹²⁸. A existência pública e conjunta tem fundamental importância na medida em que “a experiência de um, ao se mesclar com a experiência de outros, cria continuamente a

¹²⁵ JACQUES, Maria da Graça C. Identidade. In: STREY, Marlene N. [et al]. **Psicologia social contemporânea**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 161.

¹²⁶ GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4 ed. RJ: Zahar Editores, 1982, p. 67.

¹²⁷ CIAMPA, Antônio da Costa. Identidade. In: LANE, Silvia; CODO, Wanderlei (orgs.) **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 67.

¹²⁸ JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI Pedrinho. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 70.

experiência que constitui a realidade de todos”¹²⁹.

O sujeito é, pois, fruto de sua relação com o mundo, a partir da qual constrói a realidade. “Nessa relação como mundo esse sujeito se constitui, ao mesmo tempo, como produto e como produtor da sua história e da sociedade em que vive”¹³⁰. A realidade e a sua conseqüente alteração devem ser determinadas pela necessária mudança de paradigma no âmbito das relações entre os sujeitos. Neste sentido, destaca-se como relação especificamente relevante para a comprovação da hipótese do presente trabalho aquela que envolve o profissional de saúde e o sujeito que faz uso problemático de SPA's.

Uma nova abordagem no âmbito das relações de saúde pode trazer, assim, efeitos sociais desejados, tais como uma realidade mais acolhedora e condescendente com as escolhas e perspectivas do sujeito, compreendendo-o enquanto identidade que deve interferir de forma direta no diálogo que conduz ao possível tratamento médico. Isso vai promover a emancipação do sujeito, fazendo com que este passe a se relacionar de uma forma mais autônoma com relação aos objetos e sujeitos que o cercam sem, contudo, se afastarem deles como elementos inerentes a sua própria identidade.

Pode-se perceber que “grupos, massas, o outro, a cultura, as regras sociais, tudo vai aparecer na psicologia social como fontes de pressão ou influência sobre os indivíduos”¹³¹. Sendo assim, importante compreender a identidade como o resultado direto da influência dos outros indivíduos e do contexto em que vive o sujeito, demonstrando, ao mesmo tempo, a influência da sociedade na constituição do ser.

Isto porque, a realidade social não pode ser pensada sem a presença do homem que a transforma, sendo o indivíduo caracterizado como sujeito ativo, social e histórico¹³², o que evidencia a sua importância enquanto ação construtiva e enquanto influenciado pela própria criação. “Dito de outra forma: o indivíduo se configura ao mesmo tempo como personagem e autor – personagem de uma

¹²⁹ Ibid., p. 74.

¹³⁰ LHULLIER, Louise A. Psicologia Política. In: STREY, Marlene Neves (et. al.) **Psicologia social contemporânea**: livro-texto. Petrópolis: Vozes, 2013, p. 176.

¹³¹ BOCK, Ana Mercês; GONÇALVES, Maria da Graça. Indivíduo-sociedade: uma relação importante na psicologia social. In: BOCK, Ana Mercês. **A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 43.

¹³² Ibid., p. 49.

história que ele mesmo constrói e que, por sua vez, o vai construindo como autor”¹³³.

“O problema consiste em que não é possível dissociar o estudo da identidade do indivíduo do estudo da sociedade. As possibilidades de diferentes configurações de identidade estão relacionadas com as diferentes configurações de ordem social”¹³⁴. A grande mazela da construção da identidade em relação a ordem social vigente é que a interpretação da identidade ora revela grande poder, ora grande onipotência, o que se agrava a partir da construção das representações sociais e do estigma.

As relações travadas em sociedade não podem existir sem que haja outro sujeito, no entanto, as relações nem sempre se afiguram como positivas. O conflito é uma relação, bem como a exclusão. Mesmo o indivíduo excluído pressupõe um outro que exclui. “A percepção da relação é, pois, uma percepção dialética de que algumas coisas necessitam de outras para serem elas mesmas”¹³⁵.

A análise das relações a partir da alteridade não pressupõe a inexistência de conflitos, mas a criação de condições para superação deles, sendo a paz a sua condicionante e o seu objetivo. Por isso, a alteridade também não pressupõe a passividade e a complacência, mas a relação que enriquece a partir da postura, conscientemente assumida, segundo a qual o Outro é que produz a paz da qual o Eu se beneficia¹³⁶.

Para a construção de uma relação pacífica, as inter-relações pessoais entre os sujeitos devem se configurar como alicerce da formação de um sistema organizado de comunicação com base na linguagem. “Logo, a consciência social, como a linguagem, possuirá uma vida própria e específica, também com particularidades históricas e sociais que acompanham a linguagem”¹³⁷.

“É a comunidade humana que concebe a cada ser a capacidade de linguagem, de dar um nome a cada coisa e de estruturar, assim, a sua agilidade e a

¹³³ JACQUES, Maria da Graça C. Identidade. In: Psicologia Social Contemporânea. STREY, Marlene N. et al. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 163.

¹³⁴ CIAMPA, Antônio da Costa. Identidade. In: LANE, Silvia; CODO, Wanderlei (orgs.) **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 72.

¹³⁵ GUARESCHI, Pedrinho A. Relações comunitárias: relações de dominação. In: CAMPOS, Regina Helena de F. (Org.) **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 83.

¹³⁶ GARCIA, Wilson. O aporte da alteridade como valor e referência, In: CLÍMACO, Fernando (et al.). **Alteridade: a diferença que soma**. Belo Horizonte: INEDE, 2005, p. 82.

¹³⁷ KUROESKI, Maristela. **Psicologia Social e Antropologia: simbolismo e linguagem à luz de Cuatrecasas**. Curitiba: Juruá, 2015, p. 119.

sua amplitude representação simbólica”¹³⁸. O consenso perpassa a compreensão, e para que o sujeito possa compreender é preciso que consiga extrair um significado daquilo que lhe é apresentado a partir da linguagem, a qual inclui os mais diversos símbolos, inclusive, a fala, a qual interfere de forma direta na produção e desenvolvimento dos vínculos sociais.

Partindo-se do pressuposto de que os vínculos sociais e sua forma de produção deveriam ser objeto de estudo da psicologia social, desenvolveu-se uma das correntes de maior impacto na disciplina, qual seja, a Teoria das Representações Sociais, cuja maior contribuição o estudo de um conhecimento socialmente elaborado e partilhado que contribui para a realidade comum de um grupo social¹³⁹.

“As Representações Sociais são ‘teorias’ sobre os saberes populares e o senso comum, elaboradas e partilhadas coletivamente, com a finalidade de construir e interpretar o real”¹⁴⁰. As referidas teorias são dinâmicas e conduzem os indivíduos a criarem interpretações e comportamentos que levam em conta as interações com o meio.

Quando se faz menção às representações sociais, a análise se desloca do sujeito para centrar-se nos fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade social. Essa análise traz como principal desafio o reconhecimento da totalidade, reconhecendo o social como uma dinâmica que se difere de uma associação de indivíduos¹⁴¹.

Os indivíduos, uma vez aglomerados, criam entre si elos de ligação, organização e comunicação que interferem de forma direta na sua própria formação. A organização do grupo decorre da formação de valores, os quais não são criados pela filosofia, cujo papel, entretanto, é o de revelá-los por meio da cultura¹⁴².

¹³⁸ BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Conflitos éticos no atendimento a moradores de rua: cidadania no mundo da exclusão. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 389.

¹³⁹ OLIVEIRA, Karen Guedes; NASCIMENTO, Bruna da Silva; SANTOS, Layrthon Carlos de Oliveira; FIGUEIREDO, Camilla Vieira de. Representações Sociais. In: LIMA, Carla Fernanda de; PIMENTEL, Carlos Eduardo (orgs.) **Revisitando a psicologia social**. Curitiba: Juruá, 2017, p. 60/61.

¹⁴⁰ OLIVEIRA, Fátima; WERBA, Graziela. Representações Sociais. Em: JACQUES, M. G. C. (Org.). **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 105.

¹⁴¹ JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI Pedrinho. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 79.

¹⁴² CAMILLO, Carlos Eduardo Nicolletti. **Teoria da alteridade jurídica**: em busca do conceito de direito em Emmanuel Lévinas. São Paulo: Perspectiva, 2016, p. 27.

“As representações sociais são concebidas como fenômenos condicionados pela cultura. Para explicar as representações sociais é preciso circunstanciá-las na cultura na qual foram construídas”¹⁴³. Isto porque, as representações se constroem como um conjunto de saberes que expressam a identidade de um grupo, as quais se definem a depender do contexto – tempo e espaço – em questão¹⁴⁴. Importante destacar, neste sentido, que o uso de drogas pode, inclusive, desempenhar o papel de afirmação de uma identidade no grupo¹⁴⁵, o que é muito comum dentro de contextos culturais e religiosos.

A concretude das representações sociais se especifica a partir de dois fenômenos da vida social, quais sejam: a objetificação e a ancoragem¹⁴⁶. A objetivação é o processo pelo qual o sujeito procura tornar concreta uma realidade a partir da ligação das ideias com as imagens, deixando a imagem de ser signo para ser uma cópia da própria realidade. Já a ancoragem é o processo pelo qual os sujeitos buscam um lugar para encaixar aquilo que não lhes é familiar, algo que muitas vezes se apresenta como estranho ou ameaçador”¹⁴⁷.

Para que a ancoragem aconteça “faz-se necessário a categorização e a nomeação, uma vez que, ao categorizar e nomear pessoas ou objetos do meio, facilita-se a ação do pensamento e, então, a representação do objeto ou pessoa a serem representados”¹⁴⁸. A objetivação, por sua vez, pode ser compreendida por intermédio da construção seletiva e estruturante, naturalizando, pois, aquilo que ora provocou estranheza, tendo a função de transformar algo desconhecido em algo familiar¹⁴⁹.

A objetivação no âmbito do uso de drogas tem forte influência do fenômeno de criminalização. Isto porque, a transformação de ato ilícito em ato legalizado e

¹⁴³ BOCK, Ana Mercês; GONÇALVES, Maria da Graça. Indivíduo-sociedade: uma relação importante na psicologia social. In: BOCK, Ana Mercês. **A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003, p.75.

¹⁴⁴ OLIVEIRA, Fátima O.; WERBA, Graziela. Representações Sociais. In: JACQUES, M. G. C. (Org.). **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 107.

¹⁴⁵ DESLANDES, Suely F. Drogas e vulnerabilidades às violências. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edenilson Ramos de. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 249.

¹⁴⁶ JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI Pedrinho. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 81.

¹⁴⁷ OLIVEIRA, Fátima O.; WERBA, Graziela. Representações Sociais. In: JACQUES, M. G. C. (Org.). **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 109/110.

¹⁴⁸ OLIVEIRA, Karen Guedes; NASCIMENTO, Bruna da Silva; SANTOS, Layrthon Carlos de Oliveira; FIGUEIREDO, Camilla Vieira de. Representações Sociais. In: LIMA, Carla Fernanda de; PIMENTEL, Carlos Eduardo (orgs.) **Revisitando a psicologia social**. Curitiba: Juruá, 2017, p. 65.

¹⁴⁹ Ibid., p. 65.

permitido pelo sistema provavelmente fará com que a atitude seja encarada pela sociedade como fenômeno natural. Conforme já foi apresentado em capítulo anterior, o oposto também é verdadeiro. Assim, numa perspectiva cultural, o fenômeno da proibição pode ensejar a estranheza e a reprovação de condutas que outrora se apresentavam na sociedade com naturalidade.

“Os sistemas de representações sociais sobre drogas na atualidade, visivelmente, estão interligados a ideia de que o mundo seria melhor se estivesse livre das drogas, pois elas representam grande parte do mal vivido na atualidade”¹⁵⁰. Ocorre que, as noções de saúde e doença perpassam as definições variadas segundo as diferentes culturas. Assim, influenciam os processos atinentes à autopercepção e avaliações de outros, incluindo a família, a rede social e os profissionais da saúde¹⁵¹.

Outro aspecto que exerce influência no âmbito das relações humanas é a noção de estigma, a qual pode provocar uma forte desaprovação de características ou crenças pessoais, que vão contra normas culturais, determinando, muitas vezes, a marginalização de um sujeito ou grupo a partir de uma valorização que inviabiliza a aceitação social plena.

Os gregos criaram o termo estigma para se referir a sinais corporais que evidenciavam características referentes ao status moral daqueles que os apresentavam, estabelecendo, assim, um meio de categorizar as pessoas, diferenciando-as das ditas normais. Esses atributos, em regra, transformam um indivíduo em uma categoria menos desejável, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída, especialmente quando a dita característica provoca um efeito de descrédito evidente¹⁵², tal como ocorre com o uso de drogas.

“O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos”¹⁵³. Isto porque, o estigma existe em confrontação ao

¹⁵⁰ SAMPAIO, Christiane; FREITAS, Deisi Sangoi. Alteridade: os possíveis rumos a uma atitude transitiva na educação sobre drogas. In: II SEMINÁRIO NACIONAL DE FILOSOFIA E EDUCAÇÃO – CONFLUÊNCIAS, 2006, Santa Maria, RS. **Anais eletrônico...** Santa Maria: UFSM, 2006. Disponível: <<http://coral.ufsm.br/gpforma/2senafe/e3.htm>>.

¹⁵¹ CORREIA, Francisco de Assis. **A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética**. 1993. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000065475>>. Acesso em: 14 mar. 2017, p. 146.

¹⁵² GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4 ed. RJ: Zahar Editores, 1982, p. 11/12.

¹⁵³ Ibid. p. 13.

outro. Apenas são estigmatizados os sujeitos que se relacionam com os indivíduos que, beneficiando-se da ausência de uma dada característica, confirmam a sua normalidade, em detrimento da atribuição de ato/fato desonroso ao outro.

No que se refere às consequências do estigma para os indivíduos estigmatizados, o principal impacto é a internalização do estigma, fenômeno denominado autoestigma ou estigma internalizado. Dessa forma, quando as pessoas percebem que pertencem a uma categoria socialmente desvalorizada, podem antecipar a desvalorização e a discriminação, mesmo quando elas não ocorrem efetivamente, realçando o sentimento de vergonha e levando-as a rever suas conceituações a respeito de si mesmos. O problema do autoestigma é a criação de um círculo vicioso, em que a internalização do estigma conduz à diminuição da autoestima e prejudica as relações sociais, provocando, muitas vezes, seu isolamento social e a hesitação para a busca de ajuda profissional e tratamento adequado para sua condição¹⁵⁴.

Carente da concretude da condição humana e dos padrões intersubjetivos de reconhecimento recíproco do amor, do direito e da solidariedade, a dignidade humana perde-se num simulacro de abstrações destituídas de significação, reduzindo-se a meros conceitos forjados com base em visões objetificantes do ser humano ou da natureza humana, que pouco ou nada dizem com relação à vida inserida na dinâmica dos conflitos, dos contrastes das violências e das degradações que permeiam a relação dos indivíduos com o seu universo simbólico de referência¹⁵⁵.

O estigma e o autoestigma passam a se constituir, assim, como obstáculos a vida plena em sociedade, dificultando a construção das relações sociais. O sujeito sofre, não apenas pela característica ou pela doença, mas também pela segregação que inferioriza e nega oportunidades para uma vida digna¹⁵⁶. A sua percepção de indignidade irá influenciar de forma direta a forma como o indivíduo se vê e será visto no âmbito da sociedade.

O estigma se estabelece, pois, como um dos componentes que estruturam o preconceito. Isto porque, se apresenta como elemento indutor do pré-julgamento que inclui um determinado grupo ou sujeito numa crença generalizada chamada

¹⁵⁴ FELICISSIMO, Flaviane Bevilaqua; FERREIRA, Gabriela Correia Lubambo; SOARES, Rhaisa Gontijo; SILVEIRA, Pollyanna Santos da; RONZANI, Telmo Mota. Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia, Teoria e Prática*. São Paulo, jan.-abr. 2013, p. 117/118.

¹⁵⁵ CARVALHO, Thiago Fabres de. **Criminologia, (in)visibilidade, reconhecimento**: o controle penal da subcidadania no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2014, p. 53.

¹⁵⁶ ROCHA, Fábio Lopes. Doença mental e estigma. In: CASABONA, Carlos María Romeo; SÁ, Maria de Fátima Freire de; POLI, Leonardo Macedo. *Direito Biomédico II*: Espanha – Brasil. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2013, p. 48.

“estereótipo”, a qual conduz a discriminação¹⁵⁷. Neste sentido, merece destaque a lição de Marlene Braz:

A estigmatização produz muitos efeitos deletérios. Entre eles podemos citar: um descrédito na vida; um defeito, falha ou, no mínimo uma desvantagem em relação a outro indivíduo não portador; redução de oportunidades, desvalorização da pessoa definida apenas pelo estigma conferido o que leva a uma imagem deteriorada; anulação da individualidade em nome do modelo socialmente construído, ideal, virtual. Por ser diferente, passa a ser visto como nocivo ou incapaz e, com isso sofre um processo de marginalização¹⁵⁸.

A diferenciação negativa gera, não apenas o auto estigma, que impacta na forma como o indivíduo vê a si mesmo e na forma como se relaciona com a sociedade, como também o preconceito. Tal figura se estabelece, a priori, como um pensar em relação ao outro sob vários aspectos, sejam eles morais, estéticos, culturais ou corporais. A partir daí se estabelecem categorizações de forma maniqueísta, bom/mau, adequado/inadequado, de acordo com o padrão considerado normal pelo grupo ou sociedade vigente¹⁵⁹.

Goffman destaca três tipos de estigma: o primeiro referente as deformidades físicas; o segundo ligado aos comportamentos religiosos ou culturais e aquele que inclui o abuso de drogas, que se refere as culpas de caráter individual, percebidos como vontades fracas ou não naturais¹⁶⁰.

A condição de usuários de drogas, notadamente aqueles que se apresentam como dependentes de substâncias ilícitas, já se apresenta como fator de vulnerabilidade a diversas formas de violência, sejam elas praticadas pelos agentes do tráfico, pelos policiais, pelos próprios parceiros de uso, e pela sociedade, a partir da violência simbólica que provoca a estigmatização social e familiar do sujeito¹⁶¹, o qual tende a se afastar dos meios nos quais é marginalizado.

Aquele que se aproxima com a intenção de abordar a questão estigmatizada,

¹⁵⁷ FREIRES, Leovigildo Alves; BARBOSA, Larisse Helena Gomes; COELHO, Gabriel Lins; SANTOS, Layrthon Carlos de Oliveira; MOIZÉIS, Heloísa Bárbara Cunha. O estudo das relações intergrupais no contexto dos grupos minoritários: resgatando perspectivas clássicas e atuais da psicologia social. In: LIMA, Carla Fernanda de; PIMENTEL, Carlos Eduardo (orgs.) **Revisitando a psicologia social**. Curitiba: Juruá, 2017, p. 65.

¹⁵⁸ BRAZ, Marlene. Discriminação negativa, preconceito e estigma. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs.) **Bioética e Psicologia**: inter-relações. Curitiba, CRV, 2017, p. 154.

¹⁵⁹ Ibid, p. 157.

¹⁶⁰ GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4 ed. RJ: Zahar Editores, 1982, p. 14.

¹⁶¹ DESLANDES, Suely F. Drogas e vulnerabilidades às violências. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edenilson Ramos de. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 259/260.

seja por uma curiosidade mórbida, seja oferecendo uma ajuda desnecessária ou indesejada, pode desencadear uma reação defensiva do sujeito, esquivando-se da investida, retraindo-se, ou, em algumas situações, inclusive, agindo de forma grosseira e agressiva¹⁶².

“Os usuários dependentes de substâncias lícitas ou ilícitas, uma vez sob condições de estigmatização, podem desenvolver comportamentos mais agressivos como respostas às pressões que sofrem”¹⁶³. Quanto mais estigmatizado e vulnerado está o sujeito, mais propenso a agir de forma agressiva.

Essa postura é comumente verificada na prática da redução de danos, quando o sujeito abordado relata não precisar de ajuda e, algumas vezes, deprecia o redutor, agindo de forma grosseira, principalmente quando está sob o efeito de entorpecentes ou nas cenas de uso. Tal atitude é mitigada, ou extirpada, pela existência do vínculo, quando a pessoa que usa drogas reconhece o agente de saúde de outras visitas ao território ou de ponto de apoio que oferece atenção e ajuda constantes.

Não é produtora para a relação do profissional de saúde que o paciente se sinta agredido por confrontações e abordagens abruptas. No âmbito do uso abusivo de drogas a aproximação deve ser desenvolvida a partir de um relacionamento com o paciente que compreenda as substâncias utilizadas e as repercussões delas em sua vida, sempre tentando obter informações úteis para o possível apaziguamento das complicações físicas e psíquicas provenientes do contato com a substância¹⁶⁴.

Conhecido o panorama acerca do uso de drogas que torna o indivíduo estigmatizado, o redutor de danos ou profissional de saúde demonstram, a partir do vínculo, que podem se apresentar como grupo do qual o usuário pode esperar acolhimento e apoio. A esse grupo Goffman denomina “informados”.

Os “informados” são pessoas diante das quais o indivíduo estigmatizado não precisa controlar-se ou envergonhar-se, porque sabe que serão tratados como pessoas comuns, demonstrando uma postura de aceitação que se aproxima da

¹⁶² Ibid. p. 25/27.

¹⁶³ DESLANDES, Suely F. Drogas e vulnerabilidades às violências. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edenílza Ramos de. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 245.

¹⁶⁴ CASTRO, Maria da Graça Tanori de. Avaliação Psiquiátrica. In: PULCHERIO, Gilda; BICCA, Carla; SILVA, Fernando Amarante. **Álcool, outras drogas, informação**: o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 47.

simpatia. Neste caso, a informação deriva do lugar de cuidado atribuído em decorrência do seu trabalho, detendo-se não apenas das necessidades dos sujeitos, mas também das ações empreendidas pela sociedade em relação a eles¹⁶⁵.

Há uma crença de que as relações interpessoais com estranhos pertencentes a um grupo ocorrerão sempre da mesma maneira, a partir de respostas estereotípicas. Ocorre que na medida em que as pessoas se aproximam no grupo, a intimidade demonstra que o momento de aproximação se torna cada vez mais permeado de compreensão e simpatia, tornando a avaliação sobre o sujeito mais realística e atenta as suas qualidades pessoais¹⁶⁶.

A compreensão das qualidades pessoais do sujeito e a adoção de uma postura cuidadosa com relação ao outro podem se estabelecer como verdadeiro elo de ligação com o conceito de alteridade, o que, numa perspectiva de Psicologia Social, vai provocar uma constante alteração da realidade social, promovendo, desta forma, um ambiente mais harmônico e realista de interação entre os sujeitos.

Ciampa, no seu texto sobre Identidade, faz a seguinte reflexão: “Identidade é movimento, é desenvolvimento do concreto. Identidade é metamorfose. É sermos o Um e o Outro, para que cheguemos a ser Um, numa infundável transformação”¹⁶⁷.

Quando a lógica da identidade prevalece sobre alteridades, não é possível pensar o outro como o outro, tornando-se necessário fazer dele um estrangeiro, quando em verdade a conscientização de identidades relativas poderia ser resolvida através das alteridades mediadoras capazes de criar laços simbólicos entre as diferentes culturas ou rituais¹⁶⁸.

Considerando o panorama de pertencimento e exclusão apresentados nos tópicos anteriores surge, pois, a alteridade, como “produto de duplo processo de construção e de exclusão social que, indissolúvelmente ligados como dois lados de uma mesma moeda, mantêm sua unidade por meio de um sistema de

¹⁶⁵ GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4 ed. RJ: Zahar Editores, 1982, p. 37/39.

¹⁶⁶ *Ibid.*, p. 61.

¹⁶⁷ CIAMPA, Antônio da Costa. Identidade. In: LANE, Silvia; CODO, Wanderlei (orgs.) **Psicologia social**: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 74.

¹⁶⁸ AUGER, Marc. **Por uma antropologia dos mundos contemporâneos**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997, p.100\101.

representações”¹⁶⁹.

Levando-se em conta os processos simbólicos de diferenciação e de marginalização que se apresentam como negativos, é possível compreender a alteridade como forma de relação social que supera a dicotomia prejudicial de que o outro não é o mesmo¹⁷⁰, o que muitas vezes enseja a sua inferiorização e exclusão. Não se pretende com isso defender uma simbiose entre o eu e o outro, mas a compreensão da inegável interdependência entre ambos.

Jovchelovitch chama a atenção da importância de estudar a alteridade por ser o reconhecimento do outro o pressuposto básico da identidade, da linguagem e do símbolo. Ou seja, o outro viabiliza, portanto, o eu. Para a autora, toda a vida psíquica e social decorre da intersubjetividade da vida individual e social, considerando, ainda, a importância dos objetos na construção do mundo externo, o qual possibilita e parametriza a construção do eu com sentido próprio. Não apenas a identidade, mas a própria existência depende desses fatores¹⁷¹.

O homem constrói o mundo. Ele move-se e relaciona-se com o mundo social a partir da linguagem, a qual se constitui como a plasmação do simbolismo. A linguagem é dinâmica e retroalimenta o indivíduo, bem como a mentalidade coletiva, assegurando a própria vida do grupo social¹⁷².

“A diferença aparece como o contorno mais saliente e intrigante da alteridade. Assim, identidade e diferença não são termos alternativos, e sim pensados um em função do outro, em mútua dependência”¹⁷³. De fato, estar na presença não só do que é diferente, mas da própria diferença, implica constatar a diferença para compreendê-la a partir de um estranhamento que indaga, analisa e estranha, mas respeita e valoriza, a partir de uma postura aberta e indagadora, à procura de descobrir valores, potências, desejos, sonhos e utopias elegidas pelo Outro, construindo a possibilidade da relação solidária, do afeto em movimento, do saber

¹⁶⁹ JODELET, Denise. A alteridade como produto e processo psicossocial. In: ARRUDA, Ângela (org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998, p. 47/48.

¹⁷⁰ Ibid., p. 52.

¹⁷¹ JOVCHELOVITCH, Sandra. Re(des)cobrir o outro: para um entendimento da alteridade na teoria das representações sociais. In: Ângela Arruda (org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998, p. 69/72.

¹⁷² KUROESKI, Maristela. **Psicologia social e antropologia: simbolismo e linguagem à luz de Cuatrecasas**. Curitiba: Juruá, 2015, p. 117.

¹⁷³ ARRUDA, Ângela. O ambiente natural e seus habitantes no imaginário Brasileiro: negociando a diferença. In: ARRUDA, Ângela (org.). **Representando a alteridade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002, p.1.

que se alterna e flui nas duas direções: do Eu para o Outro e do Outro para o Eu¹⁷⁴.

A necessidade de compreensão da alteridade como alicerce da existência é uma questão de contínua importância na vida de grupos e comunidades pois os sujeitos, nas suas relações com o outro, por não compreenderem a diferença, acabam criando (e perpetuando) o medo, a segregação e a exclusão¹⁷⁵. A construção dessa relação assimétrica influenciada pela ausência da alteridade é postura recorrente quando relacionada ao grupo de usuários de drogas, os quais são, de forma constante, marginalizados e excluídos em virtude de uma escolha que se refere a uma relação distinta com o objeto droga.

Não se pretende definir que todo tipo de relação com a droga se apresenta como isenta de riscos, danos e complicações, o que no modelo proibicionista atual, necessariamente, irá incluir o indivíduo na categoria de marginalidade decorrente do seu status de infrator da lei e, em vários casos, de doente. O problema não decorre apenas da categorização em si, mas da forma como o tratamento no âmbito penal e no âmbito médico se estabelecem para lidar com as referidas questões.

A partir do estudo dos conceitos básicos da Psicologia Social, o qual teve como desfecho a apresentação da alteridade como construção que extrapola a noção de identidade e constrói um panorama de relações mais solidárias, se torna importante o estudo do conceito de alteridade a partir de um autor que se estabelece como um marco teórico fundamental para a construção do conceito de alteridade: Emmanuel Lévinas.

3.3 A ALTERIDADE PARA EMMANUEL LÉVINAS

Lévinas, além de introduzir a fenomenologia na França, influenciado pelas obras de Husserl e Heidegger, construiu as bases para a reação à crise da humanidade que testemunhou no século XX, convolvendo-se num sentido peculiar da filosofia contemporânea, mais precisamente a ética da alteridade¹⁷⁶.

A relação dialética com o outro foi a base de construção do pensamento de

¹⁷⁴ GARCIA, Wilson. O aporte da alteridade como valor e referência, In: CLÍMACO, Fernando (et al.). **Alteridade: a diferença que soma**. Belo Horizonte: INEDE, 2005, p. 81/82.

