XXIV CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI - UFMG/FUMEC/DOM HELDER CÂMARA

AUTONOMIA PRIVADA, REGULAÇÃO E ESTRATÉGIA

FREDERICO DE ANDRADE GABRICH

ROGERIO LUIZ NERY DA SILVA

Copyright © 2015 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – Conpedi
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UFRN
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. José Alcebíades de Oliveira Junior - UFRGS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Gina Vidal Marcílio Pompeu - UNIFOR
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes - IDP
Secretário Executivo -Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Conselho Fiscal
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG /PUC PR
Prof. Dr. Roberto Correia da Silva Gomes Caldas - PUC SP
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches - UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS (suplente)
Prof. Dr. Paulo Roberto Lyrio Pimenta - UFBA (suplente)

Representante Discente - Mestrando Caio Augusto Souza Lara - UFMG (titular)

Secretarias
Diretor de Informática - Prof. Dr. Aires José Rover – UFSC
Diretor de Relações com a Graduação - Prof. Dr. Alexandre Walmott Borgs – UFU
Diretor de Relações Internacionais - Prof. Dr. Antonio Carlos Diniz Murta - FUMEC
Diretora de Apoio Institucional - Profa. Dra. Clerilei Aparecida Bier - UDESC
Diretor de Educação Jurídica - Prof. Dr. Eid Badr - UEA / ESBAM / OAB-AM
Diretoras de Eventos - Profa. Dra. Valesca Raizer Borges Moschen – UFES e Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - UNICURITIBA
Diretor de Apoio Interinstitucional - Prof. Dr. Vladmir Oliveira da Silveira – UNINOVE

A939

Autonomia privada, regulação e estratégia [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UFMG/FUMEC/Dom Helder Câmara;
coordenadores: Frederico de Andrade Gabrich, Rogerio Luiz Nery Da Silva – Florianópolis: CONPEDI, 2015.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-077-0
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: DIREITO E POLÍTICA: da vulnerabilidade à sustentabilidade

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Brasil – Encontros. I. Congresso Nacional do CONPEDI - UFMG/FUMEC/Dom Helder Câmara (25. : 2015 : Belo Horizonte, MG).

CDU: 34

CONPEDI
Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Florianópolis – Santa Catarina – SC
www.conpedi.org.br

XXIV CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI - UFMG/FUMEC /DOM HELDER CÂMARA

AUTONOMIA PRIVADA, REGULAÇÃO E ESTRATÉGIA

Apresentação

A necessidade crescente de promoção do desenvolvimento econômico sustentável, contraposta com a significativa regulação da atividade econômica, com o aumento da intervenção do Estado nos negócios e com a excessiva judicialização dos fenômenos jurídicos, são questões relevantes, contemporâneas e integram a base de diversos problemas científicos e práticos que envolvem as abordagens das tensões entre autonomia privada, regulação e estratégia.

Essa situação exige que o Direito seja reconhecido não apenas como ciência e instrumento legítimo de solução de conflitos, mas como elemento fundamental de estruturação dos objetivos das pessoas (naturais e jurídicas) e das organizações (privadas e públicas), para que estas realizem os seus objetivos estratégicos com o menor custo e com a maior eficiência possível, respeitados os limites normativos, filosóficos e éticos decorrentes do Estado Democrático de Direito.

Nesse contexto, é fundamental o desenvolvimento de ideias inovadoras no âmbito da ciência do Direito, bem como a análise, a reflexão e a crítica propositiva de questões estruturantes, tais como, dentre outras: os limites da intervenção estatal na atividade econômica e na autonomia privadas; a normatividade contemporânea e a estruturação lícita dos negócios e dos mercados globalizados; a liberdade de contratar; a interpretação finalística e contemporânea dos institutos clássicos do direito privado; o confronto entre a autonomia privada e o interesse público; a dicotomia entre a propriedade privada e a função social da empresa; as relações entre as empresas, o Estado e as organizações do terceiro setor; a composição de interesses privados e públicos nos mercados; a ineficiência dos instrumentos de controle da atividade econômica; as parcerias entre o público e o privado; as relações entre os modelos de negócios, o planejamento empresarial, a gestão estratégica das organizações e a eficiência dos planejamentos jurídicos (tributários, societários, contratuais, trabalhistas etc); o uso de estruturas jurídicas tipicamente privadas para organização da atividade estatal; a dominação de mercados e a livre concorrência; as combinações de negócios, fusões e aquisições; a liberdade de agir, de pensar, de informar e de ser informado, de empreender.