¹⁷⁵ JOVCHELOVITCH, Sandra. Re(des)cobrir o outro: para um entendimento da alteridade na teoria das representações sociais. In: Angela Arruda (org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998, p. 69.

¹⁷⁶ CAMILLO, Carlos Eduardo Nicolletti. **Teoria da alteridade jurídica: em busca do conceito de direito em Emmanuel Lévinas**. São Paulo: Perspectiva, 2016, p. 40.

Lévinas, o qual se baseia no Outro. O autor compreende, a partir de Rimbaud, que nenhum dado estaria imediatamente no mundo da identidade, surgindo precisamente na relação de uns com os outros, o que interferiria naturalmente na significação dos dados¹⁷⁷, e, conseqüentemente, na formação da identidade.

Neste sentido, o processo de clareamento dos objetos, tornando-os significantes, não se configura como um processo natural sendo necessariamente, criação cultural. Assim, o próprio pensamento pode ser inserido na cultura através do gesto verbal do corpo que, ao mesmo tempo, o precede e o supera¹⁷⁸. Merece destaque, pois, a perspectiva da criação cultural, a qual possibilitaria, inclusive, o julgamento moral das outras culturas. Lévinas reconhece o papel da moral como fundamento do julgamento das culturas. Para o autor, as normas decorrentes da moral tornam possíveis toda a significação, inclusive cultural, fundamentando assim o julgamento de uma cultura a partir da outra¹⁷⁹.

Outro conceito que se destaca na leitura e compreensão da obra Lévinasiana é o conceito de Rosto, o qual constitui-se numa abertura para o Outro que não resulta da anulação do Eu, nem tampouco a sua negação ou violência, mas da compreensão do papel do Outro na formação e transformação da relação que constitui o sujeito.

O rosto é precisamente a única abertura onde a significância do transcendente não anula a transcendência para fazê-la entrar numa ordem imanente, mas onde, ao contrário, a transcendência se recusa à imanência precisamente enquanto transcendência sempre passada do transcendente¹⁸⁰.

Lourenço Leite, comentando as relações contemporâneas, afirma que o homem hoje deseja a vivência apenas do individualismo. Assim, almeja que o outro não tenha Rosto porque o deseja fora de si, sem que apresente qualquer risco a sua supremacia. O outro seria, dessa forma, não a subjetividade do encontro mas inteiramente indiferente ao eu¹⁸¹.

Emergindo da relação entre os sujeitos uma nova perspectiva de ponderação, a de pensar a si mesmo e a sociedade a partir e com o Outro, Lévinas fala de uma

¹⁷⁷ LÉVINAS, Emmanuel. **Humanismo do outro homem**. Petrópolis: Vozes, 1993, p. 24/26.

¹⁷⁸ Ibid., p. 31/32.

¹⁷⁹ Ibid., p. 68/70.

¹⁸⁰ Ibid., p. 73

¹⁸¹ LEITE, Lourenço. **Albert Camus: Ética do absurdo**. Salvador; Edufba, 2017, p. 45.

relação indissociável entre os indivíduos, entendendo a alteridade como a relação de aproximação e responsabilidade:

Ser eu significa, portanto, não poder subtrair-se à responsabilidade, como se todo o edifício da criação repousasse sobre minhas costas. (...) O eu ante o outro é infinitamente responsável. O outro que provoca este movimento ético na consciência, que desajusta a boa consciência da coincidência do mesmo consigo mesmo, implica uma aproximação inadequada com a intencionalidade. Isto é o Desejo: arder de um fogo distinto da necessidade que a saturação apaga, pensar além do que se pensa¹⁸².

“O sentido da ética para Lévinas é algo complexo para implementar, mas muito simples de entender: ser responsável pelo Outro, acolhendo-o, faz com que Eu jamais se desvirtue de sua natureza humana”¹⁸³. Assim o autor inaugura a noção de responsabilidade pelo Outro.

A responsabilidade é privilegiada por Lévinas de tal forma, que o Eu detem uma responsabilidade total, tendo uma responsabilidade maior do que todos os outros. Assim, responde por todos os outros e por tudo o que é dos outros, e até mesmo pela própria responsabilidade¹⁸⁴. A responsabilidade total “assume todas as culpas, erros, falhas, ações e omissões dos Outros e por tudo o mais que for dos Outros ainda que se trate da sua responsabilidade para com Outrem”¹⁸⁵.

Tenho descrito sempre o rosto do próximo como portador de uma ordem, que impõe ao *eu*, diante do outro, uma responsabilidade gratuita – e inalienável, como se eu fosse escolhido e único – e o outro homem é absolutamente outro, isto é, ainda incomparável e, assim, único. Todavia, homens que estão à minha volta são tantos! Daí o problema: quem é meu próximo? Problema inevitável da justiça. Necessidade de comparar os incomparáveis, de conhecer os homens, daí seu aparecer de formas plásticas de figuras visíveis e, de certo modo, “des-figuradas”: como um grupo que arrancada de um contexto, fonte de minha obrigação diante dos outros homens; fonte à qual a mesma procura da justiça, afinal de contas, remete e cujo esquecimento arrisca transformar em calculo meramente político – e chegando até os abusos totalitários – a sublime e difícil obra de justiça¹⁸⁶.

Importante destacar o papel de proeminência da responsabilidade na obra

¹⁸² LÉVINAS, Emmanuel. **Humanismo del otro hombre**. México: Siglo XXI Editores, 1993, p. 62/63.

¹⁸³ CAMILLO, Carlos Eduardo Nicolletti. **Teoria da alteridade jurídica**: em busca do conceito de direito em Emmanuel Lévinas. São Paulo: Perspectiva, 2016, p. 95.

¹⁸⁴ SILVA, Márcio Bolda da. **Rosto e Alteridade**: pressupostos da ética comunitária. São Paulo: Paulus, 1995, p. 81.

¹⁸⁵ CAMILLO, Carlos Eduardo Nicolletti. **Teoria da alteridade jurídica**: em busca do conceito de direito em Emmanuel Lévinas. São Paulo: Perspectiva, 2016, p. 48.

¹⁸⁶ LÉVINAS, Emmanuel. **Violência do rosto**. Trad. Fernando Soares Moreira. São Paulo; Edições Loyola, 2014, p. 29.

Lévinasiana, na medida em que ele convoca o Eu ao movimento da responsabilidade ética para com o Outro, viabilizando a alteridade ética do Ser em direção ao infinito¹⁸⁷. É diante deste mandamento de responsabilidade para com o outro que deriva a obrigação de não tomar atitudes que violem a dignidade e os direitos deste outro¹⁸⁸.

A responsabilidade para com o outro se aproxima também da concepção de infinito delineada por Lévinas. O eu deve apresentar-se como transcendência do outro. “Na exposição sem reserva e sem fim da responsabilidade pelo outro, na doação ou na renúncia involuntária da substituição, se mostra, sem se mostrar, o Dizer do Infinito”¹⁸⁹. Esta ideia é confundida com uma passividade quase que irrestrita com relação ao outro, o que poderia, inclusive, gerar sofrimento e expiação do eu. No entanto, a filosofia do referido autor não tem a intenção de desconsiderar completamente a concepção do indivíduo em prol da responsabilidade.

“A passividade pura que precede a liberdade é responsabilidade. Mas a liberdade que não deve nada à minha liberdade, é minha responsabilidade pela liberdade dos outros”¹⁹⁰. Assim, fica claro que a responsabilidade pelo outro implica em passividade e sujeição à vontade do outro, mas essa sujeição, de forma alguma, desemboca numa violência que fere a noção de liberdade do eu.

Bauman traduz a responsabilidade ética na teoria de Emmanuel Lévinas da seguinte forma: “o Outro manda em mim por sua fraqueza, não por sua força; ele me dá ordens evitando vocalizá-las; a despreensão e o silêncio do Outro é que desencadeiam meu impulso ético”¹⁹¹.

Já Jorge Miranda de Almeida traduz a noção de responsabilidade como a obrigação de torná-lo atento, de despertá-lo para a realidade existencial, porque a realidade é também para o indivíduo uma tarefa que quer ser realizada. A efetivação desta realidade ocorre mediante ações éticas que exigem uma relação efetiva entre os sujeitos, porque, como já foi dito, relacionar-se com o outro, é fazê-lo existir, mas

¹⁸⁷ CAMILLO, Carlos Eduardo Nicolletti. **Teoria da alteridade jurídica**: em busca do conceito de direito em Emmanuel Lévinas. São Paulo: Perspectiva, 2016, p. 47.

¹⁸⁸ RICETTI, Simone Maria. Bioética e arte: encontro da subjetividade e reconhecimento do outro. In: RENK, Valquíria; RAULI, Patrícia Maria Forte. **Bioética e Educação**. Curitiba: CRV, 2016, p. 146.

¹⁸⁹ DOUEK, Sybil Safdie. **Paul Ricoeur e Emmanuel Lévinas**: um elegante desacordo... São Paulo: Edições Loyola, 2011, p. 192.

¹⁹⁰ LÉVINAS, Emmanuel. **Humanismo do outro homem**. Petrópolis: Vozes, 1993, p. 98.

¹⁹¹ BAUMAN, Zygmunt. **Danos colaterais**: desigualdades sociais numa era global. Rio de Janeiro: Zahar, 2013, p. 78.

fazê-lo existir é também fazer-se existir a si mesmo¹⁹².

Trata-se de um discurso ético que privilegia a responsabilidade pelo Outro, assentado na ideia de que o Eu, invariavelmente, sempre é responsável por tudo e por todos, mais do que qualquer um e de maneira assimétrica, isto é, sem que o Outro também nutra o mesmo aspecto de responsabilidade pelo Eu¹⁹³. A ideia de responsabilidade ética pelo outro faz com que a preocupação com as suas demandas e questões possa, em alguns momentos, suprimir o interesse egoísta, o que se apresenta como fundamento de uma relação envolvendo o profissional de saúde e o usuário problemático a partir de uma relação que pressupõe a responsabilidade pelo outro sem, contudo, inviabilizar o diálogo entre as partes sob pena de configurar-se como verdadeira violência.

Se o diálogo é um evento que se dá numa estrutura eu-outro do tipo simétrica, implica que os atos do eu que podem afetar o outro de maneira significativa, tendo uma clara dimensão moral política, a qual tem a ver com o poder, suas qualidades de potencialidades, e com a democracia¹⁹⁴.

Daniel Serrão, no entanto, discorda da concepção de responsabilidade criada por Lévinas, quando este afirma que é a presença do outro, que inaugura a ética, porque me responsabiliza. Para Serrão, há uma responsabilidade ética de cada um por si próprio, que estaria presente mesmo que só existisse um Homem no mundo. A partir deste núcleo da ética individual seria construída uma ética relacional ou dialogal¹⁹⁵.

3.4 A ALTERIDADE COMO ARQUÉTIPO

Carlos Bynghon, criador da Psicologia Simbólica Junguiana, apresenta uma nova perspectiva de formação da identidade a partir da elaboração simbólica coordenada pelos arquétipos. Essa identidade surge junto com a identidade do não-Ego, que será o Outro durante toda a vida. Assim, O Ego e o Outro nascem simultaneamente e são sempre o centro da identidade e da consciência, o que é

¹⁹² ALMEIDA, Jorge Miranda de. **Ética e Existência em Kierkegaard e Lévinas**. Vitória da Conquista: UESB, 2009, p. 123.

¹⁹³ CAMILLO, Carlos Eduardo Nicolletti. **Teoria da alteridade jurídica**: em busca do conceito de direito em Emmanuel Lévinas. São Paulo: Perspectiva, 2016, p. 12

¹⁹⁴ DUVEEN, Gerard. A construção da alteridade. ARRUDA, Angela (org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998, p. 106/107.

¹⁹⁵ SERRÃO, Daniel. Aconselhamento Ético. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**. v. III. Coimbra: Almedina, 2009, p. 261.

exemplificado a partir da construção de gênero na qual o sujeito se descobre homem ao mesmo tempo em que percebe que não se enquadra no gênero feminino¹⁹⁶.

Para explicar a alteridade como arquétipo, necessário lançar mão dos arquétipos matriarcal e patriarcal. Enquanto que o primeiro estaria ligado à sensualidade, à fertilidade, ao cuidado e ao prazer, o arquétipo patriarcal foi elaborado a partir da lógica da hierarquização, da ordem, da eficiência e do objetivismo, tendo, inclusive, como sombra um componente genocida¹⁹⁷. Importante destacar que estão “ambos presentes na personalidade do homem e da mulher e em todas as culturas em combinações variáveis”¹⁹⁸. Sendo assim, não há que se falar em características femininas e masculinas, mas nos arquétipos matriarcal e patriarcal que se filiam às características centrais de prazer e hierarquização respectivamente.

É possível associar ao longo da história, conforme foi explicitado no primeiro capítulo do presente trabalho, o uso de drogas ao arquétipo matriarcal, na medida em que costuma estar associado a uma fuga da realidade que provoca prazeres físicos e psíquicos. Com relação a postura patriarcal, fundamentada no poder, é possível verificar a criminalização de qualquer tipo de uso como uma manifestação do patriarcal defensivo.

O arquétipo patriarcal está presente “em sistemas hierarquizantes, (...) que estabelecem distinções para baixo, admitindo, pela mesma lógica, uma diferenciação para cima. Todo universo social, então, acaba pagando o preço da sua extremada desigualdade, colocando tudo em gradações”¹⁹⁹.

Conforme foi destacado por Byington, a necessidade de dominação e de autoridade inerentes ao arquétipo patriarcal, poderia se manifestar, em sua expressão de sombra como tendência suicida, homicida ou genocida, sendo esta última a que melhor reflete a noção de hierarquização e a necessidade de aniquilação da cultura desigual, a qual não se estabelece, a princípio, como aniquilação física, mas fica evidente na noção de intolerância e colonização que se estabelece com as culturas diversas. Em algumas situações, como ocorreu na Alemanha, esta expressão suicida arrastou não somente Hitler, mas toda a

¹⁹⁶ BYINGTON, Carlos Amadeu Botelho. **Psicopatologia simbólica junguiana**: um estudo do mal e da ameaça de autodestruição da nossa espécie. 2 ed. São Paulo: Edição do autor, 2017, p. 35.

¹⁹⁷ Idem., 2015, p. 146 e 205.

¹⁹⁸ Idem., 2017, p. 38.

¹⁹⁹ DAMATTA, Roberto. **Relativizando**: Uma introdução a antropologia social. Rio de Janeiro: Rocco, 1987, p. 75.

sociedade para a prática da (literal) aniquilação do diferente²⁰⁰.

A intolerância pode ser vista como o antônimo da compaixão, a qual se estabelece como base da Alteridade²⁰¹. Reconhecer e respeitar o diferente deveria fazer parte do cotidiano como comportamento natural. No entanto, a não aceitação do outro – com suas diferenças e vicissitudes – tem levado pessoas a comportamentos de intolerância, atingindo o outro no seu aspecto mais íntimo²⁰², a partir de uma posição patriarcal que exclui os grupos daqueles tidos como inferiores.

Exemplo dessa posição polarizada pode ser observada na dominação do continente africano, que contém grupos reunidos aleatoriamente e que hoje travam verdadeiros massacres inter-étnicos em decorrência de não se ter observado as identidades ali presentes²⁰³. Para além da dinâmica simbiótica do matriarcal, que não diferencia o eu do outro e da lógica dominante do patriarcal, que hierarquiza o outro, surge um terceiro modelo de relação baseada no arquétipo da alteridade.

Para o autor, é a “posição dialética do arquétipo da alteridade, propiciadora do relacionamento simétrico entre Ego e o Outro, com direitos iguais, cada um incentivado democraticamente a expressar o mais profundo e verdadeiro de si mesmo”²⁰⁴.

De igual forma, “ao estudar a categoria da alteridade como o objetivo maior da lei humana, analisa a figura de Jesus Cristo como modelo da alteridade que, ao identificar-se com a lei, a suprime, superando-a em si mesmo”²⁰⁵. No mesmo sentido, Byngton compreende o mito cristão como a mais alta expressão da dialética da alteridade, apontando Jesus como uma figura que conseguia restaurar, dialeticamente, os arquétipos patriarcal e matriarcal.

“O arquétipo da alteridade é, certamente, a maior contribuição da psicologia simbólica junguiana. Não somente por ser ‘capaz de dar a todas as polaridades

²⁰⁰ BYINGTON, Carlos Amadeu Botelho. *Psiquiatria e política: a psicopatia Individual e coletiva no nacional socialismo: um Estudo da Psicologia Simbólica*. Disponível em: <http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/psiquiatria_e_politica.pdf>.

²⁰¹ MAIA, Merlânio. *Arte e alteridade*. In: CLÍMACO, Fernando (et al.). **Alteridade: a diferença que soma**. Belo Horizonte: INEDE, 2005, p. 139.

²⁰² RICETTI, Simone Maria. *Bioética e arte: encontro da subjetividade e reconhecimento do outro*. In: RENK, Valquíria; RAULI, Patrícia Maria Forte. **Bioética e Educação**. Curitiba: CRV, 2016, p. 150.

²⁰³ BYINGTON, Carlos Amadeu Botelho. *Psicologia simbólica Junguiana: A viagem de humanização do cosmos em busca da iluminação* 2 ed. São Paulo: 2015, p. 192.

²⁰⁴ Idem., 2017, p. 51..

²⁰⁵ ALMEIDA, Jorge Miranda de. **Ética e Existência em Kierkegaard e Lévinas**. Vitória da Conquista: UESB, 2009, p. 113.

direitos iguais de expressão', mas também porque (...) age na consciência"²⁰⁶. Trata-se, pois, de uma lógica baseada na sincronicidade, que "coordena o processo de elaboração de maneira dialética e sistêmica sempre em função da totalidade"²⁰⁷.

Tendo suas opiniões e práticas - decorrentes da cultura – ceifadas, julgadas, estigmatizadas e reprimidas sem que haja consenso, sem que haja diálogo, estar-se-á diante de uma postura hierarquizante, reflexo do arquétipo patriarcal, o que deve ser superado em razão da necessidade de concretização do arquétipo da alteridade. Ou seja, a solução para os problemas que incluem o estranhamento moral entre os sujeitos não está nem na intervenção forçada, nem no relativismo indiferente, sendo necessário um diálogo entre os indivíduos, com a função de construir uma relação pautada na experiência da alteridade.

Essa relação deve ser particularmente exercitada pelos médicos e profissionais de saúde, em virtude do seu compromisso de cuidado com o outro devendo, não pretender proporcionar a cura da doença, de forma hierarquizada e patriarcal, mas desenvolvendo uma relação simétrica fundamentada no diálogo, na compreensão e na alteridade.

Até mesmo porque, pensar pelo princípio da diferença é se afirmar enquanto diferente. A partir da representação, o princípio da diferença acaba sendo mediado pelo idêntico, pelo semelhante, pelo análogo. Torna-se necessário, pois, introduzir a diferença do pensamento; reconhecer as multiplicidades como transformadoras de ideia para compor a diferença na afirmação (e na negação); e, finalmente, tomar cuidado para não compreender o diverso como matéria do conceito idêntico, restaurando, assim, a diferença individuante²⁰⁸.

²⁰⁶ AGUIAR, Mônica. O arquétipo da alteridade como paradigma necessário ao afastamento da alienação parental. In: **Direito de família**. CONPEDI/UFPA; Coordenadores: Carolina Valença Ferraz, José Sebastião de Oliveira, Luciana Costa Poli. – Florianópolis: CONPEDI, 2014, p. 247.

²⁰⁷ BYINGTON, Carlos Amadeu Botelho. **Psicologia simbólica Junguiana: a viagem de humanização do cosmos em busca da iluminação**. 2 ed. São Paulo: 2015, p. 2015.

²⁰⁸ SILVA, Nilza. Subjetividade. In: STREY, Marlene Neves (et. al.) **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. Petrópolis: Vozes, 2013, p. 172.

4 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

O presente trabalho pretende analisar a relação profissional-paciente nos serviços de saúde. No entanto, considerando o destaque conferido à relação médico-paciente no âmbito da saúde e a vasta gama de estudos, notadamente no âmbito bioético, que tem como escopo do trabalho destacar variados aspectos da relação, será analisado inicialmente a relação com o profissional que exerce a Medicina a partir da sua formação específica.

No entanto, importa destacar que o que se verá adiante em termos de críticas e aprimoramentos necessários ao reconhecimento da complexidade bio-físico-social do usuário de substâncias psicoativas não se refere de forma específica ao seu encontro com o médico – o que, inclusive, nem sempre ocorre, notadamente nas abordagens de RD – mas se estende a toda equipe multidisciplinar de saúde, a qual será composta por profissionais das diversas áreas do saber.

Nos CAPS III, por exemplo, conforme da Portaria nº 336, do Ministério da Saúde, a composição da equipe contará com um médico psiquiatra; um enfermeiro; um médico clínico; quatro profissionais que geralmente estão vinculados as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo; bem como seis profissionais que incluem técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão²⁰⁹.

Além disso, no âmbito do uso abusivo de substâncias psicoativas, destaca-se a importância das equipes dos Consultórios de Rua²¹⁰, previstas na portaria Nº 3.088, as quais terão contato com o paciente no âmbito do território, muitas vezes nas cenas de uso, sem que necessariamente conte, no momento, com a presença do médico. Por isso, importa reforçar o exercício de transposição da discussão no âmbito exclusivamente médico-paciente para alcançar toda e qualquer relação com os profissionais, no âmbito público ou privado, que atuam juntos a pessoas com sofrimento e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, os quais

²⁰⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html, acesso em 15 fev 2017.

²¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a 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 (SUS), Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html, acesso em 15 fev 2017.

podem estabelecer relações hierarquizadas, distantes e verticalizadas.

O que se pretende, portanto, é que a leitura deste capítulo, que narra a evolução da relação médico-paciente, possa ser transposta, com suas especificidades, a todos os profissionais envolvidos no processo de cuidado. A pesquisa específica envolvendo todas as atividades profissionais relacionadas não será realizada por uma questão de recorte metodológico e de distanciamento da hipótese central.

Após o esclarecimento necessário a compreensão do trabalho, pretende-se desenvolver a questão da “substituição do modelo virtuoso de inspiração hipocrática pela ética contratual que passou a vigorar na pós-modernidade ensejou como efeito secundário um progressivo distanciamento entre médico e paciente”²¹¹. As relações que outrora eram construídas a partir de uma relação duradoura com um médico que identificava a enfermidade, observava atentamente a sua evolução e atestava o seu desfecho com a cura, foi substituída por um modelo em que as consultas são rápidas e efêmeras, refletindo na relação a ausência de interesse, talvez até de ambas as partes, de construir uma ligação mais aprofundada entre os sujeitos.

Para José Roberto Mainetti, as transformações na medicina incluíam três eixos principais: A transformação técnico-científica; a transformação social da relação médico-paciente, centrando este segundo como protagonista das decisões; a transformação política da saúde, tornando-a um bem social de economia expansiva no mundo atual²¹².

O movimento de humanização no âmbito médico, o qual será explorado no presente capítulo, se apresenta como um dos desdobramentos das transformações, apresentando-se como cenário no qual o sujeito não mais se apresenta como objeto. Assim, foi possível o afastamento de processo de coisificação, mas não foi suficiente para uma mudança de paradigma com relação a ética e a dignificação do sujeito na relação médico-paciente.

A relação médico-paciente ideal deve ser compreendida, pois, com um acordo de interesses, na qual uma pessoa com demanda sanitária busca, voluntariamente,

²¹¹ SIQUEIRA, José Eduardo. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais? In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 344.

²¹² MAINETTI, José Alberto. O complexo bioético: Pigmaleão, Narciso e Knock. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 293.

um profissional que possa satisfazê-la, o qual, por sua vez assume espontaneamente a demanda²¹³. Tal compreensão permite a criação de um plano terapêutico que, decorrendo do respeito mútuo, possa concatenar o saber médico sem descartar o saber e a autonomia do paciente.

4.1 A IMPORTÂNCIA DO CONSENTIMENTO INFORMADO

Durante a primeira metade do século XX, o paternalismo – no sentido do médico estar convencido de que é ele quem sabe o que é melhor para o paciente e de que o paciente tem a obrigação de obedecer-lhe e seguir seus conselhos – é marcante nos códigos de ética médica, o que foi reproduzido, inclusive, no Brasil²¹⁴.

Tem-se repetido que o paradigma da relação médico-paciente mudou radicalmente, do modelo paternalista para o modelo de cuidado centrado no doente – e não sua autonomia –, com quem se partilha a informação e a responsabilidade da decisão²¹⁵. Tal compreensão, conforme se verá adiante, é fundamental para analisar a construção de um modelo de atenção ideal no de atenção e cuidado ao paciente que apresenta complicações em decorrência do uso de substâncias psicoativas.

“O consentimento informado personifica o princípio ético fundamental de respeito pelas pessoas, da sua autonomia, dos seus direitos e da capacidade para se tomarem decisões informadas”²¹⁶. A compreensão por parte do paciente acerca do seu quadro clínico e/ou do procedimento a ser realizado se dará depois de um processo informativo detalhado fornecido pelo profissional, que deverá ouvir o paciente e responder aos seus questionamentos. Após a compreensão e avaliação do procedimento pelo paciente, este dará, ou não, seu consentimento.

“O consentimento informado na prática médica, embora obrigatório, ainda não tem reconhecida sua importância e sequer é ordinariamente introduzido na rotina

²¹³ DRUMOND, Joé Geraldo de Freitas. Bioética clínica e direito médico. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 354.

²¹⁴ MARTIN, Leonard M. **Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica**. Rio de Janeiro: Edições Loyola; 2002, p. 19.

²¹⁵ OSSWALD, Walter. Limites do consentimento informado. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. III. Coimbra: Almedina, 2009, p. 151.

²¹⁶ SANTOS, Maria Isabel Pereira dos. Os princípios éticos da autonomia, beneficência e justiça nos rastreios. In: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. **Bioética e Políticas Públicas**. Lisboa: Editora CNECV, 2014, p. 55.

clínica”²¹⁷. Muitas vezes a relação se estabelece de forma tão rápida e impessoal que não existe uma preocupação com a informação adequada, tampouco com o ato de consentir, o que se apresenta como consequência do cenário de relações médicas cada vez mais distantes, regidas sob a égide do direito contratual.

Importante destacar a conceituação de Faden e Beuchamp sobre o consentimento a qual tem como requisitos essenciais o fato do ter (1) substancial compreensão, (2) sem ter influência de controle por terceiros, (3) seja dado intencionalmente, (4) autorize um profissional à prática de um determinado ato²¹⁸.

Em regra, os profissionais redigem os protocolos ou termos de consentimento, principalmente diante de diagnósticos de alta complexidade e intervenções médicas sujeitas a alto risco. Segundo André Gonçalo Dias Pereira, os protocolos visam proteger o paciente, mas também são de extrema valia para o médico em caso de litígio, uma vez que confirma que o profissional seguiu a regras referentes ao procedimento clínico necessário²¹⁹.

Tal fenômeno inaugura o conceito de medicina defensiva – cuja expressão surgiu nos Estados Unidos da América, nos anos 70 e 80, quando se deu a primeira explosão de casos de responsabilidade civil médica – e se refere a práticas médicas realizadas apenas com o objetivo de evitar ações de responsabilidade por má prática ou com o fim de conseguir uma defesa no caso de uma possível demanda judicial²²⁰.

No entanto, merece destaque a lição de Gabrielle Sales acerca da tendência de utilização do consentimento como “escudo” das possíveis demandas judiciais. A autora assevera que não ocorre a transferência da assunção da responsabilidade do médico ao paciente, ainda que o ato tenha sido previamente consentido. Assim, o risco do ato médico em face daquilo que lhe foi previamente informado, não alcança o exercício incorreto da atividade profissional, o que continua atraindo a responsabilidade (civil e/ou penal) do médico que ocasionou o dano de forma

²¹⁷ SIQUEIRA, José Eduardo. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais? In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. Vol II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 340.

²¹⁸ FADEN, Ruth; BEUCHAMP, Tom. **A history theory of informed consent**. New York: Oxford University Press, 1986, p. 278.

²¹⁹ PEREIRA, André Gonçalo Dias. Medicina na Era da Cidadania: propostas para pontes de confiança. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. IV. Coimbra: Almedina, 2012, p. 15.

²²⁰ PEREIRA, Gonçalo Dias. Responsabilidade médica e medicina defensiva. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de direito da bioética**, v. III. Coimbra: Almedina, 2009, p. 171/172.

culposa ou dolosa²²¹.

Inclusive, pode-se perceber, como fenômeno recente, que a desumanização das relações entre os profissionais de saúde e os pacientes tem sido uma das principais causas apontadas para o aumento de denúncias e processos de promoção de responsabilidade jurídica, no âmbito civil (indenizatório) e na esfera penal (criminal) contra profissionais de saúde²²².