Por essa razão, o Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito - Conpedi, em seu XXIV Congresso Nacional, ocorrido de 11 a 14 de novembro de 2015, em Belo

Horizonte, organizado em conjunto e sediado pelas Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Fundação Mineira de Educação e Cultura - Universidade FUMEC e Escola Superior Dom Helder Câmara, decidiram, muito oportunamente, por adotar entre os seus quase setenta grupos de trabalho, um que fosse destinado a cuidar especificamente dessas matérias de Autonomia Privada, Regulação e Estratégia. O fruto dos esforços nele desenvolvidos são aqui ofertados à Comunidade Acadêmica e Científica, com a convicção de servir não apenas de subsídio a estudos nessas áreas, mas, sobretudo, de estímulo e provocação a uma reflexão que se mostre sempre livre, crítica e útil a contribuir para construir uma sociedade melhor.

Prof. Dr. Frederico Gabrich - FUMEC Prof. Dr. Rogério Luiz Nery da Silva - UNOESC

Programa de Mestrado em Direito da Universidade Fumec Programa de Mestrado da Universidade do Oeste de Santa Catarina

A VIOLAÇÃO DA AUTONOMIA DOS DEPENDENTES QUÍMICOS RESIDENTES EM CRACOLÂNDIAS: INTERNAR PARA CONTROLAR OU PROTEGER?

VIOLATION OF AUTONOMY TO THE DEPENDENT CHEMICAL RESIDENTS IN CRACOLÂNDIAS: MEDICAL HOSPITALIZATION TO CONTROL OR PROTECT?

Jessica Hind Ribeiro Costa

Resumo

O presente trabalho abre caminho para as reflexões acerca do problema relacionado as complicações decorrentes do uso nocivo de substâncias psicoativas, bem como o dilema referente a necessidade (e efetividade) da internação compulsória nos espaços públicos denominados cracolândias. O objetivo central que se propõe é a construção de um contraponto entre a autonomia individual dos dependentes químicos e situação de extrema vulnerabilidade em que vivem estes indivíduos. A partir das indagações e estudos relacionados ao tema a internação é examinada como alternativa de intervenção a ser considerada como importante etapa para a cura da dependência química, na medida em que permite que este resgate a sua capacidade de ação, tornando-se ativo na escolha das próximas etapas do tratamento posteriores a desintoxicação promovida com o internamento.

Palavras-chave: Autonomia, Dependência química, Proteção, Internação compulsória

Abstract/Resumen/Résumé

This work paves the way for reflections about the problem related complications resulting from the harmful use of psychoactive substances and the dilemma regarding the need (and effectiveness) of compulsory hospitalization in public spaces called cracolândias. The main objective that is proposed is the construction of a counterpoint between the individual autonomy of addicts and extremely vulnerable situation in which these individuals live. From the inquiries and studies related to the topic hospitalization is considered as an intervention alternative to be considered as an important step towards "healing" of addiction , to the extent that allows it to rescue its capacity for action, becoming active in choosing the next stages of the subsequent treatment detoxification promoted with the relocation.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Autonomy, Substance addiction, Protection, Compulsory hospitalization

INTRODUÇÃO

Observa-se nos últimos anos uma crescente veiculação de informações sobre o uso de substâncias psicoativas os quais são apresentados como sujeitos inconscientes em relação ao "poder" da droga. A marginalização destes indivíduos tem autorizado a implementação de algumas medidas opressoras em prol de supostos tratamentos necessários a sua "cura", o que legitima ações que violam a autonomia destes sujeitos.

Para início de análise, é necessário buscar a significação primordial do termo autonomia, o qual possui um núcleo cognitivo comum a todas as possibilidades de significação. Este entendimento essencial está atrelado à etimologia do termo: auto, do grego, "o próprio", "o mesmo"; e nomos, também do grego, que designa lei, governo, significando, assim, o governo de si mesmo[1].