Apesar disso, resta claro que o papel central do consentimento não deveria se aproximar da defesa das demandas de saúde, sendo, pois, instrumento do exercício da autonomia e voluntariedade do sujeito. Quanto à voluntariedade, cabe explicar que a mesma se dá ao longo da tomada de decisões por uma pessoa, com a minimização de qualquer forma de constrangimento ou coerção. Neste sentido, André Gonçalo afirma que:

A moderna dogmática da responsabilidade médica vê no consentimento informado um instrumento que permite, para além dos interesses e objetivos médico-terapêuticos, incrementar o respeito dos aspectos individuais e volitivos do paciente. O fim principal do dever de esclarecimento é permitir que o paciente faça conscientemente a sua opção, com responsabilidade própria face à intervenção, conhecendo os seus custos e consequências, bem como os seus riscos, assumindo-se assim o doente como senhor do seu próprio corpo²²³.

O paciente autônomo deve, pois, agir racionalmente, com base no diálogo, a partir da consideração pelo outro, sem, contudo, submeter-se cegamente as vontades do profissional de saúde. Destaca-se ainda, por óbvio, que a ação deve ser tomada de forma independente de qualquer violência, seja física ou psíquica²²⁴. No entanto, a completa desvinculação de fatores externos e internos é ideal a ser perseguido no âmbito da autonomia e do consentimento médico, pois várias das escolhas do sujeito, no sentido de submeter-se ou não a um dado procedimento, incorrerá em forte influência de questões sociais, psíquicas e até mesmo econômicas.

²²¹ SALES, Gabrielle Bezerra. A doutrina do consentimento informado: do direito fundamental à informação aos limites da capacidade de anuir no uso das técnicas de reprodução assistida. **Revista Pensar**, v. 14, n. 1, 2009, p. 03.

²²² FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e Saúde**: questões éticas, deontológicas e legais. Tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente. Estudos de caso. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 2010, p. 15.

²²³ PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente**: estudo de direito civil. Coimbra: Coimbra Editora, 2004, p. 56.

²²⁴ SILVA, Maria Emilia de Oliveira Schpallir; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; ANJOS, Marcio Fabri dos. Contribuições da Bioética da formação do sujeito ético na universalidade. In: RENK, Valquíria; RAULI, Patrícia Maria Forte. **Bioética e Educação**. Curitiba: CRV, 2016, p. 61.

Dentre os fatores que podem interferir na autonomia do paciente destacaram-se, no capítulo anterior, as noções de estigma e o auto estigma, que se referem ao sujeito marginalizado e excluído pelo uso de drogas, o qual muitas vezes buscará um tratamento não de forma verdadeiramente espontânea, ou por questões de desordem fisiológica, mas motivado por questões familiares e demandas referentes a uma inadequação social.

O modelo ideal de consentimento deveria estar, conseqüentemente, associado a um pleno exercício da autonomia, verdadeiro mandato de otimização a ser realizado na melhor medida possível. No entanto, contrariando a tendência de valorização crescente da autonomia, parte da doutrina, aqui representada por Walter Osswald, critica a questão do prestígio hoje conferido ao consentimento, por considerarem que se refere ao papel exagerado (ou até hiperbólico) conferido à autonomia no atual ordenamento. Para o referido autor, a autonomia deveria ser respeitada, mas poderia/deveria ser equacionada dentro do quadro de outros princípios normativos do agir²²⁵.

Com relação a formação do princípio da autonomia na doutrina biomédica, pode-se destacar que a benignidade do paradigma predominante na ética médica da primeira metade do século XX foi resumida em duas regras básicas: fazer o bem ao doente e evitar fazer o mal. Futuramente, quando a bioética começou a se articular como uma disciplina nas décadas de 1970 e 1980, essas duas regras ganharam formulações importantes: em sua forma positiva, como o princípio de beneficência; em sua forma negativa, como o princípio de não-maleficência²²⁶. Ambos foram incorporados por Beuchamp e Childress como pilares da corrente mais importante no estudo da Bioética, qual seja, a Bioética Princípalista, e interferem de forma direta no exercício da autonomia do paciente.

O ser humano não nasce autônomo, torna-se autônomo, competente para decidir, a partir das suas condições biológicas, psíquicas e socioculturais. Porém, existem pessoas que, de forma transitória ou permanente, têm sua autonomia reduzida, como as crianças, aqueles com grave transtorno psiquiátrico, indivíduos sob intoxicação exógena, pessoas em coma e, inclusive, em situações muito

²²⁵ OSSWALD, Walter. Limites do consentimento informado. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. III. Coimbra: Almedina, 2009, p. 154.

²²⁶ MARTIN, Leonard M. **Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica**. Rio de Janeiro: Edições Loyola; 2002, p. 22.

restritas, sujeitos sob efeito de drogas²²⁷.

Neste sentido, Volnei Garrafa destaca que o tema da autonomia foi maximizado hierarquicamente com relação aos demais princípios da Bioética Principlalista, quais sejam: justiça, beneficência e não-maleficência, tornando-se uma espécie de superprincípio²²⁸. Defende, assim, que a autonomia também pode 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 responsável²²⁹.

Assim, “a autonomia, apesar de sua essencialidade, como atribuído reconhecido à espécie humana, encontra obstáculos ao seu exercício irrestrito, como, aliás, ocorre com qualquer princípio, direito, valor ou qualidade”²³⁰. A ponderação pressupõe sempre a análise das circunstâncias do caso concreto, não existindo, a priori, nenhum princípio que deva prevalecer sobre os demais. Ainda que a autonomia mereça papel de destaque no âmbito de um protagonismo do paciente, não pode ser considerado como absoluto.

Isto porque, embora a autonomia seja o princípio introdutório do sujeito moral em medicina, a sua absolutização, conspira, eventualmente contra um bom juízo clínico, interferindo na relação médico-paciente, por vezes de forma negativa, o que pode, inclusive, contrariar os melhores interesses do enfermo²³¹.

Qualquer abordagem sobre a ação humana, sobretudo em sua dimensão moral e ética, exige que ela seja pensada a partir da noção de autonomia, não podendo ser o consentimento resultado de uma coerção exercida pela natureza ou pela ação de outros homens. No entanto, toda a análise da autonomia parece abranger necessariamente a noção de vulnerabilidade²³².

²²⁷ FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e Saúde**: questões éticas, deontológicas e legais. Tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente. Estudos de caso. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 2010, p. 41.

²²⁸ 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. 128.

²²⁹ LEPARGNEUR, Hubert. *Bioética, novo conceito*. A caminho do consenso. São Paulo: Editora Loyola, 2004, p. 72.

²³⁰ MINAHIM, Maria Auxiliadora. **Autonomia e frustração da tutela penal**. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 125.

²³¹ MAINETTI, José Alberto. O complexo bioético: Pigmeão, Narciso e Knock. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 299.

²³² VAZ, Marcelo Koch. PAUL RICOEUR: autonomia, vulnerabilidade e sofrimento. In: SGANZERLA, Anor; SCHRAMM, Fermin. **Fundamento da Bioética**. Curitiba: CRV, 2016, p. 95/96.

Para que seja plenamente eficaz o consentimento deve não só ser suficientemente informado, mas o sujeito deve possuir a necessária capacidade para autonomamente tomar decisões. “A persuasão à participação deve ser mediante de disponibilização de toda informação relevante. O conteúdo desta informação deve ser claro quanto aos benefícios e quanto aos malefícios ou riscos potenciais”²³³.

A capacidade para consentir tem a função de demarcar a linha que separa a autodeterminação do sujeito de uma postura exclusivamente assistencialista. Quando o paciente não tem capacidade ou quando não lhe foi transmitida a informação adequada e suficiente, pode-se considerar, inclusive, que o consentimento se apresenta como inválido²³⁴.

A ausência de capacidade para a compreensão e para o exercício da autonomia decorre, muitas vezes, da vulnerabilidade do paciente, a qual, entendida de forma dinâmica, acaba por influenciar em seu consentimento. Vale lembrar que o fato das pessoas estarem enfermas agrava a sua condição de vulnerabilidade, podendo caracterizá-la como uma vulnerabilidade acrescida ou vulneração.

Assim, a vulnerabilidade, além de se apresentar como condição inerente ao ser humano, pode se configurar com outros dois sentidos 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 princípio, remetendo-se para uma concepção antropológica, sendo inclusive adotado como fundamento da bioética a partir da *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*²³⁵.

Determinadas pessoas se encontram num estado de vulnerabilidade acrescida que as fragiliza de tal forma que Fermin Schramm denomina de estado de vulneração. Na opinião do autor, utilizar a categoria vulnerabilidade para referir-se a sujeitos e populações que se encontram em situações concretas de “vulneração” constituiria um erro lógico, gerando a confusão de realidades que não podem ser confundidas, sob pena do desconhecimento da pertinência de determinadas

²³³ SANTOS, Maria Isabel Pereira dos. Os princípios éticos da autonomia, beneficência e justiça nos rastreios. In: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. **Bioética e Políticas Públicas**. Lisboa: Editora CNECV, 2014, p. 60.

²³⁴ PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente**: estudo de direito civil. Coimbra: Coimbra Editora, 2004, p. 147 e 177.

²³⁵ 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.

característica em situações concretas. A vulnerabilidade seria, pois, mera potencialidade, enquanto que a vulneração se apresenta como uma situação de fato, tendo, pois isso, consequências relevantes no momento da tomada de decisão²³⁶.

Não significa dizer que as pessoas vulneráveis não têm capacidade de consentir. É preciso que o profissional de saúde compreenda o estado precário de saúde e utilize estratégias para contornar essa situação, dentre as quais se destaca a transmissão de uma informação clara. Independentemente do grau de seriedade da doença se impõe a responsabilidade médica de transmitir a informação de forma que seja compreendida, devendo, inclusive, ter em mente que mesmo enfermidades que não apresentam grave risco podem interferir na capacidade de discernimento do paciente, a qual deve ser resgatada a partir de uma comunicação mais apurada e abrangente entre médicos e pacientes²³⁷.

As pessoas vulneradas têm, pois, maior dificuldade de compreensão e de formulação de uma decisão autônoma, o que deve ser levado em consideração para a determinação de um modelo de tratamento que leve em conta essa especificidade. A RD compreende os fatores que atuam como características de vulnerabilidade e elementos de vulneração, compreendendo, inclusive, se necessário, um possível momento de abstinência para que a pessoa possa retomar a autonomia sobre si.

Uma vez afastada a condição de vulneração, a qual atinge limites máximos em situações extremas de risco de vida, o paciente deveria participar do processo de formulação terapêutica, para mitigar os riscos e danos envolvidos no uso abusivo de substâncias psicoativas, o que se configura como premissa do modelo de RD.

Algumas intervenções médicas, tal como a redução de danos, não são isentas de polêmicas. Vários profissionais adotam como modelos de tratamento perspectivas abstencionistas, por considerarem a redução de danos excessivamente liberal, bem como por acreditarem que, em alguns casos, não é possível a um determinado sujeito a aplicação das estratégias que autorizam o uso de SPA's.

Importante destacar, neste contexto, a possibilidade de o médico escusar-se a adotar o referido modelo. Trata-se de uma das “inúmeras situações em que alguns

²³⁶ SCHRAMM, Fermin Roland. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. **Revista Brasileira de Bioética**, v.2, n.2, p. 189/191.

²³⁷ RAGAZZO, Carlos Emmanuel Jappert. **O dever de informar dos médicos e o consentimento informado**. Curitiba, Juruá, 2009, p. 55/57.

médicos podem sentir que a sua consciência esteja a ser violentada e que solicitem a ‘escusa’ para que não intervenham”²³⁸. Assim, caso o médico não acredite na perspectiva da RD como melhor solução para o caso, pode recusar o tratamento a partir da referida abordagem e encaminhar para outro tipo de terapia que compreenda como mais eficaz, o que será acolhido ou não pelo paciente.

Outra questão importante a ser enfrentada no âmbito do consentimento médico é debatida por Walter Osswald em artigo intitulado “Toda a verdade ao doente?”, no qual questiona os limites da informação e da verdade ao paciente. Inicialmente o autor destaca a impossibilidade de compreensão de toda a verdade em algumas situações clínicas. Alguns quadros apresentam-se difíceis, incertos e lacunosos, devendo o médico ter cuidado ao transmitir essa verdade por ser eventualmente truncada. No entanto, conclui o autor que sendo essa verdade incompleta o que a Medicina permitiu atingir, deve a mesma ser repassada ao doente²³⁹.

Por mais que a comunicação da verdade seja um dever do médico e um direito do paciente, muitas vezes essa ação apresenta-se conflituosa, seja porque o médico não fornece toda a verdade, seja porque o paciente não poderia suportá-la, ou porque deseja tão arduamente uma “outra verdade” que se recusa a compreender a informação transmitida como verdadeira.

Neste sentido, a “escolha” acerca do que e de como deve ser transmitida a informação ao paciente perpassa o respeito e a compaixão, oferecendo uma resposta gradual e delicada na complexidade da relação médico-paciente. Trata-se, pois, de “tarefa importante e nobre, que distingue e eleva a profissão cuja suprema lei é, desde o tempo hipocrático, respeitar, alcançar e promover o bem do doente”²⁴⁰.

Por fim, compreender o verdadeiro escopo do consentimento é atentar-se para a moralidade do agir, não se atendo, necessariamente, a correção de “o que se faz”, mas à correção de “quem o faz”, entendendo com isso que o agente não deve se impor à vontade contrária de outro, mas atuar em respeito a esta e com a sua permissão, a qual deve ser sempre obtida a partir da informação clara e

²³⁸ PEREIRA, André Gonçalo Dias. Medicina na Era da Cidadania: propostas para pontes de confiança. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. IV. Coimbra: Almedina, 2012, p. 28/29.

²³⁹ OSSWALD, Walter. Toda a verdade ao doente? In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. II. Coimbra: Almedina, 2008, p. 318.

²⁴⁰ *Ibid.*, p. 320.

responsável²⁴¹.

A coerção, para Ruth Faden, ocorre quando uma das partes, intencionalmente, consegue influenciar a outra através de uma ameaça susceptível a danos indesejáveis, tão graves, de uma forma que a pessoa é incapaz de evitá-los²⁴². Posteriormente será analisada a diferença entre aconselhamento médico e coerção, sem desprezar a linha tênue que existe entre os dois institutos.

Para que haja uma ação verdadeiramente autônoma, é preciso que existam alternativas. A pessoa deve optar por aquilo que acredita ser o melhor para si a partir do esclarecimento acerca da situação, das possibilidades de escolha, das implicações, benefícios e possíveis consequências²⁴³. Este é o verdadeiro objetivo do consentimento, o qual deveria ser obtido a partir do diálogo, o qual pressupõe o respeito recíproco entre as partes envolvidas.

4.2 O DIÁLOGO COMO CAMINHO DE RESPEITO AO SUJEITO

A noção de diálogo pressupõe não apenas o ato da fala mas também a escuta do outro. Isso significa que eventualmente algumas distorções e dissidências ocorrerão. Sem um coração com receptividade a ouvir o que o outro fala para ouvir tudo aquilo que lhe provoca medo, dor ou raiva, o diálogo perde a sua própria razão de ser. É preciso estar preparado para ouvir aquilo que o outro tem a dizer, até mesmo porque o seu conhecimento sobre si desafia muitas vezes o conhecimento médico, promovendo um verdadeiro entendimento sobre a condição do outro²⁴⁴.

“Mesmo a mais perturbada das pessoas constrói um saber e um conhecimento sobre suas condições e, por isto, diálogos que apostam neste saber têm muita chance de serem compreendidos pelos pacientes”²⁴⁵. A partir desta noção de que a pessoa possui informações sobre si que interferem necessariamente na condução do plano terapêutico é que se pretende elaborar um plano de ação que

²⁴¹ ZUCCARO, Cataldo. **Bioética e valores no pós-moderno**. São Paulo: Loyola, 2007, p. 75.

²⁴² FADEN, Ruth; BEUCHAMP, Tom. **A history theory of informed consent**. New York: Oxford University Press, 1986, p. 261.

²⁴³ CALVETTI, Priscila Ucker. Aspectos bioéticos na pesquisa em psicologia. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba, CRV, 2017, p. 87.

²⁴⁴ ARMSTRONG, Karen. Can we live without the other? In: RIBEIRO, Antônio Pinto. **Can we live without the other?**. Manchester; Fundação Calouste Gulbenkian, 2009, p. 85.

²⁴⁵ FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Leo. BIOÉTICA DA PROTEÇÃO: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba, CRV, 2017, p. 67.

confere ao diálogo um papel central na sua construção. A intenção é, pois, extrapolar o âmbito do consentimento informado, ora examinado, para propor uma relação baseada no diálogo.

Isto porque, a relação médico-paciente não deve ser simplesmente o encontro entre um técnico e um corpo doente, não se limitando o momento apenas a exposição das queixas e do diagnóstico, sendo as informações técnicas dadas pelo médico com a mera intenção de obter, se preciso, o consentimento. O diálogo se estabelece, assim, como oportunidade de cooperação mútua entre duas pessoas que, mesmo detendo histórias biográficas e convicções morais diversas, se disponham a encontrar soluções razoáveis e prudentes para a condução a bom termo de procedimentos médicos consensualmente acordados entre ambos²⁴⁶.

A comunicação ideal entre médico e paciente deve se dar a partir de um encontro que possibilite a ambos “argumentar em função das possibilidades inovadoras da biotecnologia e da medicina, em face de suas crenças e em oposição às suas opiniões, preconceitos e valores preestabelecidos”²⁴⁷. Destaca-se assim, a postura do médico de conferir abertura suficiente ao sujeito para que este possa expressar livremente suas dúvidas, valores e aflições, possibilitando, assim, um encontro voltado à reciprocidade.

A abertura ao diálogo não deve compreender apenas o acolhimento da fala. Expressões físicas muitas vezes podem substituir as expressões verbais. Os corpos podem expressar sentimentos, seja a partir do choro, do silêncio e do abraço, seja a partir de demandas físicas de menor complexidade como dores musculares e contusões²⁴⁸. O médico deve estar atento para compreender esses sinais que muitas vezes substituem a fala do paciente e se estabelecem como verdadeiro exemplo de solidariedade.

Neste sentido, o médico alemão Viktor Von Weizsacker propõe uma relação médico-paciente com ênfase nos conceitos de solidariedade e reciprocidade como modelo ideal de relação entre os atores envolvidos. A reciprocidade, para ele,

²⁴⁶ SIQUEIRA, José Eduardo. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais? In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola; IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 342

²⁴⁷ SALES, Gabrielle Bezerra. A doutrina do consentimento informado: do direito fundamental à informação aos limites da capacidade de anuir no uso das técnicas de reprodução assistida. **Revista Pensar**, v. 14, n. 1, 2009, p. 05.

²⁴⁸ SCHUTZ, William. **Todos somos uno**: La cultura de los encuentros. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1971, p. 158.

deveria ser considerada como o verdadeiro fundamento da medicina humana, sendo que a pessoa que precisa de auxílio, e o seu auxiliar, devem ser compreendidos como indivíduos num mesmo nível, os quais, conseqüentemente, necessitam de auxílio mútuo. Se eles se entendem, a um deles se pode conferir uma superioridade restrita apenas no que tange alguns aspectos da relação²⁴⁹.

Assim, a relação médico-paciente deve se constituir com base na confiança e na harmonia. Com efeito, uma relação médico-paciente desequilibrada gera uma insatisfação e uma sensação de injustiça que pode abater-se sobre ambos os agentes e tende a produzir dois modelos de comportamento: (1) o médico tenta melhorar a sua comunicação com o paciente, buscando restabelecer a confiança recíproca na relação e no prosseguimento do tratamento; e/ou (2) o paciente quebra o elo de sua relação com o médico e procura um novo profissional de saúde para atendê-lo.²⁵⁰

Com o advento da internet, tal conduta se torna muito comum na medida em que o paciente se percebe constantemente tentado a buscar respostas para o seu quadro clínico no âmbito virtual, o que pode fazer com que este confronte o profissional a partir das informações encontradas ou provocar o descontentamento e a frustração de um diagnóstico distinto do que era imaginado a partir da pesquisa, o que o leva a buscar novo profissional, ainda que o primeiro tivesse feito uma correta análise do quadro clínico.

Para tentar aprimorar a relação e evitar os desentendimentos descritos, médico e paciente, mesmo que não compartilhando os mesmos valores morais, devem ter por objetivo cultivar uma relação interpessoal harmoniosa adotando a prática do diálogo respeitoso e a busca de soluções terapêuticas, as mais razoáveis e prudentes possíveis²⁵¹.

“O diálogo requer humildade, fé na crença transformadora dos homens, e

²⁴⁹ LOLAS-STEPKE, Fernando. A medizinsche Anthropologie da escola de Heidelberg: implicações para a bioética. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 317/318.

²⁵⁰ MENDONÇA, Angela Maria Moreira Canuto. **O Consentimento livre e esclarecido e a humanização no atendimento médico**: uma explicação pautada em valores humanos e atitudes / Angela Maria Moreira de Canuto Mendonça; Orientador Rui Nunes. – Porto, 2014. 177f. Tese (Doutorado) Universidade do Porto, Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2014.

²⁵¹ SIQUEIRA, José Eduardo. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais? In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. Vol II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 346.

pressupõe a alteridade”²⁵², sendo incompatível o diálogo com as relações de dominação observados na tradicional relação médico-paciente paternalista. A dimensão interpessoal do diálogo entre eu e tu é permeada pela solicitude numa reciprocidade tal que o eu já contém em si o outro, e vice-versa²⁵³, não havendo, pois, lugar para a dominação e a hierarquização seja perpetrada pelo médico ou por qualquer profissional envolvido na relação do cuidado.

Exige-se, pois, uma reflexão coletiva, multidisciplinar e complexa, buscando conferir mais atenção a criatividade e a inovação nas formas de cuidar, revendo as práticas mais impositivas, hierarquizadoras nos serviços de saúde²⁵⁴, as quais devem ceder lugar a uma relação cujo respeito possa nivelar a relação entre os sujeitos, diferenciando-os apenas por questões circunstanciais.

A diferença clássica que se refere ao acesso as informações técnicas obtidas na formação médica, apesar de não legitimar a postura assimétrica na relação, confere ao profissional um saber distinto. Apesar do seu saber ser diferenciado daquele apreendido pelo paciente ao longo da vida, muitas vezes acerca da própria enfermidade, não há que se falar em hierarquia entre os saberes. No entanto, o respeito mútuo e a construção dialógica do tratamento nem sempre exclui a postura de reverência e desvelo que o paciente se submete, muitas vezes de forma espontânea, frente ao profissional, de saúde.

O simples fato do paciente valorizar e levar em consideração a opinião do médico não apresenta, necessariamente, a violação à autonomia do indivíduo. Em muitos casos o paciente se mantém autônomo, e muitas vezes apesar de não desejar tratar-se, está consciente da necessidade da prescrição médica pelo tratamento. Não se defende aqui a construção da decisão a partir da imposição, coerção, argumento de autoridade ou afins, no entanto, é importante compreender o aconselhamento como possível ferramenta para a construção da decisão.

“O papel do médico é estimular prudência, evitar riscos desnecessários e

²⁵² SILVA, Maria Emília de Oliveira Schpallir; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; ANJOS, Marcio Fabri dos. Contribuições da Bioética da formação do sujeito ético na universalidade. In: RENK, Valquíria; RAULI, Patrícia Maria Forte. **Bioética e Educação**. Curitiba: CRV, 2016, p. 68.

²⁵³ BECKERT, Cristina. Ética da solicitude e ética da compaixão. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, vl. III. Coimbra: Almedina, 2009, p. 82.

²⁵⁴ BETTINELLI, Luiz Antonio; PORTELLA, Marilene Rodrigues; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTINA, Janaina Rigo. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 354.

conhecidos, sem atemorizar, é tranquilizar com responsabilidade induzindo ações protetoras concretas, sem alarmar”²⁵⁵. Assim, compreende-se que o aconselhamento é importante para a compreensão das consequências advindas da informação, no entanto, a decisão final cabe, sempre, ao paciente.

“O paciente tem o direito de recusar o tratamento proposto, mas o médico deve assumir aqui a sua condição de conselheiro e não deve abandonar o paciente, sem ter informado das consequências e dos riscos que a sua recusa implica”. A lição de André Gonçalo demonstra que o caminho para o pleno exercício da autonomia perpassa, necessariamente, o aconselhamento e o esclarecimento acerca das consequências negativas da recusa de tratamento médico. Ou seja, quando o paciente se recusa a realizar um tratamento que tenha o potencial de curar ou amenizar a dor, o médico deverá informá-lo acerca dos possíveis agravamentos do quadro clínico em virtude da decisão de não acolher um determinado tratamento²⁵⁶.

Neste sentido, importante a análise do que Daniel Serrão chama de Aconselhamento Ético, o qual corresponde a orientação para a maximização do acerto nas decisões do outro, protegendo-os dos possíveis riscos e perigos ou erros e maximizando as suas capacidades nos âmbitos físico, psíquico e comportamental²⁵⁷.

É recomendado que o profissional exerça o aconselhamento de forma muito habilidosa sob pena de converter-se em uma imposição, transformando-se, de um conselho elaborado, em propostas que devem ser acatadas. Conseqüentemente, o espaço de liberdade do outro seria restringido na medida em que se converteu numa ordem. Quando esta transformação acontece, o aconselhamento deixa de se efetivar no plano ético; já não sendo, verdadeiramente, aconselhamento²⁵⁸.

A ética do diálogo não se constrói unicamente a partir de palavras, mas também a partir de atitudes e decisões, enriquecendo o arquivo de valores de cada um e melhorando a qualidade das decisões que o sujeito toma quando estas podem gerar implicações para um outro, independentemente de ser este outro um presente

²⁵⁵ LUZ, Protásio Lemos da. **Não só de ciência se faz a cura**: o que os pacientes me ensinaram. São Paulo: Editora Atheneu, 2001, p. 63.

²⁵⁶ PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente**: estudo de direito civil. Coimbra: Coimbra Editora, 2004, p. 419.

²⁵⁷ SERRÃO, Daniel. Aconselhamento Ético. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. III. Coimbra: Almedina, 2009, p. 260.

²⁵⁸ *Ibidem*.

ou ausente²⁵⁹.

A humanização, apesar de ser um passo que merece destaque no âmbito da relação do profissional de saúde para com o enfermo, não está ainda no nível mais alto de desenvolvimento. Ainda é preciso avançar, para além da humanização, a partir de uma relação que reconheça o diálogo com o sujeito como estratégia fundamental. Sobre os caminhos do diálogo no futuro da relação médico-paciente, Brian Bird, afirma que:

Então, qual é o futuro do diálogo com o paciente? Sem dúvida alguma, um futuro muito rico. Mesmo que aconteça o pior, tornando precioso cada minuto de um médico, a necessidade de um diálogo habilidoso será imensa. No final das contas, o objetivo é aproveitar o máximo das palavras, faladas ou ouvidas, numa consulta ou em várias; seja em umas poucas frases à beira do leito ou no trabalho paciente com o problema do doente no consultório; seja em uma chamada de emergência para uma intervenção imediata ou num problema crônico e complexo que deve ser explorado intimamente. Em qualquer caso, o princípio é o mesmo: fazer o melhor e o máximo num mínimo de tempo²⁶⁰.

As relações, conforme visto a partir da abordagem da psicologia social, são intrínsecas à vida humana. Nesta perspectiva, a relação médico-paciente se apresenta como uma das muitas e múltiplas relações que o indivíduo irá constituir na vida. A relação médico-paciente, quando diante de um cuidador bem preparado, apresenta um diálogo que recorre à regras, deixando que o outro decida se elas se aplicam ou não²⁶¹.

O empoderamento e autonomia asseguradas ao paciente no momento de decisão se apresentam, no âmbito do tratamento voltado à redução dos problemas inerentes ao consumo de drogas, como verdadeiro fator de proteção. Assim, “em situações de conflito moral, deve o médico atender aos autênticos interesses e valores do paciente”²⁶². Ademais, conforme se verá adiante, uma relação humanizada, fraterna e amorosa pode transpor a noção de fator de proteção e representar como verdadeiro elemento de “cura” da enfermidade.

²⁵⁹ Ibid., p. 15.

²⁶⁰ BIRD, Brian. **Conversando com o paciente**. Trad: Urias Córrea Arantes. São Paulo; Livraria Manole, 1975, p. VI.

²⁶¹ LOLAS-STEPKE, Fernando. A medizinsche Anthropologie da escola de Heidelberg: implicações para a bioética. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 319.

²⁶² SIQUEIRA, José Eduardo. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais? In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 334.

4.3 DEBATES ACERCA DA HUMANIZAÇÃO

A transformação da relação médico-paciente permitiu a alteração de um modelo autoritário e vertical para a construção de uma relação mais democrática e horizontal que pressupõe o respeito aos diferentes códigos morais. Na origem desta mudança foi preciso reconhecer que a especialização do exercício da medicina foi determinante de uma forte desumanização da sua prática, a qual vem sendo corrigida a partir de um processo constante de humanização²⁶³.

A humanização vem sendo pensada como uma inegável forma de superação do paradigma de coisificação do paciente. A tendência de “coisificar” os pacientes e a reduzi-los a objetos a serem tratados é muito comum e decorre tanto da superioridade do saber médico como, nos momentos atuais, do contratualismo que impera como modelo de relação no âmbito da saúde, desprezando não apenas a autonomia do sujeito como também se afastando de qualquer sentimento para com ele.

Acredita-se que humanizar a assistência em saúde é construir relações amorosas entre seres humanos na área de saúde, o que parece óbvio. Entretanto, segue-se comumente, na contemporaneidade, o sentido das tendências de coisificação das pessoas, o que é espantoso. Humanizar a assistência em saúde é romper com a tentativa de exterminarmos sentimentos nas práticas de saúde. É, também, romper com o discurso que congela as práticas de saúde tradicionais que dissociam doença, saúde e existência²⁶⁴.

A humanização ou exercício do cuidado é um processo complexo e abrangente, o qual envolve mudança de comportamento que inclui desde a estrutura hospitalar, até a postura das equipes técnica e médica. Como todo processo de mudança, oferece resistência e desperta insegurança, sendo um grande desafio para as organizações de saúde despedirem-se do modelo hospitalocêntrico clássico de cuidado hierarquizado²⁶⁵.

Além disso, a mudança de postura, conforme se verá adiante, perpassa necessariamente uma mudança de formação médica, permitindo uma compreensão

²⁶³ PEREIRA, André Gonçalo Dias. **O consentimento informado na relação médico-paciente**: estudo de direito civil. Coimbra: Coimbra Editora, 2004, p. 29.

²⁶⁴ BARRETO, Ricardo Azevedo. Humanização da Medicina: Psicanálise, maternagem e estilo de vida. In: **Estudos de Psicanálise**. Belo Horizonte – MG, n. 36 p. 149–156, Dezembro/2011.

²⁶⁵ BOUSSO, Regina Szyllit; SANTOS, Maria Rodrigues. A ciência do cuidado: conhecimento e sensibilidade. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 398.

holística da doença e do sujeito. Mas no sentido contrário, é possível observar que o cotidiano das relações do cuidado nas instituições de saúde é mecânico e automatizado, não facilitando a percepção do outro, tornando massificada a atuação profissional que é ensinada como o modelo que melhor atende as expectativas e interesses atuais. Existem protocolos rígidos, com ações facetadas e designadas uniformemente a todos os pacientes, ou seja, automatizadas, apesar do discurso do atendimento humanizado²⁶⁶.

“Assim, para que o processo de humanização seja construído e efetivado, é necessário possibilitar a interseção da ética e da dignidade, além de respeitar o espaço individual de cada indivíduo”²⁶⁷. Caso contrário, não é possível a construção de um modelo de humanização efetivo, mas de mera reprodução de protocolos automatizados criados para aparentar uma relação de humanização clínica.

“A humanização das relações do cuidado poderá tornar-se realidade quando o contexto social também incorporar essa atitude de humanidade e valorizar a dimensão humana de cada pessoa”²⁶⁸. Humanizar a relação, necessariamente, perpassa uma atitude de valorização e compreensão do outro a partir da preocupação com o cuidado e com a criação de um vínculo que possibilitará o posterior diálogo entre os agentes, permitindo que juntos possam construir um plano terapêutico humanizado que reflita as necessidades de cada pessoa, o que é traço marcante nas estratégias de redução de danos.

Quando se faz uma reflexão sobre o cuidado humanizado, pensa-se em um processo que facilite o acesso e que a pessoa vulnerável seja fortalecida por meio de ações e estratégias para enfrentamento de forma positiva nos desafios na atenção à sua saúde. O cuidado humanizado, portanto, implica por parte do cuidador exercer na prática ações para e com o ser humano, valorizando aspectos técnicos e humanos dentro de um quadro ético de referência, demonstrando sensibilidade, solidariedade, buscando a construção de vínculos que tornem a relação verdadeiramente humana. Isso passa pela compreensão da pessoa, de seu contexto, seu entorno e seu cotidiano, valorizando sua individualidade e sua peculiaridade como ser humano²⁶⁹.

²⁶⁶ BETTINELLI, Luiz Antônio; PORTELLA, Marilene Rodrigues; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTINA, Janaína Rigo. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 355.

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 357.

²⁶⁸ *Ibid.*, p. 360.

²⁶⁹ BETTINELLI, Luiz Antônio; PORTELLA, Marilene Rodrigues; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTINA, Janaína Rigo. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 351.

A vulnerabilidade do paciente, conferindo destaque no presente trabalho aos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, deve ser mitigada a partir dos modelos de atenção e vínculo com o profissional de saúde, o qual deve valorizar os aspectos humanos da relação com o outro, compreendendo as suas necessidades e o seu contexto para traçar um plano terapêutico que pode ser aceito ou não pelo sujeito e que, independentemente da aceitação, pode se mostrar falho no caso concreto, demandando a percepção e a sensibilidade do profissional em buscar um novo plano de ação melhor adaptado as vicissitudes e circunstâncias pessoais do usuário.

O Projeto Terapêutico Singular (ou Plano Terapêutico Singular) se refere, pois, a um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão da equipe interdisciplinar, o qual, geralmente está associado a demandas mais complexas. Pode ser compreendido como uma variação da discussão de “caso clínico” a partir de uma perspectiva humanizada e individualizada que valoriza outros aspectos além do diagnóstico e tratamento²⁷⁰.

Ressalta-se, pois, a necessidade de recolocar o sujeito enfermo no centro do processo, favorecendo a autonomia de suas escolhas, reconhecendo, ainda que, situações de extremo sofrimento demandam providências ainda mais urgentes, tendo em vista o extremo grau de vulnerabilidade do sujeito. Neste sentido, a humanização envolve solidariedade, compaixão, aproximação e respeito ao paciente, estando na base de vários programas de saúde e devendo ser alocada na base de outros tantos²⁷¹, o que inclui uma perspectiva mais humanizada dos tratamentos para a dependência química.

4.4 A RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE NOS MODELOS DE TRATAMENTO PARA O USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

O enfoque maior do presente tópico se refere ao uso problemático de drogas. Isto porque, a noção de uso problemático está ligada especialmente ao sujeito e aos

²⁷⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p. 40.

²⁷¹ KOVÁCS, Maria Julia. Psicologia e bioética: cuidado a pacientes gravemente enfermos. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba, CRV, 2017, p. 74.

seus interesses e necessidades. Não há um critério objetivo para o uso problemático, estando esta ideia associada aquilo que o sujeito compreende como risco ou dano associado ao seu uso, o que perpassa não apenas quadros clínicos, psicológicos e sociais.

Conforme já foi dito, muitos são os modelos de tratamento para a dependência química, destacando-se, dentre eles, os que se desdobram a partir da perspectiva de abstenção mais harmonizada com o modelo penal proibicionista vigente. As estratégias voltadas a possibilidade de continuidade do uso, além de serem minoritárias, muitas vezes são descartadas a partir do preconceito e do pânico associado ao uso de drogas.

Seja em situações em que o indivíduo portador da síndrome da dependência não pode manifestar consentimento, seja em situações nas quais o indivíduo que usa drogas está consciente das consequências do seu uso, é comum que no modelo de tratamento abstencionista a decisão acerca do tratamento recaia sobre o médico.

O encaminhamento para a abstenção, desrespeitando a autonomia e a identidade do sujeito pode configurar-se, conforme lição de Guareschi, de uma forma de dominação profissional. A dominação é definida como uma relação através da qual uma das partes de apropria da capacidade do outro. As relações de dominação representam, assim, a assimetria, a desigualdade e a injustiça na relação²⁷², o que é bastante comum nas relações médico-paciente, notadamente diante de um grupo vulnerável e estigmatizado como os usuários de drogas.

Os valores éticos devem fazer parte dos modelos de tratamento em saúde, dentre os quais destacam-se a abertura para a partilha e comunhão entre médico e paciente; mas também outros valores como verdade, generosidade, respeito, tolerância e disponibilidade devem fazer parte da formação do profissional de saúde, para que ele possa melhor compreender a demanda do sujeito por determinado tipo de tratamento²⁷³.

Mario López, abordando a importância da moléstia para o paciente, reflete a insuficiência do tratamento a partir da dificuldade de compreensão do médico sobre

²⁷² GUARESCHI, Pedrinho A. Relações comunitárias: relações de dominação. In: CAMPOS, Regina Helena de F. (Org.) **Psicologia social comunitária**: da solidariedade à autonomia. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 90/91

²⁷³ SERRÃO, Daniel. Aconselhamento Ético. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. III. Coimbra: Almedina, 2009, p. 263.

a visão que o sujeito tem da própria doença. Assim, não bastaria a análise do sintoma para firmar o diagnóstico e orientar a conduta médica. Para melhor encaminhar o sujeito para um modelo mais adequado às suas referências é importante compreender muito mais do que a condição biológica que causou a enfermidade atendo-se também, e talvez até principalmente, no modo como o paciente a enfrenta ou a suporta²⁷⁴.

No âmbito do uso abusivo de drogas, as formas de tratamento mais comuns incluem:

- 1) Clínicas religiosas que 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 improvisarem os atendimentos e “terapias”, ocorrendo relutância quanto à contratação de profissionais especializados. Além da falta de recursos, se estabelece como problema a concepção teórica do presente modelo que faz prevalecer a crença de que a fé resolveria tudo, afastando-se dos tratamentos hospitalar, medicamentoso, e afins, com a intenção de “curar com o poder da oração”²⁷⁵, o que pode colaborar para resultados insatisfatórios, por não associar as crenças religiosas aos inegáveis prejuízos físicos associados às drogas, os quais devem ser também tratados.
- 2) Grupos de ajuda mútua – dentre os quais merece destaque os Alcoólicos Anônimos – que valoriza o compartilhamento de vivências e experiências em torno do problema comum do abuso de drogas. São uma organização autônoma que fortalece os laços entre os “amigos-irmãos” como forma de combater os sintomas da abstinência e fomentar a continuidade do processo de total ruptura do uso de drogas²⁷⁶.
- 3) Comunidades terapêuticas, que são instituições de atendimento,

²⁷⁴ LÓPEZ, Mário. **Fundamentos da Clínica Médica**: a relação médico-paciente. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 1997, p. 15.

²⁷⁵ MOTA, Leonardo. **Dependência química e representações sociais**: Pecado, crime ou doença. Curitiba: Juruá, 2009, p. 61-62.

²⁷⁶ 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.

localizadas em ambientes urbanos ou rurais, de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, tendo por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido, de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares²⁷⁷.

- 4) Internação, pacificada no âmbito de doenças mentais, apesar de desincentivada a partir do advento da Lei 10.216/2001 – a chamada Lei de Reforma Psiquiátrica – aplica-se constantemente por analogia aos pacientes em uso abusivo de substâncias psicoativas ou síndrome da dependência. Importante a ressalva de que a referida medida é permitida, apenas quando modelos menos invasivos não se encontram disponíveis²⁷⁸. A referida lei prevê, em seu art. 6º, 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
- 5) Centros de Atenção Psicossocial, os quais 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”.

²⁷⁷ FRACASSO, Laura. Comunidades terapêuticas: histórico e regulamentações. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>>.

²⁷⁸ 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.

Todos os modelos de tratamento se baseiam em crenças e premissas diferentes, atribuindo importância a fatores diversos, dentre os quais se destacam a religião, a convivência e a troca de experiência entre os usuários. A maioria dos tratamentos não admite a utilização de técnicas paralelas de intervenção, compreendendo que o sucesso da intervenção corresponderia a aplicação de todo o processo proposto, incluindo, em quase todos os modelos, a ideia de abstinência como pilar da estratégia.

O problema dos modelos que vem sendo utilizados é que estes descartam, por completo, o tripé biopsicossocial da dependência, fruto da interação dinâmica de três fatores distintos: o tipo de substância consumida, o indivíduo e o seu contexto social, na medida em que se desapega desses fatores para dedicar sua atenção, única e exclusivamente, à droga.

Neste sentido, a alteridade, partindo da premissa da compreensão (e responsabilização) pelo outro, em sua totalidade, inclui necessariamente o contexto de vida do outro para a formulação de um modelo de tratamento ideal, isto porque, conforme se verá adiante, a compreensão do contexto interfere, de forma direta, na vulnerabilidade do sujeito, bem como no acesso aos serviços de saúde e, infelizmente, na sua relação com a sociedade.

5 CONTRIBUIÇÕES DA ALTERIDADE PARA A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO E CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGAS

A partir do marco teórico da alteridade e dos reflexos que a sua efetivação impõe na construção das relações humanas, pretende-se construir uma forma de aplicação que se refira, de forma mais direta à relação médico-paciente.

Essa construção baseada na alteridade pode ser implementada a partir de uma mudança no paradigma da educação médica, que compreenda os fatores psicossociais e as suas influências no organismo humano facilitando a construção de uma relação que vá adiante do caminho inaugurado pela humanização e se constitua como verdadeiro desdobramento da alteridade.

No âmbito do uso de drogas é preciso compreender não apenas a relação do sujeito com a drogas, mas, principalmente, o lugar que ela ocupa na construção da sua identidade, bem como os contextos nos quais se dá o uso. Assim, a abordagem de tratamento caminhará não mais na perspectiva de cura a partir da abstinência, mas de cuidado a partir da compreensão.

Analisando o contexto, a substância e a forma de uso, tem-se um modelo mais efetivo de tratamento por considerar o sujeito em sua dimensão mais abrangente, o que exige uma postura do profissional de saúde que ultrapasse a humanização e a piedade, incorporando os sentimentos de simpatia e até mesmo de amor.

Será analisado ainda de qual forma a alteridade pode ser incorporada na relação como uma transposição da visão humanitária e sentimentalista da relação médico-paciente, estendendo-se ainda a todos os profissionais e agentes de saúde que lidam com pessoas com problemas advindos do uso de substâncias psicoativas, notadamente as ilícitas.

Os sofrimentos do sujeito podem se apresentar a partir de uma vasta gama de questões, as quais podem compreender demandas familiares, afetivas, sexuais, econômicas e, muitas vezes, trazem como agravo da situação de vulnerabilidade a questão social. Assim, restará claro que o contexto de uso se apresenta como importante influência do uso problemático, o que demanda além da resposta médica, muitas vezes, encaminhamentos assistencialistas para tentar apaziguar a situação decorrente da pobreza e da exclusão na qual vivem.

Além dos conflitos internos que o sujeito apresenta com relação a substância, a qual apresenta um verdadeiro “lugar” na vida do paciente, o contexto traz novas questões a serem abordadas pelo médico. Todas as relações de abuso com substâncias acabam demonstrando, em maior ou menor grau, questões que extrapolam as demandas físicas, exigindo do médico muito mais do que um saber especializado e objetivo e clamando por uma aplicação mais subjetiva e “alterizada” da arte do cuidar.

5.1 OS DIVERSOS CONTEXTOS DE USO DE DROGAS E SUAS IMPLICAÇÕES NO TRATAMENTO

É perceptível que existe uma influência da regulação exercida pelas normas formais e informais de uso de drogas nos agrupamentos humanos e contextos culturais em que se estabelece o consumo. Estes elementos podem funcionar, conforme já dito, 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 substâncias.

Tais normas formais e informais que influenciam na relação com a droga devem ser analisadas também a partir das relações entre os sujeitos. O relacionamento entre os sujeitos pode influenciar o uso. Isso pode se dar a partir de uma perspectiva de pertencimento a um grupo, a partir de uma escolha religiosa comum, de uma relação familiar desestruturada e violenta ou a partir da relação de exclusão decorrente de um contexto de uso que se apresenta de forma marginalizada.

Tal premissa é, inclusive, destacada pelo Mapa da Violência, publicado em 2015, o qual, se propondo a fazer um levantamento sobre os aspectos relacionados a violência social no Brasil destaca que este “não é um fato que possa ser explicado e compreendido pela ação isolada dos indivíduos, seus temperamentos, irascibilidade ou ainda pelo uso de substâncias estimuladoras, como o álcool ou as drogas”²⁷⁹. É possível perceber que, contrariando a noção estigmatizada de que o uso de substâncias provocaria ou fomentaria a violência nem sempre existe uma

²⁷⁹ WAISELFISZ, Julio Jacobo. **Mortes matadas por armas de fogo: mapa da violência 2015** [Internet]. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República; 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>, acesso em 15 abr. 2016.

relação de causalidade entre esses fatores.

O modo de ver os toxicômanos só descreve parcialmente o fenômeno da rejeição, ocultando o fato de que milhares de pessoas encontram uma inserção social ao utilizar produtos psicoativos, legais ou ilegais²⁸⁰. O estigma associado ao uso de drogas, em alguns contextos específicos, pode agravar ainda mais a vulnerabilidade do usuário problemático/dependente, o qual, em regra, enfrentará problemas em suas relações sociais. Ademais, importante ainda compreender os possíveis impactos do estigma associado ao uso de drogas no acesso e no tratamento das demandas de saúde, o que pode configurar-se como verdadeiro fator de risco para o sujeito.

O primeiro passo para a constituição de uma democracia e de uma sociedade que respeite a cidadania e as escolhas do outro se dá a partir da consciência de que as vidas individuais se apresentam como resultado da vida de uns com os outros, não existindo, pois, vida humana dissociada de outros seres humanos. Os saberes sociais se apresentam, assim, como construções coletivas. No entanto, considerando o cenário de desigualdade e exclusão da sociedade atual, a concepção de vida comum e cidadania se encontram ameaçadas²⁸¹.

A noção de liberdade do indivíduo e a formação da sua singularidade pressupõem uma integração com o meio e com o outro. A descoberta das similitudes e diferenças, bem como a partilha e a solidariedade são características marcantes na sociedade. Ocorre que, muitas vezes a ausência de interação com o sujeito, apesar de transvestidas de respeito ao indivíduo e à sua autonomia, significa a ratificação de uma cultura de ensimesmamento. Compreender um sujeito envolve necessariamente sua relação com outros indivíduos²⁸².

Quando o sujeito se fecha em si mesmo acaba por não reconhecer as dores e sofrimentos alheios, principalmente quando associados a fatores de pobreza e marginalidade. Assim, o sujeito que já apresenta várias questões problemáticas com relação ao uso de drogas enfrenta mais um agravamento da sua vulnerabilidade em decorrência da sua condição de segregação e exclusão social.

²⁸⁰ OLIVENSTEIN, Claude; PARADA, Carlos. **Como um anjo canibal**: droga, adolescentes, sociedade. São Paulo; Edições Loyola, 2005, p. 53.

²⁸¹ JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI Pedrinho. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 82/83.

²⁸² MINAHIM, Maria Auxiliadora. **Autonomia e frustração da tutela penal**. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 30.

A compreensão da relação indivíduo-sociedade, fundamental para a implementação da alteridade, é também essencial para a transformação da realidade social que oprime e cria as desigualdades profundas entre os sujeitos²⁸³, o que implica, necessariamente na forma como será exercido o cuidado com a pessoa que usa drogas, a depender do contexto de uso.

O contexto de uso remete a um juízo de valor que leva em consideração a figura do usuário e a natureza da substância, valorando e hierarquizando aqueles que usam a substância não necessariamente em decorrência do seu padrão de uso, mas, principalmente da sua condição socioeconômica, criando a falsa compreensão de que o uso de uma determinada droga, em um referido contexto, será sempre uma conduta negativa, a qual precisa ser extirpada a partir do tratamento abstêmio, tal como ocorre com o uso de crack em espaços públicos.

Necessário, para melhor compreensão do uso de drogas, se desvestir da dicotomia que associa a droga ao mal e a abstinência ao bem, reflexo dos estigmas com relação aos usuários e dependentes, a qual sustenta superioridade dos abstêmios, permitindo abusos em nome da busca pela abstinência. Não se pretende aqui estabelecer que o uso de drogas é um aspecto positivo ou benéfico, mas sim compreender a possibilidade de que o conceito de saúde como bem-estar físico, mental e social possa compreender que tratamentos voltados para a continuidade do uso podem se estabelecer como premissas mais reais de assegurar a autonomia e a necessidade de alguns pacientes.

Schramm, fazendo uma reflexão sobre a ética e a bioética, questiona “o que significa dizer que algo é bom, correto ou justo?”. Torna-se necessário, a partir dessa reflexão, repensar e esclarecer o sentido dos termos na linguagem vigente, tentando reconstitui-la de forma moral²⁸⁴. Até mesmo porque, segundo Maria Auxiliadora Minahim, os conceitos tradicionais de bem e mal já não apresentam mais a segurança necessária para orientar a ação humana diante da infinidade de variáveis

²⁸³ BOCK, Ana Mercês; GONÇALVES, Maria da Graça. Indivíduo-sociedade: uma relação importante na psicologia social. In: BOCK, Ana Mercês. **A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003, p.79.

²⁸⁴ SCHRAMM, Fermin Roland. Questões conceituais e metaéticas da bioética clínica: uma introdução. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 90.

que se exibem nos casos concretos²⁸⁵.

No mesmo sentido, a autora afirma que apesar de ser fácil obter um consenso, ou até mesmo a unanimidade de resposta se questionadas a um conjunto de pessoas, se elas são contra ou a favor do bem comum, torna-se difícil caracterizá-lo. Isto porque, as pessoas começam a divergir quando se tenta estabelecer que circunstâncias empíricas caracterizam a realização desse bem comum²⁸⁶.

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. “Se os significados das drogas são diferentes (do ponto de vista psicológico, médico, ideológico, policial), os efeitos serão distintos para aqueles que estão sob condições sociais diferentes”²⁸⁷.

O consumo de drogas não é, por si só, elemento caracterizador de doença. Trata-se de mero sintoma a ser analisado de forma associada a outros fatores e contextos, tais como a desigualdade e a exclusão social. O uso de drogas é geralmente marcado por graus de vulneração do sujeito decorrentes não apenas do uso de substâncias psicoativas, mas, principalmente, pelas mazelas físicas e sociais que os afligem.

Assim, é comum, principalmente quando o uso ocorre em espaços públicos ou quando se apresentam como enfermidade característica da vida na rua, a formação de grupos involuntários de indivíduos, os quais habitam espaços relegados pelos que podem escolher os ambientes onde reside e transita, formando, assim, os “guetos involuntários”, os quais representam o espaço do qual não podem sair, os quais decorreram dos “guetos voluntários” resultantes da escolha daqueles que delimitaram o espaço ao qual não iriam²⁸⁸.

Essa hostilização que abarca o usuário de drogas, inclusive, muitas vezes, o culpando pela violência, não colabora para a diminuição da violência urbana, tampouco para a melhoria das relações sociais, alcançando metas que mais se

²⁸⁵ 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. 101.

²⁸⁶ Idem., 2015, p. 49.

²⁸⁷ ALMEIDA, Alba Riva Brito de. Práticas alternativas no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. In: DANON, Carlos Alberto Ferreira; DALTRO, Mônica Ramos. **Psicologia profissão de saúde: da formação à prática profissional**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2013, p. 193.

²⁸⁸ BAUMAN, Zygmunt. **Danos colaterais: desigualdades sociais numa era global**. Rio de Janeiro: Zahar, 2013, p. 82.

parecem um grande jogo de poder, na medida em que coloca os chamados “marginais” em guetos, favelas e prisões. Atrelando os usuários à marginalidade, consequentemente se agravam as complicações sociais e os riscos à saúde²⁸⁹.

Esse processo hierarquizado de urbanização traz implicações no cenário da saúde tendo em vista que resulta em diferentes qualidades de atendimento, o que se encontra agravado pela dificuldade de acesso (físico) aos serviços disponíveis. Isto porque a residência do paciente se estabelece em ambiente periférico distante do local de atendimento, os quais inclusive contribuem com a desintegração social e com a violência para o surgimento e manutenção da doença²⁹⁰, incluindo a dependência química.

Uma vez tendo acesso ao serviço, um novo desafio se apresenta: o estigma. O preconceito associado aos usuários de drogas se torna ainda mais grave quando está associado à pobreza, contribuindo para a maior segregação e a marginalização do sujeito, configurando-se como uma nova dinâmica de desigualdade e exclusão²⁹¹ do sujeito.

Os mecanismos de controle a partir da exclusão fazem com que amplas camadas da população, ‘desnecessárias’ à ordem instituída possam ser desviadas, empurradas, eliminadas²⁹². A miséria, acentuada pelo desemprego, instabilidade social, a ausência de vínculos familiares – e outros fatores de risco – quando associados ao uso de substâncias psicoativas, notadamente quando esse se dá de forma abusiva, configuram o grupo como vulnerado e representam a própria figura da miséria humana na ótica da maioria do grupo social.

A desigualdade no âmbito das oportunidades suscita debates éticos acerca da distribuição dos recursos disponíveis, havendo uma grande relação entre a oferta de possibilidades no campo do diagnóstico e tratamento. Isto porque, aqueles que tem mais disponibilidade de utilização de recursos, apresentam uma maior possibilidade

²⁸⁹ SAMPAIO, Christiane; FREITAS, Deisi Sangoi. Alteridade: os possíveis rumos a uma atitude transitiva na educação sobre drogas. In: *II SEMINÁRIO NACIONAL DE FILOSOFIA E EDUCAÇÃO – CONFLUÊNCIAS* - 2006, Santa Maria, RS. **Anais eletrônico...** Santa Maria: UFSM, 2006. Disponível: <<http://coral.ufsm.br/qpforma/2senafe/e3.htm>>.

²⁹⁰ SANTANA, José Paranaguá de. Acesso à saúde em um mundo desigual. In: CARVALHO; Regina Ribeiro Parizi; ROSANELI, Caroline Filla. **Bioética e Saúde Pública**. Curitiba: CRV, 2016, p. 49.

²⁹¹ PRADO, Marco Aurélio Máximo; TORRES, Marco Antônio; MACHADO, Frederico Viana; COSTA, Frederico Alves. A construção de silenciamentos: reflexões sobre a vez e a voz na sociedade contemporânea. In: MOYORGA, Cláudia; RASERA, Emerson; PEREIRA, Maristela (orgs.). **Psicologia Social: sobre desigualdades e encontros**. Curitiba: Juruá, 2014, p. 31.

²⁹² SILVA, Nilza. Subjetividade. In: STREY, Marlene Neves (et. al.) **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. Petrópolis: Vozes, 2013, p. 176.

de alcançarem mecanismos de tratar as intercorrências físicas e psíquicas da enfermidade, o que tem, claramente, relação com a questão do desenvolvimento²⁹³. As desigualdades econômicas, surgidas por ocasião da globalização, fazem com que seja necessário repensar uma participação equitativa, que respeite a diversidade e valorize o respeito à pessoa²⁹⁴.

Assim, as clínicas particulares oferecem caros e efetivos tratamentos para a dependência química. Aqueles que possuem uma melhor condição econômica contam também com auxílios ao tratamento clínico, como acompanhamento psicológico e acesso a medicamentos mais recentes. No entanto, o contexto de uso que se configura na vida na rua ou em ambientes favelizados de maior exclusão não possibilitam acesso aos mesmos mecanismos.

Considerando que um dos pilares fundamentais da política de saúde é o acesso aos cuidados, parece evidente que, ao nível mais elementar, este acesso depende da oferta de cuidados, ou seja, da disponibilidade de cuidados de saúde para as pessoas lhe poderem aceder; e esta disponibilidade relaciona-se diretamente com a organização dos serviços e a existência de (mais ou menos) barreiras à utilização bem como a adequação da resposta às necessidades dos cidadãos. Neste sentido, é “indissociável da questão de equidade do sistema de saúde”²⁹⁵.

Necessário destacar que o contexto pode tornar a intervenção com o intuito de distribuição de recursos ainda mais urgentes, neste sentido, importante a fundamentação da bioética em saúde pública, a qual dedica especial atenção aos vulnerados e vulneráveis. Segundo Zoboli, “a bioética precisa ser crítica, para não cair no equívoco de se tornar apologética ou, meramente, ideológica, pois os problemas éticos, frequentemente, são indicativos de iniquidade e injustiça sistêmicas, estruturais e institucionais”²⁹⁶. Neste sentido, explicando a vertente específica da Bioética da Proteção. Marlene Braz destaca que:

É necessário, então, não só o discurso, mas a ação dirigida para superar o fosso que separa o “nós”, elite bem-informada e economicamente privilegiada, dos “outros” desmedrados, fragilizados, atingidos, sem

²⁹³ SANTANA, José Paranaguá de. Acesso à saúde em um mundo desigual. In: CARVALHO; Regina Ribeiro Parizi; ROSANELI, Caroline Filla. **Bioética e Saúde Pública**. Curitiba: CRV, 2016, p. 44/45.