Segundo o dicionário jurídico de Maria Helena Diniz, autônomo é, segundo a linguagem jurídica em geral, definido como a sendo "1) o que é independente; b) o que não está sujeito a nenhuma potência estranha, governando-se e dirigindo seu destino segundo leis próprias; c) o que tem existência própria"[i].

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

Acometidos pelo transtorno da dependência química, experimentando os dissabores e os danos decorrentes da vida na rua, em regra com frágeis relações sociais e sujeito a vários outros fatores que se estabelecem como agravantes da situação de extrema vulnerabilidade que lhes acomete, estes sujeitos necessitam de uma intervenção terapêutica que possa reduzir as aflições e os problemas de saúde que enfrentam.

---

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

Assim, a hipótese básica do presente artigo é de que, a internação compulsória, mesmo sendo um tratamento imposto de forma não-autônoma, é medida adequada e capaz de viabilizar a proteção, a sobrevivência e, inclusive, o empoderamento de alguns dos dependentes químicos em situação muito gravosa. 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.

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

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

Excluindo-se aqui a internação por motivo de “limpeza social”, a qual além de afrontar o ordenamento jurídico vigente não se coaduna com a conjectura abordada na pesquisa, o trabalho dedicar-se-á a estudar a internação como forma de tratamento para a dependência química à luz do estudo acerca da autonomia destes pacientes.

BREVE ANÁLISE DA AUTONOMIA

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

É notável a profundidade teórica e filosófica a que remetem as investidas científicas da humanidade no terreno da autonomia. Os estudos sobre autonomia contam com séculos de elaboração e parecem estar em evolução constante, sob enfoques variados.

Incialmente, para estudar o instituto da autonomia é necessário fazer referência a Kant pela importância que este teve no estudo da liberdade e da autonomia como traços inerentes aos indivíduos. Este filósofo definiu autonomia como a possibilidade de realizar escolhas que podem ser almejadas como leis universais, sendo, pois, a essência deste princípio a função autolegisladora. Isso significa a capacidade de determinar as leis às quais o indivíduo pretende se submeter[2].

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

A internação, nestes casos, se coaduna com a análise conceitual da autonomia, a qual inclui um componente restritivo quando se está diante de alguém impossibilitado de exercer esta capacidade. Se essa condição é duvidosa, intermitente, transitória ou até mesmo inexistente, o sujeito é considerado limitado (ou privado) em suas aptidões de direcionar as ações que lhe dizem respeito de acordo com seu próprio discernimento[v].

Deve-se compreender a existência de quatro pilares para a aplicação prática do respeito à autonomia: informação, competência, entendimento e consentimento. É necessário para que um indivíduo possa tomar uma decisão autônoma, não somente que ele tenha capacidade para tomar decisões, mas também que lhe sejam reveladas todas as informações relevantes para a sua tomada de decisão. No entanto, nem todos os indivíduos estão em condição de compreendê-la – seja porque esta é transmitida de modo ininteligível para o informado, seja porque este está numa situação de debilidade que não permita a exata compreensão do conteúdo informado – impedindo a decisão de forma lúcida e esclarecida. Além destes

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

aspectos relativos à revelação e entendimento da informação, há que se considerar também a voluntariedade, tida como a capacidade de tomar decisões, agregando a isto o fato de que estas decisões devem ser tomadas livres de influências manipuladoras ou coercitivas. Apenas presentes todos estes requisitos é que, por fim, podemos chegar a um consentimento que possa ser classificado como consentimento informado, caracterizando, por conseguinte, uma decisão autônoma[vi].

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

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

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

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

USO E ABUSO DO CRACK

Em 1976, Grifith Edwards e Milton Gross propuseram pela primeira vez o consumo exagerado de uma substância como síndrome, se referindo ao abuso do álcool. Assim, definiram a Síndrome de Dependência de Álcool (DAS). Em 1977, a OMS passou a rever os

conceitos e definições existentes, considerando não só a dependência de álcool como o uso abusivo de outras drogas como um problema social e uma doença, também admitindo como ideia de síndrome com relação a outras substâncias. Nos anos de 1980, a Saúde Pública passou por uma reformulação assumindo programas de combate à dependência, com caráter primário e epidemiológico, pois era crescente o número de casos de pacientes alcoolistas, com tuberculose, envolvidos em acidentes de trânsito, detidos ou internados, todos em situação de uso abusivo[ix].