²⁹⁴ CORREA, Francisco Javier León. Bioética entre globalização, universalismo e diversidade cultural. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. 1 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 21/22.

²⁹⁵ NUNES, Lucília. Responsabilidade e poder nas políticas e cuidados de saúde: a participação como imperativa. In: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. **Bioética e Políticas Públicas**. Lisboa: Editora CNECV, 2014, p. 128.

²⁹⁶ Zoboli, Elma. Bioética deliberativa pública: integrando ética e saúde pública. In: CARVALHO; Regina Ribeiro Parizi; ROSANELI, Caroline Filla. **Bioética e Saúde Pública**. Curitiba: CRV, 2016, p. 21.

conhecimento, sem poder, sem recursos. A coragem de deixar entrar os “outros” em sua plenitude, com seu olhar que causa estranhamento, implica a possibilidade do estabelecimento de uma sensibilidade, de uma escuta, de uma ação e de um voltar-se em direção aos desamparados. Sem isso, as diferenças entre “nós” e os “outros” inviabilizam a coexistência pacífica e a coesão social pela violência que engendram. Mesmo um Estado mínimo deve ter o compromisso de proteger a todos os membros da sociedade e mais, especificamente, aos desvalidos²⁹⁷.

No âmbito público, o princípio da solidariedade merece destaque como pilar das políticas de inclusão, de erradicação da pobreza e desigualdades e de promoção de uma sociedade livre, justa e solidária. São deveres dos particulares comprometer-se com a concretização deste objetivo constitucional cuja consecução depende do envolvimento de todos²⁹⁸. Assim, é importante repensar políticas que possam promover uma maior efetivação de direitos fundamentais, incluindo a saúde. Diminuir as desigualdades socioeconômicas impactaria diretamente na promoção de um tratamento para o abuso de drogas mais efetivo, tendo em vista que as mazelas econômicas atuam, muitas vezes, como fatores de risco ao uso de substâncias.

Independentemente do contexto no qual se encontra, o sujeito se apresenta como vulnerável, podendo apresentar (e muitas vezes já apresentando) “ferimentos” em decorrência do uso abusivo de drogas. A busca por ajuda sempre esbarra na dificuldade de atingir o equilíbrio entre autonomia e beneficência, sendo importante a compreensão de que o processo de decisão se dá a cada momento, dependendo do contexto e daqueles que nele estão envolvidos, pelo que não é possível oferecer uma “resposta pronta” à questão²⁹⁹.

“O mistério está em que a mesma experiência perceptiva em pessoas diferentes leva à constituição de valores individuais diferentes e vai condicionar, no futuro, decisões diferentes em situações iguais”³⁰⁰. Isso significa dizer que a percepção dos sujeitos, mesmo diante de um mesmo contexto, vai viabilizar diferentes decisões. Pode-se concluir que o contexto se estabelece como uma influência para a condição de vulnerabilidade do grupo, mas dificilmente apontará para uma resposta coletiva idêntica.

²⁹⁷ BRAZ, Marlene. Bioética, proteção e diversidade moral: quem protege quem e contra o quê na ausência de um referencial moral comum? In: SCHRAMM, Fermin Roland; REGO, Sergio; BRAZ, Marlene; PALÁCIOS, Marisa. (Org.). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ - Editora Fiocruz, 2005, p. 57.

²⁹⁸ MINAHIM, Maria Auxiliadora. **Autonomia e frustração da tutela penal**. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 136.

²⁹⁹ BECKERT, Cristina. Ética da solicitude e ética da compaixão. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. III. Coimbra: Almedina, 2009, p. 87.

³⁰⁰ SERRÃO, Daniel. Aconselhamento Ético. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. III. Coimbra: Almedina, 2009, p. 261.

Neste sentido, conforme se observou em momento oportuno, surge a redução de danos como uma proposta individualizada que tem por objetivo assegurar a autonomia do sujeito, trabalhando, sempre que possível, com a beneficência no sentido de mitigar os riscos ao organismo e os problemas apresentados pelo sujeito. Ocorre que, a implementação da redução de danos tem como um grande entrave a proibição do uso, em qualquer situação, das substâncias ilícitas.

Por isso, será analisado um modelo mais avançado de proteção ao sujeito, a partir de efetivação de uma verdadeira política de redução de danos a qual se realiza em Portugal com forte influência da descriminalização do uso de toda e qualquer substância psicoativa. Não se pretende com isso fomentar o uso de drogas, mas desenvolver a ideia de que a criminalização se apresenta como entrave a uma abordagem baseada na alteridade por não reconhecer sequer a escolha do outro em fazer uso de drogas, como um desejo ou uma necessidade, relegando-o sempre ao campo da ilicitude.

Uma abordagem médica efetiva tem como premissa a transposição do viés proibicionista e do estigma relacionado ao uso para implementar um vínculo de cuidado e atenção que veja o outro tal como é, e não tal como gostaria que fosse. A partir da premissa de que o ideal de abstinência não irá imperar nunca de forma completamente consensual na sociedade é importante a compreensão do diferente e, a partir disso, o seu acolhimento. Este sujeito poderá e deverá colaborar para o seu tratamento, não apenas a partir do conhecimento de si e do uso de drogas que desenvolveu durante a vida, mas também a partir de um elo com o profissional de saúde que pode se efetivar como verdadeiro instrumento de uma melhora ou mesmo a cura do quadro clínico.

5.2 COMPREENDENDO A ATENÇÃO E O CUIDADO NO MODELO REDUÇÃO DE DANOS: POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DO PANORAMA PORTUGUÊS

Na maioria dos países europeus as intervenções baseadas na redução de danos é motivada pelas demandas reais dos agentes em detrimento do conceito pré estabelecido daquilo que os profissionais compreenderiam como metas ou

estratégias ideais³⁰¹. Estratégias reais para lidar com a demanda da droga se estabeleceram numa série de países europeus dentre os quais destaca-se no presente trabalho o padrão português de intervenção, notadamente pela sua influência no âmbito jurídico, a partir do tratamento conferido ao usuário, e pela reconhecida importância do seu modelo no âmbito de uma política pública efetiva que reconhece o indivíduo a partir da sua singularidade.

Em Portugal, no ano de 2001, o Decreto-Lei nº 130-A passou a regulamentar a lei nº 30/2000, definindo o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas. A partir do referido decreto, fica clara a postura de proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. Nos termos da lei, a competência para o processamento e aplicação das respectivas sanções passa a ser atribuída a uma comissão especial intitulada Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência, substituindo, pois, os tribunais criminais como resposta do Estado ao consumo de drogas³⁰².

As comissões passaram a ser constituídas por um colégio de técnicos da área da saúde e da justiça, sendo sempre presididas pelos profissionais de saúde, os quais procuram informar as pessoas e, como o próprio nome sugere, dissuadi-las de consumir drogas, tendo como prioridade o encaminhamento dos sujeitos para tratamento, sempre com o seu consentimento. O programa português de Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência apresenta como principais referências os princípios do humanismo e pragmatismo, tendo sido incluídos os princípios da centralidade no cidadão, da territorialidade e das respostas integradas³⁰³.

A alteração do paradigma português de cuidado apresenta alguns elementos que foram destacados pelo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, dentre os quais se destaca o afastamento da responsabilização do usuário perante o Ministério da Justiça para aproximá-lo do tratamento conferido pelo Ministério da Saúde; a criação de planos de intervenção mais detalhados e apropriados para cada sujeito; a diminuição dos risco de enfrentamento com a

³⁰¹ KIMBER, Jo (et. al.). Harm reduction among injecting drug users – evidence of effectiveness. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. **EMCDDA Monographs: Harm reduction: evidence, impacts and challenges**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010, p. 147.

³⁰² SISTEMA DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS. **Políticas da droga em Portugal**. <Disponível em:

<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 05/01/2018

³⁰³ Idid.

polícia; a aproximação entre a política de tratamento de problemas decorrentes so abuso de álcool e o enfrentamento médico das demandas relacionadas as substâncias ilícitas³⁰⁴.

Dentre as propostas investigadas como inovações portuguesas destacam-se as bases territoriais que dispõem de equipes técnicas especializadas para as diversas áreas de intervenção, nomeadamente, tratamento, prevenção, reinserção e redução de riscos e minimização de danos, possibilitando o conhecimento aprofundado das necessidades, a mobilização de recursos existentes e a estruturação de respostas adequadas às especificidades de cada caso clínico³⁰⁵.

Deve-se ressaltar também que é preciso evitar o equívoco de se confundir descriminalização com legalização. Portugal não legalizou o uso de drogas, ou seja, a posse e o uso de drogas continuam proibidos, mas as consequências para o usuário, ao ser pego, referem-se a violações administrativas não mais tratadas no âmbito criminal, mas submetendo o sujeito a um viés de atenção e cuidado que o encaminham para tratamento, em detrimento da abordagem punitiva anterior³⁰⁶.

A descriminalização do consumo foi uma medida emblemática no novo paradigma de tratamento dos problemas decorrentes do uso de estupefacientes, permitindo que a redução de danos recebesse a devida legitimação política parlamentar. Isto porque, os programas de redução de danos previstos na lei já eram praticados anteriormente (já abarcando equipes de rua, centros de acolhimento, centros de abrigo, troca de seringas, tais como já ocorre no Brasil). De verdadeiramente inovador destacam-se os “pontos de contato e de informação”, que funcionam como postos móveis de informação sobre a composição das drogas, situados na proximidade de locais associados ao consumo³⁰⁷.

A informação funciona como importante estratégia para prever e reduzir danos e deve ser utilizada para ampliar os conhecimentos dos usuários e, também, daqueles não usuários, visando, assim, alertá-los acerca dos pormenores ligados ao uso e, conseqüentemente, mitigar o estigma e a discriminação presentes no meio

³⁰⁴ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. **Drug Policy Profiles:** Portugal. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011, p. 23.

³⁰⁵ SISTEMA DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS. **Políticas da droga em Portugal**. <Disponível em:

<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 05/01/2018.

³⁰⁶ MARTINS, Vera Lúcia. A política de descriminalização de drogas em Portugal. **Serviço Social e Sociedade**, n.114 São Paulo Apr./June 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200007>.

³⁰⁷ COSTA, Eduardo Maia. A Redução de Danos enquanto Pilar da Estratégia de Luta contra as Drogas. **Revista da EMERJ**, v. 12, nº 48, 2009, p. 54/55.

social. Torna-se, assim, uma estratégia abrangente e ilimitada, que pode ser utilizada livremente, inclusive nos espaços públicos.

O discurso ‘antidrogas’, conquanto útil para orientar a assistência a algumas pessoas em situação de uso problemático, é doutrinário quando aplicado à educação. Trata-se de um direcionamento ideológico que encontra ressonância e receptividade no senso comum, contrariando a construção de senso crítico e autonomia do sujeito com relação ao uso de drogas, sendo a proteção, a responsabilidade e o cuidado, objetivos maiores da educação, os quais vem sendo desconsiderados pela ausência de informações adequadas sobre o uso de drogas na sociedade³⁰⁸.

A informação e a educação são, pois, pilares para o exercício da autonomia no tratamento. No âmbito da saúde, pensar em escolhas livres significa promover a compreensão do sujeito acerca do seu quadro e das possíveis complicações associadas, o que significa inicialmente utilizar a informação de forma que o outro entenda o que está sendo transmitido.

Neste contexto, a expressão autonomia está ligada ao reconhecimento e à efetividade do direito que têm as pessoas de fazer escolhas livres de coação e de limitações internas no âmbito da saúde, o que pressupõe que elas tenham a capacidade de fazê-lo. Isso traz à colação as questões da informação suficiente e da capacidade de consentir. O respeito à autonomia, portanto, está aí relacionado com a finalidade, ou seja, com o esforço para facilitar que o sujeito, ao tomar uma decisão, não seja impedido de alcançá-la porque compreendeu mal os meios ou os fins, ou porque controles externos foram interpostos³⁰⁹.

A construção de um modelo não repressor do uso, pautado na autonomia do paciente, representou um avanço, tanto do ponto de vista do respeito à dignidade do paciente como no que se refere aos resultados da medida. Isto pode ser comprovado com base em dados, uma vez que, “no que se refere às taxas de uso, pós-descriminalização, Portugal tem as mais baixas da União Europeia, quando comparadas com outros países onde figura a criminalização da droga”³¹⁰.

³⁰⁸ SAMPAIO, Christiane; FREITAS, Deisi Sangoi. Alteridade: os possíveis rumos a uma atitude transitiva na educação sobre drogas. In: II SEMINÁRIO NACIONAL DE FILOSOFIA E EDUCAÇÃO – CONFLUÊNCIAS - 2006, Santa Maria, RS. **Anais eletrônico**... Santa Maria: UFSM, 2006. Disponível: <<http://coral.ufsm.br/gpforma/2senafe/e3.htm>>

³⁰⁹ MINAHIM, Maria Auxiliadora. **Autonomia e frustração da tutela penal**. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 40.

³¹⁰ MARTINS, Vera Lúcia. **A política de descriminalização de drogas em Portugal**. In: Serviço Social e Sociedade. n. 114 São Paulo Apr./June 2013. Disponível em:

Esse novo panorama inaugurado a partir da maior autonomia conferida ao usuário provocou reflexos positivos, inclusive, no âmbito do acesso aos serviços de saúde. Isto porque, antes da descriminalização as pessoas que faziam uso problemático de drogas tinham receio de procurar os serviços de tratamento por temor de que fossem presos ou processados³¹¹. Com o advento do novo marco jurídico decretado pelo país, possibilitou-se um maior acesso e efetivação dos tratamentos referentes aos riscos e danos efetivados pelas drogas sem o entrave do estigma criminal, o que faz com que o sujeito buscasse a informação mais adequada acerca do seu uso e, com isso, pudesse obter uma diminuição das consequências negativas advindas do uso de drogas.

A informação será melhor compreendida a partir da utilização de uma linguagem simples e clara, condizente com o grau de compreensão e informação do paciente. Mas não é apenas a qualidade da informação que contribui para o pleno exercício da autonomia. Muitas vezes, o vínculo com o profissional de saúde pode se estabelecer como uma alavanca no sentido de compreender aquilo que está sendo transmitido.

A principal colaboração do paradigma de RD para o tratamento reside no papel da informação e do vínculo para a construção de um modelo de atenção e cuidado exclusivo para cada paciente, o que perpassa a sua compreensão acerca das causas e consequências de uso, bem como os seus interesses.

A partir desses pilares se estabelece a relação entre o usuário ou dependente de substâncias psicoativas e o redutor de danos, que pode ser profissional da saúde que tem uma formação superior nas diversas disciplinas que tangenciam o cuidado do grupo destacado, tais como farmacêutico, nutricionista, psicólogo, bem como o agente de saúde capacitado para lidar com a demanda da multiplicação do autocuidado.

O autocuidado está diretamente associado a ideia explorada por José Manuel Heleno como o cuidado de si, o que estaria enraizado a própria noção de identidade a partir da constatação de que o indivíduo, para criar um modelo ideal de cuidado

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200007>.

³¹¹ MARTINS, Vera Lúcia. A política de descriminalização de drogas em Portugal. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.114 São Paulo Apr./June 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200007>

deve ter plena consciência do que pensa e sente acerca de si³¹². No entanto, nem sempre, para não dizer quase nunca, o cuidado se estabelece como uma postura interna do sujeito que desconsidera as influências das relações sociais mais diversas.

Nesse contexto, “uma questão importante para a Bioética é a discussão sobre percepção de coerção e pressões sociais identificadas no tratamento da dependência química, uma vez estas podem afetar o curso e os resultados esperados do tratamento”³¹³. A percepção de coerção compreendida pelo usuário quando ele não tece influência ou controle sobre o processo decisório, bem como as pressões sociais, são entendidas como motivações externas para a continuação ou o abandono do tratamento.

No que tange a postura de abandono do usuário ao tratamento proposto, é interessante notar que a baixa adesão não é colocada como uma característica do usuário, mas compreendida na relação com os serviços de saúde. Os usuários de drogas não apresentam características homogêneas e tal diversidade faz com que a falta de concordância com as posturas adotadas pelos profissionais de saúde influencie o abandono do tratamento. Isto decorre do sentimento de não se perceberem compreendidos em sua integralidade³¹⁴.

A baixa adesão ao tratamento perpassa também a motivação que proporcionou o seu início. Assim, apesar de haver muitas razões pelas quais as pessoas buscam tratamento devido ao uso, abuso ou dependência de SPA, nem todas estão ligadas ao sentimento de que estejam doentes ou necessitem de ajuda. A maioria dos pacientes buscam tratamento em decorrência de pressão externa, seja por parte da família, amigos, autoridades legais ou profissionais de diferentes serviços. Quando não existe uma real compreensão da necessidade do tratamento, a adesão ao procedimento proposto fica deveras comprometida, fazendo com que o paciente retome o uso de drogas, numa perspectiva abstinência, ou mesmo abandone os serviços quando em tratamento a partir da estratégia de redução de danos³¹⁵.

Por isso, o vínculo com o profissional de saúde e o acesso a informação

³¹² HELENO, José Manuel. **Identidade Pessoal**. Lisboa; Instituto Piaget, 2003, p. 61.

³¹³ PORTELA, Ana Luíza; GOLDIM, José Roberto. Pressões sociais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba, CRV, 2017, p. 209.

³¹⁴ *Ibid.*, p. 211.

³¹⁵ *Ibid.*, p. 217.

adequada atuam como verdadeiros alicerces do processo de busca por mitigar as consequências do uso de drogas. Para isso, é preciso que o médico tenha uma formação mais humanista e holística acerca do sujeito que busca ajuda para as demandas de saúde, destacando-se ainda na sua formação a importância de lidar com as questões referentes às substâncias, devendo o profissional analisar o quadro clínico daquele que busca a demanda a partir de uma construção bio-psico-social que possa atender as verdadeiras necessidades e demandas daquele que busca ajuda.

5.3 A CONTRIBUIÇÃO DOS SENTIMENTOS PARA A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

“As doenças interferem diretamente nos projetos existenciais das pessoas, exigindo uma resignificação de suas vidas. O profissional pode ser um mediador privilegiado desse processo de resignificação diante do adoecer das pessoas”³¹⁶. Assim, a sua formação deve possibilitar o processo de mediação e de reconhecimento do sujeito, possibilitando uma resposta mais adequada ao panorama de vulnerabilidade apresentado pelo paciente.

O sofrimento humano demanda uma resposta não apenas da medicina, mas também da bioética. É necessário pensar que o fenômeno da vida sadia ou patológica necessita de um olhar voltado a maior satisfação do valor individual e coletivo³¹⁷. O profissional de saúde deve ser, pois, um sujeito ético ou moral, consciente de si e do outro, devendo agir de forma responsável, deliberando entre as alternativas possíveis³¹⁸, estando sempre atento ao respeito e a cuidado da pessoa que sofre.

(...) estaremos aptos a resgatar a perdida arte de cuidar quando estivermos preparados para compreender o ensinamento de Maimônides: “possa eu jamais esquecer que o paciente é meu semelhante, transmutado pela dor, e que jamais eu considero mero receptáculo de doença”; ou quando considerarmos atentamente o juízo crítico formulado por Lévinas: “como podem esses sujeitos almejar um estatuto de humanidade e pertença se

³¹⁶ SELLI, Lucilda; MENEGHEL, Stela; JUNGES, José Roque; VIAL, Eloir Antonio. O cuidado na resignificação da vida diante da doença. JUNGES, José Roque; GARRAFA, Volnei. **Solidariedade crítica e cuidado**: reflexões bioéticas. São Paulo: Edições Loyola, 2011, p. 54.

³¹⁷ LEPARGNEUR, Hubert. Bioética e diversidade. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. 1 ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 51.

³¹⁸ SILVA, Maria Emilia de Oliveira Schpallir; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; ANJOS, Marcio Fabri dos. Contribuições da Bioética da formação do sujeito ético na universalidade. In: RENK, Valquíria; RAULI, Patrícia Maria Forte. **Bioética e Educação**. Curitiba: CRV, 2016, p. 61.

não se olham no rosto ou se olham com tanta brevidade?”³¹⁹.

Faz-se imperioso ouvir o chamado para um encontro com o outro de forma horizontalizada. No âmbito da saúde, é importante recriar uma relação embasada por elementos de humanização e acolhimento que “não exporá ou privilegiará, como se poderia imaginar, os menos favorecidos, ou excluídos, o estrangeiro, ou qualquer pessoa que, numa relação jurídica esteja mais ou menos vulnerável”³²⁰.

Trata-se um acolhimento do paciente de forma simétrica e humanizada o que poderá ser embasado por sentimentos como compaixão, empatia e até mesmo amor. A construção de uma relação que abre espaço para os sentimentos com relação ao outro se apresenta como importante passo em busca da alteridade. Isto porque, apesar de não se configurarem como modelo ideal, o qual estaria embasado na alteridade, apresentam uma real ruptura com o modelo de coisificação do paciente, encarando-o não mais como objeto a ser curado, mas como sujeito a ser compreendido.

A própria compreensão da doença e do processo de cura envolvido comporta uma gama de fatores que transcendem a própria nosologia das doenças, necessitando, assim, de uma visão da dimensão mais geral e difusa da consciência holística, o que não se caracteriza como uma característica da formação médica tradicional³²¹.

A formação do profissional deve, pois, priorizar a educação moral, distante da ideologia excludente da sociedade de mercado, incluindo além da formação técnica, a educação para a formação de uma consciência ética que se expanda além da deontologia³²². A educação não compreende apenas o ato de instruir, devendo incluir a formação do caráter pessoal, a partir de conhecimento sobre valores. O pleno exercício do respeito ao outro deve ser valorado em detrimento a mera

³¹⁹ SIQUEIRA, José Eduardo. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais? In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 335/336.

³²⁰ CAMILLO, Carlos Eduardo Nicolletti. **Teoria da alteridade jurídica**: em busca do conceito de direito em Emmanuel Lévinas. São Paulo: Perspectiva, 2016, p. 67.

³²¹ TAVARES, Fátima. **Alquimistas da cura**: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos. Salvador: EDUFBA, 2012, p. 39.

³²² SILVA, Maria Emilia de Oliveira Schpallir; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; ANJOS, Marcio Fabri dos. Contribuições da Bioética da formação do sujeito ético na universalidade. In: RENK, Valquíria; RAULI, Patrícia Maria Forte. **Bioética e Educação**. Curitiba: CRV, 2016, p. 59/62.

especialização técnica³²³.

O preparo do profissional se abre para subsidiar o autoconhecimento e a educação de sua personalidade, para a participação ao relacionamento com os doentes e com sua própria equipe de trabalho. O profissional não é um aparelho que se ajusta para o serviço mecânico, mas um sujeito que se educa³²⁴. Essa educação além de incluir a vivência real de encontro com o outro abarca necessariamente uma visão crítica e humanista da atividade clínica.

A construção de um novo modelo social baseado na educação é proposta de Paulo Freire na sua Terceira carta pedagógica. A partir da sua visão acerca da educação, o pedagogo acreditava na transmissão do exemplo no âmbito familiar, em menor proporção, bem como numa educação transformadora ensinada nas escolas e nas formações de nível superior. Tinha como principal objetivo do ato de educar a promoção de uma transformação social a partir de uma preocupação ética. Destaca-se aqui trecho da obra do referido autor como reforço argumentativo e como lembrança constante do papel do educador na realidade social, sendo transformador da realidade e inibidor da injustiça, o que deve ser transposto, também, para a formação do profissional de saúde.

Se a Educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda. Se a nossa opção é progressista, se estamos a favor da vida e não da morte, da equidade e não da injustiça, do direito e não do arbítrio, da convivência com o diferente e não de sua negação, não temos outro caminho senão viver plenamente a nossa opção. Encará-la, diminuindo assim a distância entre o que dizemos e o que fazemos³²⁵.

A Bioética se apresentaria, neste sentido, como uma possível contribuição ao ensino médico voltado às questões éticas voltadas a uma abordagem prática do saber. Em países como o Canadá, a disciplina é ensinada em todas as escolas médicas. No Brasil, o mapeamento das escolas médicas brasileiras mostrou que em 90% dos casos os conteúdos formais de ética estão inseridos nas disciplinas de medicina legal e deontologia e limitam-se à apresentação dos códigos de ética

³²³ SIQUEIRA, José Eduardo de. Educação bioética para profissionais da saúde. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 327.

³²⁴ ANJOS, Márcio Fabri dos. **Aprender dos erros em serviços de saúde**: uma aproximação bioética. JUNGES, José Roque; GARRAFA, Volnei. *Solidariedade crítica e cuidado: reflexões bioéticas*. São Paulo: Edições Loyola, 2011, p. 171.

³²⁵ FREIRE, Paulo. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. Apresentação de Ana Maria Araújo Freire. Carta-prefácio de Balduino A. Andreola. São Paulo: Editora UNESP, 2000, p. 67.

médica ou das normas de conduta profissional, assim definidas pela própria corporação. A introdução da bioética na grade dos cursos regulares apresenta resultados aparentemente satisfatórios, e se constituiria como um importante passo inicial para a mudança de paradigma na formação médica³²⁶.

A educação voltada às questões (bio)éticas se torna ainda mais urgente a partir da compreensão de que “grande parte do êxito na comunicação depende, portanto, do tempo e das preocupações éticas de cada profissional”³²⁷. Conforme já foi destacado no presente trabalho, a comunicação entre o agente de saúde e o paciente é importante ferramenta para alcançar uma melhora no quadro clínico. As inovações tecnológicas e medicamentosas não anulam e nem mitigam a necessidade de uma conduta ética e cuidadosa com o outro.

O século XX caracterizou-se pela expressiva produção de conhecimento científico e tecnológico passível de ser aplicado ao campo da saúde, particularmente à assistência médica. Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos multiplicaram-se e sua eficiência e eficácia também se tornaram cada vez mais significativas. Por outro lado, o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias e técnicas da medicina são tidos como responsáveis pelo deslocamento do foco das atenções profissionais para longe do próprio indivíduo enfermo, num processo que hoje é referido como de desumanização da atenção à saúde³²⁸.

O desenvolvimento incomensurável da biotecnologia e da indústria farmacêutica no último século trouxe maior facilidade em diagnosticar e tratar as doenças do corpo, possibilitando que fossem detectadas por exames específicos e que seus sintomas fossem amenizados de forma mais controlada e eficaz, no entanto, não eximiu o ser humano de uma série de sofrimentos, notadamente os sofrimentos psíquicos que afligem os sujeitos³²⁹.

“O predomínio do conhecimento fragmentado gerado pelo clássico ensino das disciplinas inviabiliza a percepção do ser humano integral, que é sempre um só

³²⁶ REGO, Sergio Tavares de Almeida; COSTA-MACEDO, Leda M. Subsídios para a educação moral nos cursos de graduação em saúde. In: SCHRAMM, Fermin Roland; REGO, Sergio; BRAZ, Marlene; PALÁCIOS, Marisa. (Org.). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ - Editora Fiocruz, 2005, p. 201.

³²⁷ MINAHIM, Maria Auxiliadora. Autonomia e frustração da tutela penal. São Paulo: Saraiva, 2015, p. 73.

³²⁸ REGO, Sergio Tavares de Almeida; COSTA-MACEDO, Leda M. Subsídios para a educação moral nos cursos de graduação em saúde. In: SCHRAMM, Fermin Roland; REGO, Sergio; BRAZ, Marlene; PALÁCIOS, Marisa. (Org.). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ - Editora Fiocruz, 2005, p. 194.

³²⁹ D'ESPÍNDULA, Thereza Salomé; D'ESPÍNDULA, Helena Regina Salomé; SIMÃO-SILVA, Daiane Priscila. Bioética, biotecnologia e biopoder: Sutis (bio)relações. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba, CRV, 2017, p. 41.

tempo biológico, psicológico, cultural e social”³³⁰, colaborando, inclusive para o fenômeno da medicalização e da mercantilização da doença.