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

Já as pesquisas atuais no Brasil, a partir das informações apresentadas pelo Ministério da Justiça, apontam os seguintes moldes de uso a seguir apresentados: 1) uso experimental - os primeiros poucos episódios de uso de uma droga específica, extremamente infrequentes ou não persistentes; 2) uso recreacional - uso de uma droga, em geral ilícita, em circunstâncias sociais ou relaxantes, sem implicações com dependência e outros problemas relacionados, embora haja os que discordem, 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 especificas 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[xi]; 8) drogadição/síndrome de dependência, o qual será apresentado mais detidamente a seguir.

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

Se a pessoa gasta maior parte do seu tempo para obter, usar, ou pensar na droga; quando, apesar das consequências negativas a sua saúde, mentais ou físicas, a pessoa continua a usá-la; quando após a suspensão, o consumidor ainda tem tendência a recomeçar o uso – a isso se chama vício[3]. O consumidor perde, então, o controle do uso da droga e a substância torna-se a coisa mais importante da sua vida[xii].

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

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

O diagnóstico da síndrome da dependência é feito, a partir do CID 10, quando três ou mais dos seguintes critérios forem manifestados no paciente no período de um ano:

---

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

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

O vício em drogas deve ser visto, pois, como uma doença que agrava o grau de fragilidade e vulnerabilidade do indivíduo, expondo-o também a um maior risco de morte, a qual deve ser caracterizada pelo uso continuado de substâncias psicoativas que provocam alterações na estrutura e funcionamento do cérebro[xiv].

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

Esta droga surgiu a partir do crescimento do consumo de cocaína e do aumento das políticas de repressão à sua produção e comercialização. Entre elas, a identificação e o fechamento de laboratórios de refino e a restrição à disponibilidade de solventes essenciais para a transformação da pasta base em cocaína, acontecimentos fundamentais para o surgimento desta droga ainda mais potente e rentável[xv].

A espécie vegetal da qual deriva a cocaína, a Erythoroxylon, é utilizada pelos povos andinos desde a antiguidade como estimulante e como forma de melhor lidar com os efeitos da altitude. No entanto, esta planta adquiriu importância e rentabilidade a partir da extração da

cocaína. Trata-se de alcaloide muito rentável, o qual serviu como matéria prima - ao longo da história - para substâncias medicinais, estimulantes e psicotrópicas[xvi].

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

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

Ou seja, o crack não é uma nova droga, mas um novo sistema de liberação da cocaína, a partir da sua base, que se cristaliza como pequenas pedras, podendo ser fumada, o que não ocorre com sua forma de pó[xviii]. Ao contrário do que foi alardeado pela mídia da época, que propagava a falsa ideia de que surgira uma nova droga, o que se extraí, na verdade, é o mesmo componente ativo da cocaína a partir de uma nova forma, prática e barata, de uso[xix].

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

No entanto, engana-se quem entende que o único padrão de uso do crack é aquele alardeado pela mídia que o coloca na posição de eterno vilão, chegando a associar o uso do crack a dois caminhos "sem volta": cadeia ou caixão[4]. Este *slogan* é fruto da tendência das campanhas de prevenção ao associar as drogas sempre a comportamentos negativos, utilizando-se de distorções e exageros para descrever o fenômeno com o intuito de chocar os

[4] Polêmico slogan do Governo da Bahia muito veiculado em outdoors no ano de 2010.

potenciais consumidores e disseminar o pânico na sociedade[xxi], cujas causas e consequências serão adiante estudadas.

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

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

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

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

A partir dessas especificidades dos dependentes em questão surgiu nos últimos anos o dilema acerca de qual seria o tratamento adequado à estes dependentes específicos que transitavam e habitavam as *cracolândias*, surgindo como resposta a internação. No entanto, as políticas públicas de internamento involuntário e compulsório se estabelecem por vezes de forma irresponsável e higienista, sem atentar para as particularidades do caso concreto e,

tampouco, sem considerarem a realidade social, as necessidades, vulnerabilidade e a autonomia daqueles que vivem relações de uso e abuso do crack.

A AGLOMERAÇÃO DOS VICIADOS E OS ESPAÇOS URBANOS AFETADOS

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

O estado de mendicidade, por si só, já faz com que certos segmentos sociais tratem os indivíduos que vivem nas ruas como "lixo humano"[xxvi]. Quando estes se associam às drogas, essa repulsa só aumenta, o que se apresenta, paradoxalmente, como causa e consequência deste problema social.

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

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

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

Assim, espalham-se pelas ruas dependentes que carregam em si um paradoxo de serem ao mesmo tempo esquecidos e inesquecíveis. Esquecidos pela falta de importância e de atenção que lhe são dedicados, mas sempre lembrados como feridas abertas que importunam aqueles que passam. Despertam geralmente medo e desprezo dos transeuntes, os quais, em sua

maioria, se incomodam ao se deparar com o uso abusivo de crack em plena avenida durante todo o dia. Isto porque, estes dependentes "acumulam-se" nas ruas, consequentemente, gerando repercussões na ocupação do espaço urbano[xxix].

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

Nesta busca por se afastar e se proteger do problema das drogas, as cidades se viram obrigadas a erguer mais uma vez as muralhas que ontem rodearam os centros urbanos e as metrópoles para protegê-las de invasões e perigos externos. No entanto, hoje os muros não mais se constroem em volta das cidades, mas sim, ao redor de cada um dos seus habitantes. Nesse tempo há que se proteger dos perigos que surgem dentro da cidade, assim como no passado a proteção dos riscos e ameaças provinham do exterior[xxx].

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

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

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

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

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

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

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

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

Neste sentido, Nobert Elias, afirma que "a sociologia só poderá ser reconhecida como uma disciplina científica se ficar claro que não existe caos em sentido absoluto. Nenhum agrupamento humano, por mais desordenado e caótico que seja (...) é desprovido de estrutura"[xxxvi].

O não reconhecimento da estrutura social dos desviantes e a estigmatização dos indivíduos *outsiders* terminam por gerar uma suposta superioridade daqueles "estruturados", os quais se reconhecem como bons, enquanto que os desviantes seriam sempre ruins,

independente daquilo que se constitui o seu desvio. No que tange a questão das drogas este hiato se apresenta ainda mais profundo.

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

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

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

Importante aqui destacar o papel do espaço de uso para a caracterização ou agravamento da condição de dependência. "Seria possível, então, que os mesmos produtos se diferenciassem quando mudam de espaço? Que os consumidores não se igualassem diante do consumo de um mesmo produto? As respostas são afirmativas"[xxxix].

É fundamental a importância da regulação exercida pelas normas formais e informais de uso nos agrupamentos humanos e contextos culturais em que se estabelece o consumo. Estes elementos podem funcionar como fatores de proteção ou de agravo, a depender de como se comportam. Podem, assim, servir para reprovar e diminuir o consumo indevido, ou estimular e desencadear um uso abusivo e persistente de determinadas drogas.

A associação entre a situação de rua e o vício em drogas pode ser comprovada numa série de relatos de dependente de *cracolândias*, os quais afirmam que o uso de crack seria uma espécie de fuga para os dissabores e de auxílio na superação dos obstáculos encontrados no seu duro cotidiano. Assim, uma série de motivos são apresentados em falas como: "o crack tira minha fome, me ajuda a roubar, me deixa acordado", entre outros; sendo estas explicações comumente escutadas no atendimento de rua. Esse fator apenas confirma a ideia de que a

compreensão do contexto é muito mais importante do que entender a droga como causa. Isto porque os agravantes multifatoriais associados à vida desses sujeitos são as verdadeiras causas da dependência, e não a substância em si[xl].

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

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

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

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

Muitos dependentes associam o uso compulsivo às graves perdas de vínculos familiares e sociais, sendo comum ouvi-los utilizar este motivo para justificar sua insistência em continuar usando a droga. Relatam algumas vezes que estudavam e trabalhavam antes que o uso de crack se tornasse sua principal atividade, a partir do que abandonaram essas ocupações

e suas garantias de inserção social para inserir-se nas *cracolândias*, onde não lhes são assegurados quaisquer direitos e cuidados com a saúde física e mental[xliv].