Isto porque, um médico deveria compreender que um uma doença raramente é orgânica ou psíquica, social ou familiar, ela é, em regra, simultaneamente orgânica, psíquica, social e familiar³³¹. Ocorre que, o médico compreende como missão ajudar o paciente a livrar-se de um mal-estar circunstancial, cuidando do sintoma, e não das causas associadas, pelo que, introduz uma medicação que ameniza o sofrimento da consequência deixando de averiguar a verdadeira causa. Neste sentido:

É muito mais fácil para muitos médicos rotularem de depressivo e medicar um paciente que sofre e chora, do que lhe perguntar por que está triste. Se o fizessem, entrariam na dimensão subjetiva tornada para eles não científica, frequentemente retirada do currículo médico e desconhecida à dissociação mente-corpo na dimensão científica. Durante o final do século XVIII e início do XIX a psicologia mental começou a ser estudada cientificamente, ocupando paulatinamente o lugar da demonologia, que misturava aleatoriamente o normal e o patológico. Infelizmente, porém, essa indiscriminação continua até hoje com a frequente redução do normal ao patológico, como por exemplo, na depressão, na ansiedade e na possessão (DSM)³³².

Para a melhor compreensão e tratamento humanizado da doença, dores emocionais e físicas devem ser compreendidas como importantes para a compreensão do quadro clínico. Assim, quanto mais forte são identificadas as dores emocionais, maior a necessidade de acolhimento, a afim de reverter, por exemplo, quadros de ansiedade e depressão, os quais vistos de uma forma puramente biológica só contribuem para beneficiar a indústria farmacêutica, muito pouco oferecendo ao portador do corpo doente³³³.

“É urgente fazer a opção: continuar mercantilizando a doença ou cuidar realmente dos seres humanos, respeitando sua autonomia e sua dignidade”³³⁴. Esse

³³⁰ SIQUEIRA, José Eduardo de. Educação bioética para profissionais da saúde. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 329.

³³¹ Idem., 2013, p. 332.

³³² BYINGTON, Carlos Amadeu Botelho. **Psicopatologia simbólica junguiana: um estudo do mal e da ameaça de autodestruição da nossa espécie**. 2 Ed. São Paulo: Edição do autor, 2017, p. 24.

³³³ D'ESPÍNDULA, Thereza Salomé; D'ESPÍNDULA, Helena Regina Salomé; SIMÃO-SILVA, Daiane Priscila. Bioética, biotecnologia e biopoder: Sutis (bio)relações. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs.). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba, CRV, 2017, p. 45.

³³⁴ BETTINELLI, Luiz Antonio; PORTELLA, Marilene Rodrigues; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTINA, Janaina Rigo. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. Vol II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola; IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 357.

paradigma mercantilista demonstrou que a preocupação com a doença conduziu a um esquecimento do doente e à despersonalização do paciente nos hospitais e serviços de saúde³³⁵.

Contraopondo a esse paradigma, defende-se que, a partir de uma visão personalista e verdadeiramente humanizada, não se pode admitir uma consideração puramente científica da medicina, porque haveria um reducionismo da pessoa, e é importante reconhecê-la como muito mais que uma explicação exata ou como uma mera reprodução da doença.

“Por mais que os cuidados sejam baseados em conhecimentos científicos e técnicos, não significa que se limitem a eles”³³⁶. Importa, assim, a compreensão do sujeito como um todo. A formação padrão da graduação e pós-graduação médicas, se estabelecem insuficientes para a construção de uma relação terapêutica marcada pelo cuidado. Neste sentido uma proposta que colabora para a construção das competências médicas necessárias para um profissional mais humano seriam o fundamento da educação ética em um hospital escola, tal como ocorre no instituto Providence Health & Services, no Oregon. Lá o residente aprende como e porque o relacionamento terapêutico que ocorre a partir do compartilhamento com o paciente molda e interfere no consentimento de cada caso específico³³⁷.

Na atualidade, não é suficiente tomar conhecimento de normas deontológicas contidas nos códigos de ética, estando o bom desempenho do profissional de saúde associado ao exercício permanente de tolerância, de prudência e do acolhimento do outro³³⁸. A compreensão do outro transcende, assim, o saber profissional e aponta para uma relação horizontalizada, a qual compreende o significado da vida no processo do cuidado incluindo não somente atribuições técnicas, mas, principalmente, a capacidade de entender o ser humano, como ele está em seu

³³⁵ MARTIN, Leonard M. **Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica**. Rio de Janeiro: Edições Loyola; 2002, p. 57.

³³⁶ ALMEIDA, Debóra Vieira; RIBEIRO JUNIOR, Nilo. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 244.

³³⁷ TUOHEY, John F.; KOCKLER, Nicholas J. Aconselhamento ou coaching? A consultoria ética no contexto da pós-graduação em educação médica. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 145/147.

³³⁸ SIQUEIRA, José Eduardo de. Educação bioética para profissionais da saúde. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 325.

mundo, como desenvolve sua identidade e constrói sua própria história³³⁹.

Neste sentido, a obra de Lévinas traz uma contribuição acerca da construção do saber quando afirma que “o saber, cuja essência é crítica, não pode reduzir-se ao conhecimento objetivo; conduz para Outrem. Acolher Outrem é por a minha liberdade em questão”³⁴⁰. Assim, a liberdade médica construída a partir da construção técnico-formal do saber deveria ceder espaço ao acolhimento do outro.

É importante, assim, (re)criar uma profissão médica que resgate algo na benignidade do antigo profissional liberal que viva a medicina como sacerdócio, levando em conta as dificuldades provenientes das novas condições de trabalho, as quais muitas vezes se caracterizam a partir de relações contratualistas nas quais o profissional está adstrito aos ditames da clínica na qual exercem a profissão, dos ditames do contrato do seguro saúde do paciente e/ou das diretrizes propostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Tal criação compreende a formação de estruturas que permitam ao médico ser bom técnico e cientista, com remuneração digna, sem que precise abrir mão da própria humanidade, nem da dignidade humana de seus pacientes. Nesse compromisso com o humanitário, surge a figura do médico responsável pela saúde do mundo e solidário na construção de uma ética médica aberta à bioética, em que a compaixão não ceda lugar nem a ciência, nem ao lucro³⁴¹.

O grande desafio que surge neste novo modelo de profissional de saúde é o de cuidar, na globalidade do ser, numa ação preferencial em relação à dor e ao sofrimento das pessoas, nas suas dimensões físicas, psíquicas, sociais e espirituais, com competência técnico-científica e humana³⁴². Neste sentido, importante a colaboração da Bioética enquanto uma dimensão de ética setorial ou aplicada ao sofrimento humano, o que se estabelece enquanto origem da bioética clínica ou

³³⁹ BETTINELLI, Luiz Antonio; PORTELLA, Marilene Rodrigues; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTINA, Janaina Rigo. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 350.

³⁴⁰ LÉVINAS, Emmanuel. **Totalidade e infinito**: ensaio sobre a exterioridade. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2014, p. 75.

³⁴¹ MARTIN, Leonard M. **Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica**. Rio de Janeiro: Edições Loyola; 2002, p. 144.

³⁴² BETTINELLI, Luiz Antônio; PORTELLA, Marilene Rodrigues; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTINA, Janaina Rigo. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 353.

terapêutica. Sendo assim, antes mesmo de pensarmos o sofrimento do dependente químico na clínica, é preciso pensar toda a forma de sofrimento vivenciado na experiência humana³⁴³.

O sofrimento não se coaduna, necessariamente, com a dor física. Ricoeur toma a dor e o sofrimento como casos-limite, identificando a primeira com o aspecto físico e a segunda com o aspecto psíquico, inclinando-se à análise do sofrimento humano sem dispensar muita atenção à dor física³⁴⁴. Conforme já foi objeto de consideração no presente trabalho, os contextos de pobreza e vulnerabilidade se apresentam como ambientes nos quais existe um fator de risco associado ao uso de drogas. Configuram-se, muitas vezes, como sofrimentos psíquicos que trazem consequências mais graves até do que os próprios aspectos físicos do uso.

“A segregação de alguns grupos sociais (...) possibilita questionar os ideários políticos da modernidade: Liberdade para quem? Igualdade entre quem? Fraternidade com quem?”³⁴⁵. Assim, os grupos segregados e estigmatizados confirmam a impossibilidade de estabelecer um único tratamento para a enfermidade, considerando a desigualdade entre os sujeitos e entre os contextos nos quais exercem a sua liberdade.

Considerando que a noção de liberdade (e, inclusive, de criminalização) já foi debatida do presente trabalho, e que a igualdade foi objeto da discussão acerca da formação da identidade do sujeito e da verticalização da relação médico-paciente, resta debater a temática a partir da perspectiva da alteridade, a qual perpassa uma construção da relação com o profissional de saúde que incorpora a piedade, a compaixão, a simpatia e a amor.

Importante fazer essa excussão no campo dos sentimentos para melhor compreender a importância de uma linguagem construída a partir dos sentimentos para a implementação do cuidado no âmbito da saúde. Neste sentido, Edemilson de Campos, explicando a obra de Olgária, compreende a linguagem dos sentimentos como a expressão da desigualdade entre os homens:

³⁴³ VAZ, Marcelo Koch. PAUL RICOEUR: autonomia, vulnerabilidade e sofrimento. In: SGANZERLA, Anor; SCHRAMM, Fermin. **Fundamento da Bioética**. Curitiba: CRV, 2016, p. 102.

³⁴⁴ Ibid., p. 103.

³⁴⁵ PRADO, Marco Aurélio Máximo; TORRES, Marco Antônio; MACHADO, Frederico Viana; COSTA, Frederico Alves. A construção de silenciamentos: reflexões sobre a vez e a voz na sociedade contemporânea. In: MOYORGA, Claudia; RASERA, Emerson; PEREIRA, Maristela (orgs.). **Psicologia Social: sobre desigualdades e enfiamentos**. Curitiba: Juruá, 2014, p. 33.

(...) é a linguagem que marca o advento da alteridade. Ou seja, é com a linguagem que o homem toma consciência do outro. Para Olgária, a linguagem nasce sob uma exigência de paixões: é pelo amor e pelo ódio que os homens criam sons articulados. Logo, enquanto na piedade natural os homens se identificam uns com os outros, na linguagem dos sentimentos o outro é descoberto como objeto de amor e ódio, ou seja, como diferente. No entanto, como amar e odiar implicam comparações e preferências, a linguagem dos sentimentos reforça e ratifica a desigualdade entre os homens³⁴⁶.

A linguagem dos sentimentos pode se implementar como um caminho para a construção de uma relação com o profissional de saúde que traga maior conforto e compreensão do sujeito que sofre, pelo que se defende a possibilidade de que seja esse um dos alicerces de uma relação simétrica entre os sujeitos, possibilitando o exercício da alteridade.

Já a relação desvinculada do padrão de sentimentos norteia a percepção de cuidado referente à figura do Narciso³⁴⁷. Assim, importante traçar o caminho de uma relação médico-paciente que enxerque o outro não apenas como doente, mas também, e principalmente, a partir de as suas condições sociais e vicissitudes, configurando-se como verdadeiro ato de amor ao próximo.

O Narciso é uma figura mítica que identifica o estilo de vida marcado pelo desinteresse social e político. O indivíduo compreende a sua autossuficiência existencial, a partir de um ideal marcado pelo individualismo ocidental, muito comum na era pós-moderna³⁴⁸. É muito comum que o médico detenha uma atitude narcísica, que se afasta do altruísmo, centralizando o eu em todo e qualquer interesse. Trata-se de um fenômeno natural que não pode ser ignorado. Apesar de não resultar sempre em prejuízos sociais, coloca os sujeitos em condição de desproporcionalidade³⁴⁹.

O narcisismo se constrói a partir da “corrupção do amor-de-si que, degenerando-se em amor-próprio, impede o filósofo de sair de dentro de si mesmo, tornan-

³⁴⁶ CAMPOS, Edemilson Antunes de. **A tirania do Narciso: alteridade, narcisismo e política**. São Paulo: Annablume, 2001, p. 40/41.

³⁴⁷ Narciso é um personagem da mitologia grega, filho do deus do rio Cefiso e da ninfa Liríope. Ele representa um forte símbolo da vaidade, sendo um dos personagens mitológicos que foi muito citado nas áreas da psicologia, filosofia, letras de música, artes plásticas e literatura.

³⁴⁸ MAINETTI, José Alberto. O complexo bioético: Pigmaleão, Narciso e Knock. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, P. 298.

³⁴⁹ BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Conflitos éticos no atendimento a moradores de rua: cidadania no mundo da exclusão. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 476/477.

do-o incapaz de imaginar um homem totalmente diferente de si”³⁵⁰. Nas relações que envolvem as demandas de saúde a postura narcisista releva um egoísmo e um ensimesmamento que por vezes não permitem a compreensão do sujeito como alguém que existe além do sintoma e da demanda clínica.

A fixação das relações sociais, baseada em um estreitamento na vida comunitária, que se fecha em si mesma, cria as condições necessárias para o desenvolvimento do narcisista, e a consequente inibição dos sentimentos altruístas. Vivendo em sociedade, a comparação com o outro existe, muitas vezes com o objetivo de distinção e destaque. Como consequência dessa descrença no mundo impessoal causada pelo narcisismo pode-se destacar a exclusão dos dessemelhantes como criaturas a serem evitadas, ainda que possam em algum momento despertar a piedade³⁵¹.

A crítica ao "narcisismo" aponta para uma outra possibilidade de convívio social, baseado na "ética da alteridade" que tenha na solidariedade e na reciprocidade seus valores capitais e traga em seu centro um questionamento radical de todas as formas de exclusão social e de recusa da alteridade, única forma possível de construção de uma cultura verdadeiramente democrática. A construção de uma sociedade de Narcisos faz com que a sociedade seja constituída a partir de um completo alheamento entre seus membros³⁵².

Essa concepção de pessoa, estruturada em termos fortemente individualistas, demonstra um verdadeiro alheamento em relação a elas, uma vez construindo relações contratuais e não de percepção de existência³⁵³. A abertura para o outro é necessária no âmbito médico, e pode se dar em diversos níveis, compreendendo como o primeiro deles a noção de Piedade.

A impiedade se apresenta como uma característica evidente a definir a postura moral do indivíduo, sendo a conduta impiedosa alicerce de uma postura de desrespeito ao outro tão gravosa a ponto de promover a violência e, até, o assassinato, o que pode ser exemplificado pelo genocídio do povo judeu³⁵⁴. Já “a

³⁵⁰ CAMPOS, Edemilson Antunes de. **A tirania do Narciso**: alteridade, narcisismo e política. São Paulo: Annablume, 2001, p. 69.

³⁵¹ Ibid., p. 84 e 121.

³⁵² Ibid., p. 28.

³⁵³ ZUCCARO, Cataldo. **Bioética e valores no pós-moderno**. São Paulo: Loyola, 2007, p. 59.

³⁵⁴ BAUMAN, Zygmunt. **Danos colaterais**: desigualdades sociais numa era global. Rio de Janeiro: Zahar, 2013, p. 79.

piedade é caracterizada como uma capacidade de identificação com nosso semelhante, que nos transporta até ele, fazendo com que eu veja algo em comum entre ele e mim”³⁵⁵. Essa semelhança, inclusive, perpassa a compreensão religiosa de igualdade e semelhança entre os homens, o que influenciou sobremaneira a cultura cristã ocidental.

O Eu deve estar aberto para o Outro, ainda que este se apresente desigual, ele merece ser aceito e respeitado como simplesmente se mostra, sem indiferença, repulsa, exclusão ou descaso. Destaca-se, também, a piedade como sentimento que personifica o sujeito por suas particularidades ³⁵⁶ , sendo a piedade e, conseqüentemente a caridade, uma atitude de personificação que não enxerga o outro a partir dos seus interesses e vicissitudes.

“O Eu é limitado por natureza, fadado ao egoísmo (...) enquanto não mover-se em relação ao Outro. Não se trata, aqui, de fazer, essencialmente, caridade aos necessitados, porque não é assistência que se reclama”³⁵⁷. O sofrimento do outro não demanda uma atitude de benevolência e interferência paternalista visando “amenizar” a situação apresentada, mas convoca a uma atitude de respeito e de compreensão que possibilite a construção da verdadeira ajuda.

Muitas vezes, a piedade encobre uma atitude verdadeiramente egoísta. Neste sentido, tratando acerca da ocultação da verdade ao paciente como uma atitude piedosa, Osswald chega à conclusão de que muitas vezes a motivação para a ocultação da verdade por parte do médico, por mais que revestida de piedade e compassividade, revela, em verdade, uma motivação egoísta. Isto porque, o médico confronta-se com a sua própria impotência para tratar, curar e, em algumas situações, manter a vida. Recusa-se, pois a transmitir a previsão da morte ao doente pois essa lembraria a sua própria finitude e vulnerabilidade diante da morte³⁵⁸.

Já “o termo compaixão, fiel à etimologia latina (cum+passio), significa padecer com participação na dor alheia e desejo de minorá-la, pressupondo um sentimento de comunhão que une o eu e o outro no sofrimento”³⁵⁹. A compaixão é algo que se

³⁵⁵ CAMPOS, Edemilson Antunes de. **A tirania do Narciso**: alteridade, narcisismo e política. São Paulo: Annablume, 2001, p. 72.

³⁵⁶ CAMILLO, Carlos Eduardo Nicolletti. **Teoria da alteridade jurídica**: em busca do conceito de direito em Emmanuel Lévinas. São Paulo: Perspectiva, 2016, p. 43/44.

³⁵⁷ Ibid., p. 65.

³⁵⁸ OSSWALD, Walter. Toda a verdade ao doente? In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, vol. II. Coimbra: Almedina, 2008, p. 319.

³⁵⁹ BECKERT, Cristina. Ética da solicitude e ética da compaixão. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.).

revela na relação médica, que muitas vezes apresenta um sentimento de condolência e sensibilidade a partir das lóstimas apresentadas pelos pacientes, e faz com que o profissional faça ao outro aquilo que gostaria que fizessem consigo.

A compaixão, ainda quando o sujeito realiza o exercício da transposição ao lugar do outro, continua sendo um sentimento egoísta. Afinal “a comparação entre aquilo que o outro experimenta e o que eu experimento quando me pergunto: “Como é que seria se isto tivesse sucedido a mim?” Aquilo que é avaliado não é o sofrimento de outrem, mas o meu, se eu estivesse no seu lugar”³⁶⁰. A alteridade “não se trata de uma relação do Eu que enxergue o Outro como Eu, já que isso não concerne ao Outro — mas ao Mesmo”³⁶¹.

“As pessoas não precisam de compaixão, mas de ajuda profissional; e isso nem sempre, ou exclusivamente, é fornecido através do conhecimento formal da biologia e da fisiologia. É essa ajuda que de fato satisfaz a necessidade”³⁶². Diferenciando a compaixão da simpatia, destaca-se a lição de Beckert:

(...) a simpatia contamina moralmente aquele que a experimenta com o valor moral atribuído aos actos do seu objeto, de tal modo que a simpatia por um torturador me torna cúmplice na sua crueldade, mas a compaixão por ele deixa intacto o valor moral do seu acto, ao isolar e ter em consideração apenas o sofrimento que o afeta, sendo possível simpatizar com um criminoso sem ter por ele compaixão e, inversamente, ter compaixão sem experimentar qualquer simpatia³⁶³.

No âmbito da relação médico paciente, destaca-se a compaixão como a conclusão de que esta relação deve se formar a partir de uma parceria não mecânica, mas de um relacionamento entre seres humanos que se complementam mutuamente, parâmetros éticos são fundamentais nesse relacionamento com o outro, cresce o espaço para a compaixão, no sentido radical da palavra – padecer junto com o outro num empreendimento assumido em comum. A benignidade, nesse paradigma, que tem suas raízes numa visão empática, que possibilita a compreensão do outro e, conseqüentemente, algumas vezes, o sofrimento comum,

Estudos de Direito da Bioética, vol. III. Coimbra: Almedina, 2009, p. 77/78.

³⁶⁰ Ibid., p. 78.

³⁶¹ CAMILLO, Carlos Eduardo Nicolletti. **Teoria da alteridade jurídica**: em busca do conceito de direito em Emmanuel Lévinas. São Paulo: Perspectiva, 2016, p. 43.

³⁶² LOLAS-STEPKE, Fernando. A medizinsche Anthropologie da escola de Heidelberg: implicações para a bioética. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 319.

³⁶³ BECKERT, Cristina. Ética da solicitude e ética da compaixão. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. III. Coimbra: Almedina, 2009, p. 80/81.

na medida em que forja laços de solidariedade baseados na fraternidade universal e tendo como objetivo o reconhecimento dos direitos fundamentais a todos³⁶⁴.

Importante destacar que a empatia tem uma relação reta com o vínculo existencial que forja uma reflexão sobre o cuidado em diálogo com a ética; vinculando, pois, o tema da empatia como um dos fundamentos teórico-práticos da Bioética. A relação empática, por sua vez, não é uma relação fácil de ser exercida, notadamente no âmbito profissional. Requer, além do autoconhecimento do profissional, a sensibilidade para viver o processo de *epoché*³⁶⁵, que possibilita chegar ao mundo tal como vivido pelo outro. No entanto, as relações contemporâneas, cultivadas pelas sementes do imediatismo, tem feito surgir, no solo da indiferença, relações caracterizadas pelo desrespeito, pela desconsideração do outro, as quais demonstram a ausência do verdadeiro humanismo e o distanciamento da alteridade³⁶⁶.

O conceito de empatia se refere a uma atitude em relação a algo ou alguém. Trata-se de comportamento que exterioriza um modo particular de identificar-se com o sujeito a partir de modos de pensar, opiniões, valores, conhecimentos, sentimentos e necessidades íntimas e/ou coletivas. Engloba ainda, temáticas que conglomeram o mundo das relações humanas com a natureza, ou seja, outras espécies de seres vivos e com a vida em geral³⁶⁷.

O verdadeiro cuidado pressupõe, para Darlei Dall’Agnol, a simpatia enquanto capacidade de compartilhar as alegrias ou tristezas, as dores ou sofrimentos dos outros. Embora o profissional da saúde deva manter certo distanciamento do paciente, para que o cuidado tenha conotação moral, ele tem que exibir uma valoração da pessoa cuidadora em relação ao indivíduo que está sendo cuidado³⁶⁸.

³⁶⁴ MARTIN, Leonard M. **Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica**. Rio de Janeiro: Edições Loyola; 2002, p. 61/62.

³⁶⁵ Através da *epoché* deve ser realizada a suspensão de juízos, pré-conceitos, e valorações acerca de tudo o que não é evidenciado apodicticamente e, portanto, não pode constituir base de um saber seguro e fundante. Assim, ao “por fora de circuito” tudo o que era pré-dado, sem evidenciação absoluta, fazemos uma redução o que resta, o mundo da consciência. O conceito de *epoché* é uma contribuição de Husserl no processo do saber inaugurado pela fenomenologia. Disponível em: <http://www.anpof.org/portal/index.php/en/agenda-encontro-2/user-item/475-sergiomariz/139-agenda-xvi-encontro/9156-a-importancia-da-relacao-entre-epoche-e-reducao-como-o-modo-de-acesso-a-orientacao-fenomenologica-em-husserl>

³⁶⁶ LOPES, Rosalice; PAULA, Blanches de. Relação empática como competência básica para o agir ético em Psicologia. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba, CRV, 2017, p. 143/144.

³⁶⁷ *Ibid.*, p. 133.

³⁶⁸ DALL’AGNOL, Darlei. Cuidar e Respeitar: atitudes fundamentais na bioética. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 202.

Finalmente, o sentimento que se revela como verdadeira essência do ser humano, não se confundindo com a simpatia ou com a misericórdia, é o Amor. “Excede-a pelo hábito de ir ao encontro do Outro sem esperar reciprocidade. Assenta-se como amor originário, que põe o próprio fundamento da simpatia, da amizade e da fraternidade”³⁶⁹.

O amor, segundo Lévinas, é a continuidade de uma relação com Outrem, a qual pode se transformar em necessidade que transcenderia o ser amado. Amar, para ele, seria temer por Outrem, levando ajuda à sua fraqueza, sendo a exteriorização de uma ternura voltada para a dissipação da vulnerabilidade extrema³⁷⁰.

“Amar o próximo exige um salto de fé, aceitar a determinação de amar o próximo é o ato de origem da humanidade”³⁷¹. O amor não pode ser, porém, mera construção teórica, ou uma reflexão sobre o amor, mas deve se concretizar em ação³⁷². A ação médica voltada para uma relação de amorosidade pressupõe necessariamente uma educação voltada a compreensão do sujeito com as suas dimensões, o que será visto adiante de forma específica com relação as pessoas que usam drogas.

Importa refletir sobre a educação enquanto processo comprometido com o desenvolvimento humano, no aspecto individual e coletivo, uma vez que todo processo educativo, para ser autêntico, deve corresponder a um projeto ético³⁷³. A ética da alteridade compreende também uma responsabilidade irrestrita pelo outro, compreendendo necessariamente um cuidado para com ele.

“Permitir a manifestação do cuidado é praticar o amor e reconhecer o potencial que as experiências têm para transformar as vidas das pessoas”³⁷⁴. Conforme já foi apontado no presente trabalho, a noção de vínculo e cuidado estão

³⁶⁹ SILVA, Márcio Bolda da. **Rosto e Alteridade**: pressupostos da ética comunitária. São Paulo: Paulus, 1995, p. 84.

³⁷⁰ LÉVINAS, Emmanuel. **Totalidade e infinito**: ensaio sobre a exterioridade. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2014, p. 254/255.

³⁷¹ RICETTI, Simone Maria. Bioética e arte: encontro da subjetividade e reconhecimento do outro. In: RENK, Valquíria; RAULI, Patrícia Maria Forte. **Bioética e Educação**. Curitiba: CRV, 2016, p. 148.

³⁷² ALMEIDA, Jorge Miranda de. **Ética e Existência em Kierkegaard e Lévinas**. Vitória da Conquista: UESB, 2009, p. 123.

³⁷³ COUTINHO, Maria Pereira. Ética e Educação. In: NEVES, Maria do Céu Patrão (coord.). **Ética**: dos fundamentos às práticas. Lisboa: Edições70, 2016, p. 227.

³⁷⁴ BOUSSO, Regina Szyllit; SANTOS, Maria Rodrigues. A ciência do cuidado: conhecimento e sensibilidade. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 402.

diretamente relacionadas a noção de cura. No entanto, para a compreensão do objetivo do presente trabalho necessita-se também questionar até que ponto o uso de drogas conduziria efetivamente a uma enfermidade com potencial de ser extirpada e/ou curada.

A própria construção e aplicação da Bioética deveria perpassar também a amorosidade como pressuposto. Isto porque, a atividade intelectual necessita do amor, e o amor, paradoxalmente, necessita de entendimento intelectual. Assim um poder emocional racionalizado poderia ajudar a resolver dilemas práticos a partir da criação de uma relação de confiança e dependência mútuas, sendo o amor a consciência da relação indivisível e unitária com o outro³⁷⁵.

Seria hipocrisia ensinar academicamente que os dilemas morais são resolvidos apenas a partir de um balanceamento de princípios. O amor é inerente ao homem, e como tal, perpassa inclusive a própria concepção dos princípios. Nesta perspectiva, Raul Marino Jr. ensina que a autonomia pode ser vista enquanto amor próprio, a justiça como amor ao próximo, a não maleficência seria o amor da vida e, por fim a beneficência se configuraria como um amor ao bem, não devendo, portanto, nunca subestimar o poder do amor³⁷⁶.

Freud, na obra *Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e outros textos*, afirma que “um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas afinal é preciso começar a amar, para não adoecer, e é inevitável adoecer, quando, devido à frustração, não se pode amar”³⁷⁷. A partir dessa reflexão é possível estabelecer uma relação entre o amor e a doença, podendo ser a falta de amor pelo outro um caminho para a doença e, o distanciamento do narcisismo aproximação da cura. Para o autor, o afastamento dos sentimentos, sensações e afetos se configurariam como um estado de inconsciência³⁷⁸.

Com sensibilidade, o profissional deve, assim, reconhecer sempre a necessidade do Outro, praticando intuitivamente o amor e buscando meios para aliviar os sofrimentos decorrentes do uso/abuso de drogas. Assim, lança mão de

³⁷⁵ MARINO JUNIOR, Raul. **Bioética global**: princípios para uma moral mundial e universal e de uma medicina mais humana. São Paulo: Hagnos, 2009, p. 145

³⁷⁶ Ibid., p. 141/142.

³⁷⁷ FREUD, Sigmund. **Introdução ao narcisismo**: ensaios de metapsicologia e outros textos. Trad: Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 29.

³⁷⁸ Ibid., p. 115.

diferentes estratégias para acessar o contexto particular no qual cada sujeito está inserido, as quais exigem uma análise pormenorizada da necessidade de cada um, afastando-se de respostas padronizadas³⁷⁹, sejam elas abstencionistas, seja a obstinação pela redução de danos como modelo ideal.

A relação construída na amorosidade se estabelece como importante premissa daquele que seria o modelo ideal de compreensão da relação com o profissional de saúde, qual seja a construção baseada numa ética da alteridade. Compreender a alteridade extrapola a concepção sentimentalista das relações e faz com que o indivíduo reconheça verdadeiramente o outro como parte de si mesmo.

Mais que uma solução integradora para superar as dificuldades contemporâneas e as deficiências do sistema de saúde, a alteridade e o primado da ética Lévinasiana traduzem um verdadeiro sentido para a relação médico-paciente. Ela oferece a dignidade da qual o paciente necessita, qual corresponde a uma atitude do profissional de saúde apto a informar a realidade, atualizar os conceitos de saúde e doença, uma vez que sempre se movimentará em relação ao Outro a partir de uma construção amorosa do cuidado. Posteriormente, abordar-se-á, por fim, de que forma a construção dessa relação baseada na alteridade pode influenciar diretamente as estratégias de cuidado e atenção às pessoas que usam drogas.

5.4 A ALTERIDADE COMO PARADIGMA FUNDANTE DAS ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO E CUIDADO PARA PESSOAS QUE USAM DROGAS

A alteridade reforça e reconhece a dimensão do outro ser tratado como tal. Como diferente em seu modo de viver e ser no mundo, sem juízos de valor ou hierarquias, o que permite o respeito a sua singularidade e sua idiossincrasia. O encontro passa a ter uma perspectiva dialógica, sem a ânsia do convencimento ou da imposição. Só a partir da alteridade e o estranhamento causado a partir do encontro, é que o outro passa a ter existência.

A maior dificuldade para se conseguir tal feito enquanto sociedade, é conseguir se livrar de um entendimento proselitista perante os grupos sociais, ou seja, temos a tendência a querer homogeneizar as diferenças a todo custo, pois só conseguimos reconhecer aquilo que nos é igual. A

³⁷⁹ BOUSSO, Regina Szyllit; SANTOS, Maria Rodrigues. A ciência do cuidado: conhecimento e sensibilidade. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 398. BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.)

diferença sempre terá um caráter negativo, o diferente só será bom, a partir do momento em que ele se transformar no modelo idêntico ao que lhe é imposto.”³⁸⁰

No âmbito do uso de droga fica clara a influência da materialização de um saber soberano nas instituições de controle, constituindo um modelo de práticas discursivas regidas por dois elementos principais: a medicalização e a criminalização³⁸¹. Ora visto como crime, ora como doença, o uso de drogas sempre se afasta das noções de autonomia e identidade inerentes ao sujeito.

É parte de um modelo de tratamento do uso abusivo de drogas voltado à alteridade, a construção de um saber, seja ele médico ou cultural, que possa compreender a necessidade de conviver com as drogas. Este processo só será possível a partir de um processo dialógico entre o educando e o educador, o qual pense estratégias de atenção e cuidado voltados, igualmente, para o diálogo e para o aprimoramento das informações que tangenciam os danos e consequências associadas ao uso das substâncias³⁸².

Barchifontaine compreende os dependentes de drogas como pessoas em situação de miséria, abarcando-os como excluídos que necessitam de uma presença solidária e de uma ajuda fraterna, sobretudo quando as condições socioeconômicas existentes os colocam em uma situação de vulnerabilidade ainda maior³⁸³. Neste sentido, a atenção e o cuidado deveria abranger, inclusive, a assistência socioeconômica, bem como as demandas decorrentes dos sofrimentos da alma.

Quando a vulnerabilidade decorre do uso de substância psicoativas, muitas vezes o sujeito é coisificado a partir da atitude de redução do indivíduo a própria droga. A coisificação do Outro é ato concreto que se entrevê na relação prática

³⁸⁰ DÓBIES, Daniel Vannucci; BESSA, Victor Buratto Alves; FRANCISCHINI, Carina Fontana; SILVA, Matheus José da; SANTOS, Rosana Lourenço dos. **Alteridade e convívio num CAPSad de Campinas/SP: estratégias e discussões**. Trabalho apresentado no 6º Congresso internacional ABRAMD – Drogas e Autonomia: Ciência, Diversidade, Política e Cuidados. Grupo de Trabalho: CAPS ad: multiplicidade e trabalho vivo. Disponível em: <<http://www.congressointernacional2017.abramd.org/arquivo/downloadpublic?q=YTToyOntzOjY6lnBhcmFtcyl7czo zNDoiYToxOntzOjEwOiJjRf9BUiFVSZPljtzOjM6ljYxNil7fSI7czoxOiJoljtzOjMyOiJkMGEzMz11ZTE2OGZkZGM 2ZmlyOWExMjgzNDM0ZTBhNCI7fQ%3D%3D>> p. 11.

³⁸¹ QUEIROZ, Isabela Saraiva de; JARDIM, Ôni Márcia; ALVES, Mariana Gonçalves de Deus. “Escuta no pátio”: cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. In: **Pesquisas e práticas psicossociais**. São João del-Rei, set-dez, 2016. p. 659

³⁸² ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a Educação para a Autonomia como garantia de direitos. **Revista EMERJ**, v. 16, n. 63 (), out. - dez. Rio de Janeiro, 2013, p. 101. Edição Especial

³⁸³ BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Conflitos éticos no atendimento a moradores de rua: cidadania no mundo da exclusão. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013, p. 390/391.

humana, pois esta permite revelar o rosto do Outro a partir do mundo no qual está inserido. Se o contexto de inserção se define por uma situação de alheamento e desprezo, o rosto do Outro tem a feição do excluído³⁸⁴, tal como ocorre com o dependente químico, notadamente no âmbito da clínica médica.

“Quando o profissional da saúde pretende relacionar-se com o outro como se relaciona com as coisas, dá-se conta que não compreende outrem, nem o domina como é capaz de fazer com as patologias presentes nos livros de fisiopatologia”³⁸⁵. Tal incapacidade de apreensão protesta pelo desenvolvimento de uma estratégia que leve em conta o encontro com o rosto do outro.

A racionalidade terapêutica invariavelmente ocupa seu espaço de ordenamento e fragmentação, muitas vezes polarizada no arquétipo patriarcal, despersonalizando, assim, as ações do cuidado. Esse tipo de relação favorece a despersonalização do ser humano, o que, por conseguinte, põe em risco a manutenção de sua dignidade³⁸⁶.

Necessário, para a realização de qualquer atividade de cuidado relacionada a pessoa que usa drogas, distanciar-se da estereotipia dos discursos sobre a droga, considerando as concepções diferenciadas do uso, abuso e dependência para a formação do ponto de partida de um tratamento que deve ser sempre renovado, não ficando subsumido por modelos prévios, porque se ancora na questão de que as drogas são instrumentalizadas para finalidades diversas: afetiva, subsistência, afirmação de identidade, negação, reconhecimento, pertença e outros³⁸⁷.

“É na relação com o outro que o profissional da saúde, afectado pela epifania do rosto, percebe a infinitude presente na proximidade, percebe que no plano dos conhecimentos não há respostas prontas que se encaixam naquele rosto”. Tal premissa se aplica ao tratamento do uso de drogas. A proximidade permite identificar

³⁸⁴ SILVA, Márcio Bolda da. **Rosto e Alteridade**: pressupostos da ética comunitária. São Paulo: Paulus, 1995, p. 75.

³⁸⁵ ALMEIDA, Debóra Vieira; RIBEIRO JUNIOR, Nilo. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 242.

³⁸⁶ BETTINELLI, Luiz Antonio; PORTELLA, Marilene Rodrigues; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTINA, Janaina Rigo. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 355.

³⁸⁷ ALMEIDA, Alba Riva Brito de. Práticas alternativas no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. In: DANON, Carlos Alberto Ferreira; DALTRO, Mônica Ramos. **Psicologia profissão de saúde**: da formação à prática profissional. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2013, p. 193/194.

o tipo de uso, as consequências do uso, as necessidades e interesses do sujeito e, conseqüentemente, a melhor abordagem no caso concreto³⁸⁸.

Adotar condutas de redução de danos na atenção ao usuário de drogas pressupõe, ainda, a aceitação de que as práticas de alteração de consciência pela via da intoxicação são intrínsecas à experimentação com a consciência humana. No entanto, não se pode olvidar que, algumas vezes, o uso pode resultar em problemas de saúde graves que dependam a necessidade urgente de intervenções especializadas³⁸⁹.

Assim, não se pretende defender que o uso de drogas deve ser o padrão a ser buscado, perseguido e alcançado a partir do tratamento. É preciso reconhecer, não só a autonomia dos que preferem adotar o modelo tradicional abstinência, bem como analisar aqueles que, apesar das tentativas, não conseguem manter um uso não problemático, necessitando da elaboração de um projeto terapêutico individualizado que reconheça as suas dificuldades.

Para a busca da resposta mais adequada ao caso concreto de abuso ou de dependência química, faz-se necessário investir na educação voltada ao reconhecimento da autonomia com vista a uma abordagem não alarmista, humanizadora e não culpabilizadora do usuário. A educação, neste sentido, rejeita a infantilização e vitimização dos usuários, considerando-os como sujeitos políticos, capazes de compreender sua realidade e construir respostas singulares³⁹⁰, embora não deixe de reconhecer as suas complicações físicas e mentais e o sofrimento relacionado ao seu padrão de uso.

A instrução voltada a compreensão dos desejos constitui alicerce do exercício da subjetividade que seja capaz de uma deliberação de vontade autônoma a partir de uma atividade individual (e coletiva), reflexiva e deliberativa³⁹¹. A educação sobre drogas a partir de um entendimento ampliado, deve incluir subjetividade, as fantasias, os valores, a busca do prazer, as normas, as representações pessoais e sociais. A

³⁸⁸ ALMEIDA, Debóra Vieira; RIBEIRO JUNIOR, Nilo. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. V. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013, p. 244

³⁸⁹ QUEIROZ, Isabela Saraiva de; JARDIM, Ôni Márcia; ALVES, Mariana Gonçalves de Deus. "Escuta no pátio": cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. In: **Pesquisas e práticas psicossociais**. São João del-Rei, set-dez, 2016. p. 661

³⁹⁰ Ibid.

³⁹¹ ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a Educação para a Autonomia como garantia de direitos. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, out. - dez., 2013, p. 102. (Edição Especial)

superação dos reducionismos e discursos simplórios ‘antidrogas’ focados nos ‘objetos droga’ devem também distanciar-se da figura do ‘drogado’, a qual se constitui como estigma e autoestigma, contribuindo negativamente para a construção de um sujeito livre de danos relacionados às drogas³⁹².

A ‘atitude transitiva’ de superação às atitudes intransitivas ou ingênuas perpassa, pois, pela mudança de uma educação sobre drogas de natureza moralizante e obscurantista, para uma atitude que pressupõe refletir junto. ‘Educar sobre drogas’ autenticamente é adentrar a análise da estrutura social, das relações de poder e da subjetividade humana para lidar com a complexidade que estrutura a temática³⁹³.

Sobre o processo de educação, Maria Pereira Coutinho compreende o ato de educar com uma construção de valores a trama da educação. Educar, para a autora, consistirá em oferecer, transmitir, ajudar a construir um modo de viver e de entender a vida, baseada em valores, acreditando na perfectibilidade do homem como pessoa. Trata-se de um processo de construção contínuo do ser, através da relação com o outro, da amizade, e do amor³⁹⁴.

Destaca-se, nessa transição, a importância da conversa. Por meio de diálogos individuais, demandados espontaneamente pelos usuários, devem ser abordadas questões que contemplam dimensões pessoais, relações afetivas e familiares, bem como dimensões sociais e políticas, no campo do trabalho, da justiça e, se for o caso, da circulação por instituições na busca pela afirmação dos seus direitos³⁹⁵.

Desse modo, humanizar os serviços de saúde no âmbito do tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas implica em transformar o próprio modo como se concebe o usuário, não o considerando como sujeito incapaz de exercitar a autonomia, nem tampouco como necessitado de atos de caridade. Para modificar o paradigma atual é necessário que os profissionais envolvidos no processo tenham, além da qualificação técnica, disponibilidade para cuidar.

³⁹² SAMPAIO, Christiane; FREITAS, Deisi Sangoi. Alteridade: os possíveis rumos a uma atitude transitiva na educação sobre drogas. In: II SEMINÁRIO NACIONAL DE FILOSOFIA E EDUCAÇÃO – CONFLUÊNCIAS - 2006, Santa Maria, RS. *Anais eletrônico...* Santa Maria: UFSM, 2006. Disponível: <<http://coral.ufsm.br/gpforma/2senafe/e3.htm>>.

³⁹³ Ibid. 2006.

³⁹⁴ COUTINHO, Maria Pereira. Ética e Educação. In: NEVES, Maria do Céu Patrão (coord.). *Ética: dos fundamentos às práticas*. Lisboa: Edições70, 2016, p. 238.

³⁹⁵ QUEIROZ, Isabela Saraiva de; JARDIM, Ôni Márcia; ALVES, Mariana Gonçalves de Deus. “Escuta no pátio”: cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. In: **Pesquisas e práticas psicossociais**, São João del-Rei, set-dez, 2016. p. 663

Isto porque, conforme já visto, o vínculo se destaca como a força motriz da produção do cuidado com os sujeitos, e a dimensão relacional o caminho para as mudanças nas práticas de cuidado dos profissionais de saúde, o que se constrói a partir de uma interação dialógica, ou melhor, um “encontro” no qual se busca construir projetos de felicidade³⁹⁶.

A superação do discurso antidrogas, a partir da educação, representa o desafio do amadurecimento e o rompimento com ilusões existentes acerca do tema. Tal superação, no entanto, também poderá recompensar os que se atreverem a tentá-la com um novo nível de maturidade pessoal e compreensão do mundo, com menos angústia e mais dignidade³⁹⁷.

A experiência do uso de drogas, no paradigma abstencionista, é negada, ainda que seja associada a um padrão controlado. O discurso da experiência é excluído de tal forma que todo e qualquer sofrimento do sujeito passa a ser atribuído à droga³⁹⁸, provocando uma situação de violência e repressão que corrobora para o autoestigma e dificulta a relação voltada a articulação de um plano terapêutico efetivo.

Na constante missão de relacionar-se, o Outro espera do Eu reconhecimento que dignifica e aplaca as misérias materiais e morais decorrentes das violências sofridas na sociedade. A preocupação com o próximo, integrante de um plano terapêutico voltado à diminuição do uso e dos riscos associados ao consumo de drogas, se concretiza, muitas vezes, sob a forma de relação embasada na amorosidade, que promove um passo na direção do bem e da justiça social, consolidando os valores e a estabilidade da democracia ao propor uma perspectiva de aprimoramento pessoal de cada cidadão a partir da educação consciente e transformadora³⁹⁹.

No Brasil, fala-se muito acerca da repressão e da prevenção às drogas,

³⁹⁶ QUEIROZ, Isabela Saraiva de; JARDIM, Ôni Márcia; ALVES, Mariana Gonçalves de Deus. “Escuta no pátio”: cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. In: **Pesquisas e práticas psicossociais**. São João del-Rei, set-dez, 2016. p. 663/664

³⁹⁷ SAMPAIO, Christiane; FREITAS, Deisi Sangoi. Alteridade: os possíveis rumos a uma atitude transitiva na educação sobre drogas. In: II SEMINÁRIO NACIONAL DE FILOSOFIA E EDUCAÇÃO – CONFLUÊNCIAS, 2006, Santa Maria, RS. **Anais eletrônico...** Santa Maria: UFSM, 2006. Disponível: <<http://coral.ufsm.br/gpforma/2senafe/e3.htm>>.

³⁹⁸ ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a educação para a autonomia como garantia de direitos. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, out. - dez., 2013, p. 103. Edição Especial.

³⁹⁹ MOURA, Rafael Soares Duarte de. **A hermenêutica filosófica da alteridade**: análise fenomenológica da justiça fundada na ética do amor. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Direito. Belo Horizonte, 2012, p. 271.

sendo pouco mencionada (e tampouco exercida) uma educação sobre drogas. Essa perspectiva de alardear a necessidade de uma completa abstinência acaba corroborando com a legitimidade de soluções violentas e imediatistas que não incluem um projeto de futuro e desconsideram o conceito de educação para a autonomia. A educação para a autonomia, no âmbito do uso de drogas, propõe recuperar a memória de outros usos do passado, os quais demonstravam a possibilidade de prazer sem danos, na medida em que cercados de controles sociais que foram constituídos em coletividade, tal como ocorria com a folha de coca, até hoje consumida pelos camponeses dos povos andinos⁴⁰⁰.

Importante na construção desse percurso compreender os conceitos de uso e dependência, considerando que as drogas, por si só, não necessariamente provocam danos. A determinação de uma relação danosa e da dependência depende da interferência da história de vida de cada um e do momento sociocultural no qual vive⁴⁰¹.

O pluralismo, a tolerância e o respeito à diferença, devem ser pois exaltados como pilares necessários à efetivação de uma política sobre drogas que respeite o outro, o empoderando no sentido de exercer a autonomia. No entanto, observa-se uma linha tênue entre o respeito ao uso de drogas e a displicência do poder público e dos agentes de saúde em permitir que o indivíduo permaneça drogado pelas ruas em nome da liberdade individual.

Isto porque, a contemporaneidade parece haver exacerbado o sentido de autonomia, confundindo-a com a livre e descomprometida disposição das coisas e pessoas. A impulsão para o prazer, paradoxalmente, nem sempre se concretiza como plenitude e felicidade. É possível pensar, muitas vezes, que o discurso a autonomia, conforme já dito, também se configura, em situações limítrofes, em um culto ao individualismo que enfraquece os laços sociais e o compromisso com o outro⁴⁰².

A quebra da solidariedade, da responsabilidade pelo outro tem o significado de produzir uma ruptura expressiva na forma gregária e cooperativa de existir da espécie humana. Há uma óbvia relação de interdependência entre os seres que, em níveis diversos, vivem uma experiência de troca e partilha. Assim, é possível afirmar que há uma relação de necessidade entre os indivíduos, os quais, a partir de sua singularidade, contribuem para a

⁴⁰⁰ ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a Educação para a Autonomia como garantia de direitos. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, out. - dez. 2013, p.96/97. Edição Especial.

⁴⁰¹ Ibid., p.99.

⁴⁰² MINAHIM, Maria Auxiliadora. **Autonomia e frustração da tutela penal**. São Paulo: Saraiva, 2015, p.135/136.

tessitura da existência comum⁴⁰³.

A compreensão do empoderamento na relação médico-paciente voltada ao tratamento da dependência química configura-se a partir da compreensão dos sujeitos, da troca de experiências e na valorização do saber criado pelo indivíduo para lidar com as questões inerentes ao seu corpo e ao seu tratamento.

Neste sentido, afasta-se das deliberações paternalistas, na medida em que não compreende que o detentor do saber deve tomar decisões sem considerar as opiniões dos “outros”, supondo que assim está agindo em benefício deles. Compreendem que as pessoas que usam drogas podem deter, inclusive, um saber mais aprofundado sobre um determinado problema porque o vivem de perto. Esta perspectiva de cuidado e atenção ao sujeito se afasta do tradicional modelo onde existe uma valorização do saber técnico desfavorecendo outros saberes, de ordem emocional e social⁴⁰⁴.

A construção de uma relação que ultrapasse a distância entre os polos representados pelos agentes de saúde e pelos usuários de drogas, compreenderia o que Maria do Céu Patrão Neves denomina “alterlogia”, a qual a superação das dicotomias sem a supressão da diferença, porque só na pluralidade se pode preservar cada um e complementar ambos. Assim poderá se conceber uma visão inclusiva da humanidade e integradora das pessoas. Para isso, deve-se compreender que nunca nada nem ninguém deve ser indiferente ao Eu, compreendendo que sempre tudo e todos lhe dizem respeito, o que não admite a substituição pelo Outro, tampouco permite a indiferença em relação ao Outro⁴⁰⁵.

Assim, a construção do saber envolvendo o uso e abuso de substâncias psicoativas deve ser construída a partir de uma relação de compreensão da interferência que o sujeito e o contexto de uso provocam no efeito exercido pela substância. A constituição de um plano terapêutico deve ser construída com base em uma relação de amorosidade com o sujeito vulnerado pelo uso e abuso de SPA's. Essa relação não se constitui como mera utopia, mas como o resultado de uma

⁴⁰³ Ibid., p. 136.

⁴⁰⁴ BRAZ, Marlene. Bioética, proteção e diversidade moral: quem protege quem e contra o quê na ausência de um referencial moral comum? In: SCHRAMM, Fermin Roland; REGO, Sergio; BRAZ, Marlene; PALÁCIOS, Marisa. (Org.). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ - Editora Fiocruz, 2005, p. 58.

⁴⁰⁵ NEVES, Maria do Céu Patrão. **Alteridade e Direitos Fundamentais**: uma abordagem ética. Palestra proferida no I Congresso Internacional Direitos Fundamentais e Alteridade, Salvador, em 25 de maio de 2017.

formação do agente de saúde que promova a informação adequada de um paradigma de atenção e cuidado que se afasta da ideia de controle do uso de drogas pela via do proibicionismo e da medicalização, bem como para a lição de que qualquer enfermidade deve ser compreendida a partir da construção de um modelo de tratamento que atenda o sujeito à luz dos seus interesses e vicissitudes.

A alteridade se encontra definida enquanto pilar deste novo modelo de relação médico-paciente, a qual valoriza e dignifica o outro, contribuindo para a simetria das relações, as quais, quando embasadas pelo individualismo egocêntrico, não raramente se tornam autoritários, prepotentes e mesmo agressivas⁴⁰⁶. O modelo centrado na empatia e no amor se apresenta como mais efetivo na redução dos riscos e danos associados ao abuso de drogas, devendo o modelo ideal centrar-se na alteridade como premissa, transpondo, inclusive, as técnicas já implementadas de redução para implementar novas estratégias construídas em conjunto.

Este modelo afasta-se da relação distorcida e assimétrica. Apesar de ser geralmente encampada pelo profissional de saúde, pode ser também resultante de uma postura do paciente que, diante da falta de compreensão da informação ou da necessidade do tratamento, pode também se tornar agressivo. Essa postura se apresenta, muitas vezes, como resultado de um panorama proibicionista e abstencionistas que geram o autoestigma e o preconceito associado ao uso de drogas, dificultando que o sujeito possa buscar o serviço de saúde a partir de uma postura que se revele como autônoma e paritária com relação ao agente de saúde.

Os modelos de atenção e cuidado devem basear-se numa informação correta, a qual não corresponde ao incentivo a um uso desordenado, tampouco a uma demonização do uso de drogas. Assim, o agente de saúde deve estabelecer um diálogo que compreenda o outro e permita a condução, se possível for, ao modelo mais adequado ao estágio de uso, e as complicações que porventura se apresentem em decorrência do mesmo, o que não pressupõe necessariamente a adoção de um modelo padrão, o que não seria possível, sequer com a RD, a qual é defendida no presente trabalho como modelo que mais se aproxima de uma construção que compreende o usuário e a sua relação com a substância e o contexto de uso.

A promoção de um diálogo que converge na construção de um plano de

⁴⁰⁶ Ibidem.

tratamento autônomo contribui, não apenas para a sua eficácia, como, principalmente, para o empoderamento do sujeito que poderá assim ser respeitado na sua identidade, considerando a significação que a droga apresenta para si, bem como compreendendo as características que os grupos exercem na sua formação enquanto indivíduo.

A alteridade se transveste assim de relação amorosa, a qual não pode pressupor danos, nem tampouco a melhor forma de enfrentá-los (se é que o paciente vai querer realizar este embate). A partir desta relação de atenção e cuidado centrada na alteridade não haveria que se falar no Eu, no Outro e na Droga como “sujeitos” autônomos de uma relação, mas como partes de um mesmo universo indissociável na qual a compreensão de um mundo sem o outro e sem a droga como objeto carregado de significação seria impossível.

Aqui, por fim, compreende-se o termo droga não apenas a partir da sua acepção de ilicitude, a qual afasta-se da alteridade, mas como substância que provoca efeitos no organismo humano, dos quais muitas vezes os sujeitos dependem, seja para a sua sobrevivência física, seja para minimizar os seus conflitos internos. Assim, torna-se possível pensar num uso de drogas que não seja completamente dissociado de uma visão de saúde compreendida como o seu completo bem-estar físico, mental e social. Sendo, nesta perspectiva, a droga não mais associada ao crime ou a doença, mas pressuposto essencial da identidade de um indivíduo num dado momento.

6 CONCLUSÃO

A argumentação trazida ao longo da tese demonstrou que a alteridade deve ser ancorada como alicerce para o tratamento e cuidado de uso problemático de drogas, sendo a aproximação com o usuário e a compreensão do papel ocupado pela droga na construção da sua identidade elementos que atuam como facilitadores da construção de uma estratégia de tratamento mais humana e eficaz do que a abordagem abstêmia prioritariamente desenvolvida a partir do viés proibicionista vigente. 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 alteram suas funções, sendo o seu consumo muitas vezes provocado pela vontade de alterar o estado de consciência, com intuitos diversos, que vão desde a experiência religiosa, passando pelo abrandamento do sofrimento, 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.

Assim, o reducionismo farmacológico que inspirou os primeiros estudos sobre o tema ainda é o paradigma que determina o tom das políticas e legislações sobre drogas, mas assim como as práticas de intervenção no campo têm mudado nessa área. O recente florescimento da redução de danos aponta para o fortalecimento dessas interpretações sobre uso de drogas que privilegiam os aspectos socioculturais do consumo.

Apesar da noção de preconceito associado às drogas, que desconsidera os benefícios e a liberdade de escolha do usuário, observa-se 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, transformando-se em uso abusivo e/ou problemático. O abuso de drogas em maior grau corresponde, associado aos sintomas do CID10, a dependência química.

A construção da individualidade de cada sujeito perpassa uma série de questões que incluem, necessariamente, a sua relação com sujeitos e objetos. A forma como as relações se estabelecem pode refletir diretamente em aspectos físicos bem como psicossociais.

A compreensão desse fenômeno deve se dar a partir da ideia de alteridade, seja do ponto de vista da Psicologia Social, compreendendo a relação entre os indivíduos como uma forma de superação da dicotomia prejudicial de que o outro não é o mesmo, o que muitas vezes enseja a sua inferiorização e exclusão. Em sentido bastante próximo, aparece a ideia de Lévinas, a qual constitui como desafio o pensar a si mesmo e à sociedade a partir e com o Outro, entendendo a alteridade como a relação de aproximação e responsabilidade.

Finalmente, a relação do profissional de saúde com os usuários deve ser exercitada a partir do que se extrai de contribuição da noção arquetípica de alteridade em virtude do seu compromisso de cuidado com o outro, devendo não apenas proporcionar a cura da doença, de forma hierarquizada e patriarcal, mas desenvolvendo uma relação simétrica fundamentada no diálogo, na compreensão e na alteridade.

Neste sentido, a alteridade, partindo da premissa da compreensão (e responsabilização) pelo outro em sua totalidade, inclui necessariamente o contexto de vida do outro para a formulação de um modelo de tratamento ideal, isto porque, a compreensão do contexto interfere de forma direta na vulnerabilidade do sujeito, bem como no acesso aos serviços de saúde e na sua relação com a sociedade.

Considerando o sofrimento humano como instituto que demanda uma resposta não apenas da Medicina, torna-se necessário pensar que o fenômeno da vida sadia ou patológica a partir de um olhar voltado a maior satisfação do valor individual e coletivo, o que é fundamental para a compreensão das possíveis complicações associadas ao uso de drogas.

Contrapondo com o paradigma reducionista, defende-se que, a partir de uma visão personalista e de alteridade, não se pode admitir uma consideração puramente científica da medicina, porque haveria um reducionismo da pessoa, e é importante reconhecê-la como muito mais que uma explicação exata ou como uma mera reprodução da doença. Tal compreensão só será alcançada a partir da educação do pro-

fissional de saúde voltada a uma maior compreensão da relação do sujeito com a droga e o seu contexto.

A resposta está, pois, em analisar a influência da materialização de um saber soberano nas instituições de controle, constituindo um modelo de práticas discursivas regidas por dois elementos principais: a medicalização e a criminalização. Ora visto como crime, ora como doença, o uso de drogas sempre se afasta das noções de autonomia e identidade inerentes ao sujeito. Uma abordagem terapêutica eficaz só será alcançada, pois, a partir da compreensão do indivíduo e do seu empoderamento na relação com o profissional de saúde, incluindo a troca de experiências entre ambos, a valorização do saber criado pelo indivíduo para lidar com as questões inerentes ao seu corpo e ao seu tratamento e a análise dos problemas por ele apresentados a partir da alteridade que valoriza e dignifica o outro, contribuindo para a simetria das relações e para o sucesso da abordagem terapêutica.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a educação para a autonomia como garantia de direitos. **Revista EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63, p. 96-104, out. – dez 2013. Edição Especial.

AGUIAR, Mônica. O arquétipo da alteridade como paradigma necessário ao afastamento da alienação parental. In: FERRAZ, Carolina Valença; OLIVEIRA, José Sebastião de; POLI, Luciana Costa (Coord). **Direito de família I**. p. 241-256 Florianópolis: CONPEDI, 2014.

_____. O paradoxo entre a autonomia e a beneficência nas questões de saúde: quando o poder encontra a vulnerabilidade. **Revista de Biodireito e direito dos animais**, v.2, n. 1, p. 70-85, jan-jun, 2016.

ALMEIDA, Alba Riva Brito de. Práticas alternativas no campo da atenção aos usuários de álcool e outras drogas. In: DANON, Carlos Alberto Ferreira; DALTRO, Mônica Ramos. **Psicologia profissão de saúde: da formação à prática profissional**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2013.

ALMEIDA, Debóra Vieira; RIBEIRO JUNIOR, Nilo. Ética, alteridade e saúde: o cuidado como compaixão solidária. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013.

ALMEIDA, Jorge Miranda de. **Ética e Existência em Kierkegaard e Lévinas**. p. 123. Vitória da Conquista: UESB, 2009.

ALVES, Décio de Castro; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SÓCRATES Adriana Barbosa. Políticas públicas sobre drogas: situação atual, desafios e perspectivas. In: **Álcool e Outras Drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011. p. 93-107. Disponível em: < <http://crpsp.org/fotos/pdf-2015-10-02-17-16-04.pdf>>. Acesso em: 10 de março de 2017.

ALVES, Ygor Diego Delgado. **Jamais fomos Zumbis: contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo**. Salvador: Edufba, 2017.

AMORIM, Karla Patrícia Cardoso. O cuidado de si para o cuidado do outro. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013.

ANJOS, Márcio Fabri dos. Aprender dos erros em serviços de saúde: uma aproximação bioética. In: JUNGES, José Roque; GARRAFA, Volnei. **Solidariedade crítica e cuidado**: reflexões bioéticas. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

ARMSTRONG, Karen. Can we live without the other? In: RIBEIRO, Antônio Pinto. **Can we live without the other?**. Manchester; Fundação Calouste Gulbenkian, 2009.

ARRUDA, Ângela. O ambiente natural e seus habitantes *no* imaginário Brasileiro: negociando a diferença. In: ARRUDA, Ângela (org.). **Representando a alteridade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

AUGER, Marc. **Por uma antropologia dos mundos contemporâneos**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

AUGRAS, Monique. **Alteridade e dominação no Brasil**. Rio de Janeiro: NAU, 1995.

BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Conflitos éticos no atendimento a moradores de rua: cidadania no mundo da exclusão. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013.

_____. Conflitos éticos no atendimento a moradores de rua: cidadania no mundo da exclusão. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013.

BARRETO, Ricardo Azevedo. Humanização da Medicina: Psicanálise, maternagem e estilo de vida. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 36 , p. 149–156, Dez. 2011.

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.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BAUMAN, Zygmunt. Danos colaterais: desigualdades sociais numa era global. Rio de Janeiro: Zahar, 2013.

_____. **Identidade**: Entrevista a Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BECKERT, Cristina. Ética da solicitude e ética da compaixão. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de direito da bioética**. v. III. Coimbra: Almedina, 2009.

BETTINELLI, Luiz Antônio; PORTELLA, Marilene Rodrigues; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SANTINA, Janaína Rigo. Dignidade humana: cuidado à saúde e humanização. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013.

BYCK, Robert, (Editor with notations by Anna Freud), **Cocaine Papers by Sigmund Freud**, Stonehill, 1974.

BIRD, Brian. **Conversando com o paciente**. Trad: Urias Côrrea Arantes. São Paulo; Livraria Manole, 1975.

BOCK, Ana Mercês; GONÇALVES, Maria da Graça. Indivíduo-sociedade: uma relação importante na psicologia social. In BOCK, Ana Mercês. **A perspectiva Sócio-histórica na formação em psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BOUSSO, Regina Szylit; SANTOS, Maria Rodrigues. A ciência do cuidado: conhecimento e sensibilidade. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

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&rastr=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Padr%C3%B5es+de+uso>. Acesso em: 23 nov. 2014.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a 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 (SUS), Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html, acesso em 15 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html, acesso em 15 fev 2017.

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.

BRAZ, Marlene. Discriminação negativa, preconceito e estigma. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia: inter-relações.** Curitiba: CRV, 2017.

_____. Bioética, proteção e diversidade moral: quem protege quem e contra o quê na ausência de um referencial moral comum? In: SCHRAMM, Fermin Roland; REGO, Sergio; BRAZ, Marlene; PALÁCIOS, Marisa. (Org.). **Bioética, riscos e proteção.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ, Editora Fiocruz, 2005.

BUBER, Martin. **Eu e Tu.** 5 ed. São Paulo: Centauro, 1974.

BYINGTON, Carlos Amadeu Botelho. **Psicologia simbólica Junguiana: a viagem de humanização do cosmos em busca da iluminação.** 2 ed. São Paulo: Linea, 2015.

_____. **Psicopatologia simbólica junguiana: um estudo do mal e da ameaça de autodestruição da nossa espécie.** 2 ed. São Paulo: Edição do autor, 2017.

_____. **Psiquiatria e Política: a psicopatia individual e coletiva no nacional socialismo: um estudo da psicologia simbólica.** Disponível em: <http://www.carlosbyington.com.br/site/wp-content/themes/drcarlosbyington/PDF/pt/psiquiatria_e_politica.pdf>. Acesso em 15 de jun. 2017.

_____. **A construção amorosa do saber**: o fundamento e a finalidade da pedagogia simbólica junguiana. São Paulo: Religare, 2004.

CALVETTI, Priscila Ucker. Aspectos bioéticos na pesquisa em psicologia. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia**: inter-relações. Curitiba: CRV, 2017.

CAMILLO, Carlos Eduardo Nicolletti. **Teoria da alteridade jurídica**: em busca do conceito de direito em Emmanuel Lévinas. São Paulo: Perspectiva, 2016.

CAMPOS, Edemilson Antunes de. **A tirania do Narciso**: alteridade, narcisismo e política. São Paulo: Annablume, 2001.

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil**: estudo criminológico e dogmático. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

CARVALHO, Thiago Fabres de. **Criminologia, (in)visibilidade, reconhecimento**: o controle penal da subcidadania no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2014.

CERVINI, Raúl. **Os processos de descriminalização**. 2 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

CASTRO, Maria da Graça Tanori de. Avaliação Psiquiátrica. In: PULCHERIO, Gilda; BICCA, Carla; SILVA, Fernando Amarante. **Alcool, outras drogas, informação**: o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CIAMPA, Antônio da Costa. **Identidade**. In: LANE, Silvia; CODO, Wanderlei (orgs.) **Psicologia social**: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1984.

COUTINHO, Maria Pereira. **Ética e Educação**. In: NEVES, Maria do Céu Patrão (coord.). **Ética**: dos fundamentos às práticas. Lisboa: Edições70, 2016.

CORREA, Francisco Javier León. Bioética entre globalização, universalismo e diversidade cultural. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013.

CORREIA, Francisco de Assis. **A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética**. 1993. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000065475>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

COSTA, Eduardo Maia. A redução de danos enquanto pilar da estratégia de luta contra as drogas. **Revista da EMERJ**, v. 12, n 48, 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.

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.

D'ESPÍNDULA, Thereza Salomé; D'ESPÍNDULA, Helena Regina Salomé; SIMÃO-SILVA, Daiane Priscila. Bioética, biotecnologia e biopoder: sutis (bio)relações. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba: CRV, 2017.

DALL'AGNOL, Darlei. Cuidar e Respeitar: atitudes fundamentais na bioética. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013.

DAMATTA, Roberto. **Relativizando: uma introdução a antropologia social**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

DELBON, Fabiana; ROS, Vera DA; FERREIRA, Elza Maria Alves. Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos. *Revista Saúde e Sociedade*, v.15, n. 1, São Paulo, Jan./Abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902006000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 de abr.2017.

DESLANDES, Suely F. Drogas e vulnerabilidades às violências. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edenilson Ramos de. **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DOUEK, Sybil Safdie. **Paul Ricoeur e Emmanuel Lévinas: um elegante desacordo...** São Paulo: Edições Loyola, 2011, p. 192.

DRUMOND, Joé Geraldo de Freitas. Bioética clínica e direito médico. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013.

DUVEEN, Gerard. A construção da alteridade. In: ARRUDA, Angela (org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

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**. v. 16, n.12, Rio de Janeiro, Dez. 2011.

ELIAS, Nobert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro; Jorge Zahar Ed., 1994

ESCOHOTADO, Antônio. **História elementar das drogas**. Lisboa: Antígona, 2004.

ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; MICHEL, Renate Brigitte; PALMIERI, Bianca Moretti Vieira. Bioética e psicologia: diálogo e contribuições mútuas. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba, CRV, 2017.

EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. **Drug Policy Profiles: Portugal**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

FADEN, Ruth; BEUCHAMP, Tom. **A history theory of informed consent**. New York: Oxford University Press, 1986.

FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Leo. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba: CRV, 2017.

FELICISSIMO, Flaviane Bevilaqua; FERREIRA, Gabriela Correia Lubambo; SOARES, Rhaisa Gontijo; SILVEIRA, Pollyanna Santos da; RONZANI, Telmo Mota. Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**. São Paulo, jan.-abr. 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.

FONSECA, Cícero José Barbosa da. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. **Revista Psicologia & Saberes**, v.1, n.1 p. 11-36, 2012.

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.

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

FRACASSO, Laura. **Comunidades terapêuticas**: histórico e regulamentações. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201706/20170605-134703-001.pdf>>. Acesso em: 28 de maio 2017.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. Apresentação de Ana Maria Araújo Freire. Carta-prefácio de Balduino A. Andreola. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

FREIRES, Leovigildo Alves; BARBOSA, Larisse Helena Gomes; COELHO, Gabriel Lins; SANTOS, Layrthon Carlos de Oliveira; MOIZÉIS, Heloísa Bárbara Cunha. O estudo das relações intergrupais no contexto dos grupos minoritários: resgatando perspectivas clássicas e atuais da psicologia social. In: LIMA, Carla Fernanda de; PIMENTEL, Carlos Eduardo (orgs.) **Revisitando a psicologia social**. Curitiba: Juruá, 2017.

FREUD, Sigmund. **Introdução ao narcisismo**: ensaios de metapsicologia e outros textos. Trad: Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GARCIA, Wilson. O aporte da alteridade como valor e referência. In: CLÍMACO, Fernando (et al.). **Alteridade**: a diferença que soma. Belo Horizonte: INEDE, 2005.

GARRAFA, Volnei. **Solidariedade crítica e cuidado**: reflexões bioéticas. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

_____; 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.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

GOMES, Luiz Flávio. **Lei de Drogas comentada**: artigo por artigo. 5 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.

GONDAR, Jô. Ética, moral e sujeito. In: ALTOÉ, Sônia (org.). **Sujeito do direito e sujeito do desejo**: direito e psicanálise. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2004.

GUARESCHI, Pedrinho A. Relações comunitárias: relações de dominação. In: CAMPOS, Regina Helena de F. (Org.) **Psicologia social comunitária**: da solidariedade à autonomia. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

GUIMARÃES, Andrade Marcelo; MACRAE, Edward; ALVES, Wagner Coutinho. Coletivo Balance de Redução de Riscos e Danos: ações globais em festas e festivais de música eletrônica no Brasil (2006-2010). In: NERY FILHO, Antônio (org.). **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.

GURFINKEL, Decio. O episódio de Freud com a cocaína: o médico e o monstro. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 11, n. 3, set. São Paulo, 2008.

HELENO, José Manuel. **Identidade Pessoal**. Lisboa; Instituto Piaget, 2003.

II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/convenc.htm>. Acesso em: 12 dez. 2015.
JACQUES, Maria da Graça C. Identidade. In: STREY, Marlene N. [et al]. **Psicologia social contemporânea**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

JACQUES, Maria da Graça C. Identidade. In: STREY, Marlene Neves (et. al.) **Psicologia social contemporânea**: livro-texto. Petrópolis: Vozes, 2013.

JODELET, Denise. A alteridade como produto e processo psicossocial. In: ARRUDA, Ângela (org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Re(des)cobrir o outro: para um entendimento da alteridade na teoria das representações sociais. In: Angela Arruda (org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: JOVCHELOVITCH, Sandra; GUARESCHI Pedrinho. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2003.

KARAM, Maria Lúcia; BASTOS, Francisco Inácio; MARTINS, Samir Morais. **Drogas, dignidade e inclusão social**: a Lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: Aborda, 2003.

KIMBER, Jo (et. al.). Harm reduction among injecting drug users – evidence of effectiveness. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. **EMCDDA Monographs**: Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010.

KIND, Luciana; FERREIRA NETO, João Leite; AZEVEDO, Natália Silva; ABRANTES, Tatiane Marque. Promoção da saúde e práticas grupais. In: MOYORGA, Claudia; RASERA, Emerson; PEREIRA, Maristela (orgs.). **Psicologia Social**: sobre desigualdades e encontros. Curitiba: Juruá, 2014.

KOVÁCS, Maria Julia. Psicologia e bioética: cuidado a pacientes gravemente enfermos. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs.). **Bioética e Psicologia**: inter-relações. Curitiba, CRV, 2017.

KUROESKI, Maristela. **Psicologia social e antropologia**: simbolismo e linguagem à luz de Cuatrecasas. Curitiba: Juruá, 2015.

LANCETTI, Antônio. Programa anticrack de braços abertos, da Prefeitura de São Paulo, tem tido êxito? **Folha de São Paulo**. 27 dez. 2014. 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.

LEITE, Lourenço. **Albert Camus: Ética do absurdo**. Salvador; Edufba, 2017.

LEPARGNEUR, Hubert. Bioética e diversidade. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013.

_____. **Bioética, novo conceito: a caminho do consenso**. São Paulo: Editora Loyola, 2004.

LÉVINAS, Emmanuel. **Humanismo del otro hombre**. México: Siglo XXI Editores, 1993.

_____. **Humanismo do outro homem**. Petrópolis: Vozes, 1993.

_____. **Totalidade e infinito: ensaio sobre a exterioridade**. 3 ed. Lisboa: Edições 70, 2014.

_____. **Violência do rosto**. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

LHULLIER, Louise A. Psicologia Política. In: STREY, Marlene Neves (et. al.) **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. Petrópolis: Vozes, 2013.

LOLAS-STEPKE, Fernando. A medizinische Anthropologie da escola de Heidelberg: implicações para a bioética. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013.

LOPES, Rosalice; PAULA, Blanches de. Relação empática como competência básica para o agir ético em Psicologia. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs.). **Bioética e Psicologia: inter-relações**. Curitiba, CRV, 2017.

LÓPEZ, Mário. **Fundamentos da Clínica Médica: a relação médico-paciente**. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 1997.

LORENTINO, Sérgio Augusto Pereira. O fracasso da repressão penal antidrogas brasileira: o abolicionismo como opção. In: OLIVEIRA, Tarcis Barreto; OLIVEIRA

FILHO, Enio Walcácer; SOARES, Paulo Sérgio Gomes (org.). **Sistema penal e direitos humanos**. São Paulo: PerSe, 2015.

LUZ, Protásio Lemos da. **Não só de ciência se faz a cura**: o que os pacientes me ensinaram. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

MAIA, Merlânio. Arte e alteridade. In: CLÍMACO, Fernando (et al.). **Alteridade**: a diferença que soma. Belo Horizonte: INEDE, 2005.

MAINETTI, José Alberto. O complexo bioético: Pigmaleão, Narciso e Knock. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2013.

MARINO JUNIOR, Raul. **Bioética global**: princípios para uma moral mundial e universal e de uma medicina mais humana. São Paulo: Hagnos, 2009.

MARONNA, Cristiano Ávila. Drogas: aspectos jurídicos e criminológicos. In: **Álcool e Outras Drogas**. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRPSP, 2011.

MARTIN, Leonard M. **Os direitos humanos nos códigos brasileiros de ética médica**. Rio de Janeiro: Edições Loyola; 2002.

MARTINS, Vera Lúcia. A política de descriminalização de drogas em Portugal. In: **Serviço Social e Sociedade**. n.114, p. 332-346, abr/jun. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000200007>. Acesso em: 22 de mar. 2017.

MENDONÇA, Angela Maria Moreira Canuto. **O Consentimento livre e esclarecido e a humanização no atendimento médico**: uma explicação pautada em valores humanos e atitudes Porto, 2014. 177f. Tese (Doutorado em bioética) Universidade do Porto, Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2014.

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. (Colocar n pg)

_____. Autonomia e frustração da tutela penal. São Paulo: Saraiva, 2015.

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.

MOURA, Rafael Soares Duarte de. **A hermenêutica filosófica da alteridade: análise fenomenológica da justiça fundada na ética do amor**. Dissertação (Mestrado em filosofia da faculdade jesuíta). Universidade Federal de Minas Gerais: Faculdade de Direito: Belo Horizonte, 2012.

NEVES, Maria do Céu Patrão. **Alteridade e Direitos Fundamentais**: uma abordagem ética. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DIREITOS FUNDAMENTAIS E ALTERIDADE, 1. Salvador, 2017.

_____. 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.

O'HARE, Pat. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (org.). **Drogas e AIDS**: estratégias de redução de danos. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

OLIVEIRA, Karen Guedes; NASCIMENTO, Bruna da Silva; SANTOS, Layrthon Carlos de Oliveira; FIGUEIREDO, Camilla Vieira de. Representações Sociais. In: LIMA, Carla Fernanda de; PIMENTEL, Carlos Eduardo (orgs.) **Revisitando a psicologia social**. Curitiba: Juruá, 2017.

OLIVEIRA, Fátima O.; WERBA, Graziela. Representações Sociais. In: JACQUES, M. G. C. (Org.). **Psicologia social contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVENSTEIN, Claude; PARADA, Carlos. **Como um anjo canibal**: droga, adolescentes, sociedade. São Paulo: Edições Loyola, 2005.
OSSWALD, Walter. Limites do consentimento informado. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, vl. III. Coimbra: Almedina, 2009.
_____. Toda a verdade ao doente? In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. II. Coimbra: Almedina, 2008.

PARADA, Juliana Joni. Aspectos psicossociais relacionados ao uso de drogas na adolescência. **Percursos Acadêmicos**, v. 3, n. 5, jan-jun, 2013.

POLI, Leonardo Macedo. **Direito Biomédico II: Espanha – Brasil**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2013.

PATRÍCIO, Luís Duarte. **Droga de vida, vida de drogas**. Rio de Janeiro: Bertrand Editora, 1995.

PEGORARO, Olinto. Existência humana é existência cuidadosa. In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Christian P. de. (orgs.) **Bioética, cuidado e humanização**. v. II. Sobre o cuidado respeitoso. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. Medicina na Era da Cidadania: propostas para pontes de confiança. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. IV. Coimbra: Almedina, 2012.

_____. Responsabilidade médica e medicina defensiva. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. III. Coimbra: Almedina, 2009.

_____. **O consentimento informado na relação médico-paciente**: estudo de direito civil. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

PESTANA, Regina Débora. **Cultura do Medo**: reflexões sobre violência criminal, controle social e cidadania no Brasil. São Paulo: Editora Método, 2003.

PETUCO, Denis Roberto da Silva. Redução de Danos. In: **Álcool e Outras Drogas**. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRPSP, 2011.

PICCOLO, Fernanda Delvalhas; KNAUTH, Daniel Riva. Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos. **Horiz. antropol.** v.8 n.17 Porto Alegre June 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100007>. Acessado em: 24 de mar. 2017.

PORTELA, Ana Luiza; GOLDIM, José Roberto. Pressões sociais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas. In: ESPERANDIO, Mary Rute Gomes; KOVÁCS, Maria Júlia (orgs.). **Bioética e Psicologia**: inter-relações. Curitiba, CRV, 2017.

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

PRADO, Marco Aurélio Máximo; TORRES, Marco Antônio; MACHADO, Frederico Viana; COSTA, Frederico Alves. A construção de silenciamentos: reflexões sobre a vez e a voz na sociedade contemporânea. In: MOYORGA, Claudia; RASERA, Emerson; PEREIRA, Maristela (orgs.). **Psicologia Social: sobre desigualdades e encontros**. Curitiba: Juruá, 2014.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. v. 21 n. 4. P. 2-15. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002#ast1b> Acesso em 03 de maio 2017.

_____; JARDIM, Ôni Márcia; ALVES, Mariana Gonçalves de Deus. “Escuta no pátio”: cuidado e vínculo como práticas de redução de danos. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v.11, n.3 p. 650-668. São João del-Rei, set-dez, 2016.

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; [et al]. 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.

RAGAZZO, Carlos Emmanuel Jappert. **O dever de informar dos médicos e o consentimento informado**. Curitiba: Juruá, 2009.

REGO, Sergio Tavares de Almeida; COSTA-MACEDO, Leda M. Subsídios para a educação moral nos cursos de graduação em saúde. In: SCHRAMM, Fermin Roland; REGO, Sergio; BRAZ, Marlene; PALÁCIOS, Marisa. (Org.). **Bioética, riscos e proteção**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ: Editora Fiocruz, 2005.

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.

RICETTI, Simone Maria. Bioética e arte: encontro da subjetividade e reconhecimento do outro. In: RENK, Valquíria; RAULI, Patrícia Maria Forte. **Bioética e Educação**. Curitiba: CRV, 2016.

ROCHA, Fábio Lopes. Doença mental e estigma. In: CASABONA, Carlos María Romeo; SÁ, Maria de Fátima Freire de; POLI, Leonardo Macedo. **Direito Biomédico II: Espanha – Brasil**. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2013.

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. Política de drogas e a lógica dos danos. **Revista Verve**, v.3, p. 257-277, São Paulo, 2003.

_____. Narcotráfico e Militarização nas Américas: Vício de Guerra. **Revista Contexto Internacional**, v. 34, n. 1, jan-jun, p. 9-41, 2012.

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

SALES, Gabrielle Bezerra. A doutrina do consentimento informado: do direito fundamental à informação aos limites da capacidade de anuir no uso das técnicas de reprodução assistida. **Pensar Revista de Ciências Jurídicas**, v. 14, n. 1, p. 42-54. 2009.

SAMPAIO, Christiane; FREITAS, Deisi Sangoi. Alteridade: os possíveis rumos a uma atitude transitiva na educação sobre drogas. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE FILOSOFIA E EDUCAÇÃO – CONFLUÊNCIAS, 2., 2006, Santa Maria. **Anais eletrônico...** Santa Maria, RS: UFSM, 2006. Disponível: <<http://coral.ufsm.br/gpforma/2senafe/e3.htm>>. Acesso em: 21 de abr. 2017.

SANTANA, José Paranaguá de. Acesso à saúde em um mundo desigual. In: CARVALHO; Regina Ribeiro Parizi; ROSANELI, Caroline Filla. **Bioética e Saúde Pública**. Curitiba: CRV, 2016.

SANTOS, Maria Isabel Pereira dos. Os princípios éticos da autonomia, beneficência e justiça nos rastreios. In: **Bioética e Políticas Públicas**. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Lisboa: Editora CNECV, 2014. p.47-63.

SANTOS, Valcleiton Bispo; MIRANDA, Marlene. Projetos/Programas de Redução de danos no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5. n. 1, p. 106-118. Salvador, 2016.

SCHEERER, Sebastian. Política de drogas: o debate internacional. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (org.). **Drogas e AIDS: Estratégias de Redução de Danos**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

SCHRAMM, Fermin Roland. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. **Rev. Bras. Bioética**, v.2, n.2. p. 187-200, 2006.

_____. Questões conceituais e metaéticas da bioética clínica: uma introdução. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013.

SCHUTZ, William. **Todos somos uno**: La cultura de los encuentros. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1971.

SELLI, Lucilda; MENEGHEL, Stela; JUNGES, José Roque; VIAL, Eloir Antonio. O cuidado na resignificação da vida diante da doença. **O mundo da saúde**, v. 32, jan.-mar. São Paulo, 2008. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/58/85a90.pdf>. Acesso em 15 de abr. 2017.

SERRÃO, Daniel. Aconselhamento Ético. In: ASCENÇÃO, José de Oliveira (org.). **Estudos de Direito da Bioética**, v. 3. Coimbra: Almedina, 2009.

SHECAIRA, Sérgio Salomão. Reflexões sobre as Políticas de Drogas. In: LEMOS, Clécio; MARONA, Cristiano Avila; QUINTAS, Jorge. **Drogas: uma nova perspectiva**. São Paulo: IBCCRIM, 2014.

SILVA, Márcio Bolda da. **Rosto e alteridade**: pressupostos da ética comunitária. São Paulo: Paulus, 1995.

SILVA, Maria Emilia de Oliveira Schpallir; DAIBEM, Ana Maria Lombardi; ANJOS, Marcio Fabri dos. Contribuições da Bioética da formação do sujeito ético na

universalidade. In: RENK, Valquíria; RAULI, Patrícia Maria Forte. **Bioética e Educação**. Curitiba: CRV, 2016.

SILVA, Nilza. Subjetividade. In: STREY, Marlene Neves (et. al.) **Psicologia social contemporânea**: livro-texto. Petrópolis: Vozes, 2013.

SILVEIRA, Ricardo Wagner Machado da. Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis. **Revista NUFEN**, v.8, no.1. Belém, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912016000100008>. Acesso em: 05 de abr. 2017.

SISTEMA DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS. **Políticas da droga em Portugal**. Disponível em: <<http://www.sicad.pt/PT/PoliticaPortuguesa/SitePages/Home%20Page.aspx>>. Acesso em: 25 de mar 2017.

SIQUEIRA, José Eduardo de. Educação bioética para profissionais da saúde. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola; 2013.

_____. Médico e paciente: amigos ou estranhos morais? In: PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana; BARCHIFONTAINE, Chistian P. de. (orgs.). **Bioética, cuidado e humanização**. v. 2. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola: IBCC Centro de Estudos, 2013.

SOARES, Ana Karla Silva; ATHAYDE, Rebecca Alves Aguiar; ARAÚJO, Rafaella de Carvalho [et al]. Histórico da psicologia social. In: LIMA, Carla Fernanda de; PIMENTEL, Carlos Eduardo (orgs.). **Revisitando a psicologia social**. Curitiba: Juruá, 2017.

SOUZA, Taciana Santos de. **A economia das drogas em uma abordagem heterodoxa**. 177 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico). Universidade Estadual de Campinas, 2015.

SYKES, Gresham. **Crime e Sociedade**. Rio de Janeiro: Edições Bloch, 1969.

TAVARES, Fátima. **Alquimistas da cura**: a rede terapêutica alternativa em contextos urbanos. Salvador: EDUFBA, 2012.

TAVARES, Rodrigo de Souza. **Direito e sensibilidade**: uma abordagem sentimentalista das relações entre Direito e Moral. Tese (Doutorado em Direito). Departamento de Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

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

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.

TUOHEY, Jonh F.; KOCKLER, Nicholas J. Aconselhamento ou coaching? A consultoria ética no contexto da pós-graduação em educação médica. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; PESSINI Leo (Orgs.). **Bioética clínica e pluralismo**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 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.

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.

VAZ, Marcelo Koch. PAUL RICOEUR: autonomia, vulnerabilidade e sofrimento. In: SGANZERLA, Anor; SCHRAMM, Fermin. **Fundamento da Bioética**. Curitiba: CRV, 2016.

VIANA, Cynthia Maria Jorge; OLIVEIRA, Yonara Dantas de; FRANCISCATTI, Kety Valéria Simões. Historiografia do sofrimento e crítica cultural: diálogos entre arte e psicologia como resistência aos ditames da sociedade contemporânea. In: MOYORGA, Claudia; RASERA, Emerson; PEREIRA, Maristela (orgs.). **Psicologia Social: sobre desigualdades e encontros**. Curitiba: Juruá, 2014.

VOLOIS, Luís Carlos; ALMEIDA, Sílvio (Coord.). **Política de Drogas, Cultura do**

controle e Propostas Alternativas. Disponível em:
<https://www.ibccrim.org.br/grupo_trabalho_politica_nacional>. Acesso em 18 abr 2017.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mortes matadas por armas de fogo:** mapa da violência 2015 [Internet]. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República; 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015.pdf>, acesso em 15 abr. 2016.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Uso de drogas e sistema penal:** entre o proibicionismo e a redução de danos. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396054/>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

ZOBOLI, Elma. Bioética deliberativa pública: integrando ética e saúde pública. In: CARVALHO; Regina Ribeiro Parizi; ROSANELI, Caroline Filla. **Bioética e Saúde Pública.** Curitiba: CRV, 2016.

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