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

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

O drama do uso do crack é, muitas vezes, ignorado. Até mesmo porque ainda não está claro se esse chamado para o "enfrentamento" ao crack se deve ao problema real que a droga causa ao ser humano ou ao fato de a sociedade ter de se deparar com a sua decadência em cada esquina, o que fomenta o argumento de higienização social[5] e controle do dependente química com os quais não se coaduna esta pesquisa.

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

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

---

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

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

Em muitos casos, a internação das populações de rua em cenas urbanas do uso de crack se assemelha a verdadeiros "sequestros" - como as que assistimos no Rio de Janeiro, Goiânia e na *Cracolândia* em São Paulo no inicio de 2012 - chamados eufemisticamente de requalificação urbana. Estas medidas já prenunciavam o que ocorreria na Copa do Mundo de 2014, e possivelmente vai se repetir nas Olimpíadas do Rio (2016)[xlix].

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

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

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

É, finalmente, a consciência real do problema que vai definir estratégias eficazes de intervenção[liii]. Não se pode perder de vista que é possível construir "saídas" das *cracolândias* que não incluam a internação compulsória, tampouco a intervenção na autonomia do paciente.

Existem inúmeras possibilidades de agir no entremeio. No entanto nada "justifica o imobilismo, o descaso, a indiferença, assim como, nada justifica a arrogância de um suposto heroísmo com suas bravatas salvacionistas"[liv].

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

A NECESSÁRIA RESTRIÇÃO NA AUTONOMIA DOS DEPENDENTES QUÍMICOS

É importante destacar, inicialmente, que as drogas são consideradas problemas de saúde pública, e como tal demandam a instituição de políticas públicas[6], as quais vêm sendo aos poucos implementadas e aprimoradas. Este tema não será aqui aprofundado porque não se defende em hipótese alguma a internação involuntária e compulsória como política pública de tratamento mais adequada à dependência química. No entanto, considerando a drogadição do ponto de vista do dependente químico, este demanda atenção específica, possuindo características peculiares que devem ser reconhecidas e avaliadas para que seja aplicado o tratamento mais adequado ao caso concreto, o que pode se constituir em internamento, afastando-se da noção macroscópica da política pública para voltar-se à individualidade do sujeito atingido.

No âmbito da saúde pública é imperativo destacar que esta vive uma crise decorrente nas mudanças nos quadros de morbidade que se apresentam na população. As tradicionais doenças infecciosas cederam lugar à novos problemas crônico-degenerativo, dentre os quais se inclui a dependência química[lvi].

A saúde pública então passou a ter como desafio lidar com estes novos problemas, ampliando as estratégias de incremento da qualidade de vida, as quais, por vezes, encontram

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

como obstáculo a responsabilidade do indivíduo pelas suas escolhas e pelos tratamentos a que se submetem. Entretanto, a preocupação das estratégias de promoção da saúde pública deve estar muito mais voltada à questão da responsabilidade social do Estado frente aos cidadãos na medida em que tem por objetivo proteger indistintamente o direito à saúde dos cidadãos[lvii].

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

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

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

Presume-se que o indivíduo usuário tenha conhecimento sobre os efeitos da(s) droga(s) que consome(m), e que este mantenha a sua capacidade de deliberar acerca da sua conduta, já que soberano do seu corpo e mente. Pode, assim, decidir com relação ao seu padrão de uso, devendo esta decisão ser respeitada, apesar de parecer inadequada para uma sociedade abstencionista e repressora[lx].

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

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

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

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

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

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

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

Isto porque, aceitar uma situação favorável ou recusar uma situação desfavorável atende a interesses momentâneos da pessoa, não exige alta capacidade para a tomada de decisão. Em contrapartida, recusar tratamentos que lhe coloquem numa situação mais confortável, em detrimento da manutenção de uma situação desfavorável exige alta capacidade decisória. Conclui-se que, no âmbito da dependência química em *cracolândias*, a voluntariedade pode

ser afetada pela restrição (parcial ou total) da autonomia a partir da sua condição de membro de um grupo extremamente vulnerável[lxv].

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

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

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

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

É fundamental para esta pesquisa delimitar o âmbito de aplicação da internação involuntária, ressaltando que esta deve ser considerada apenas em casos muito graves, destacando-se a situação de alguns dos dependentes residentes nas *cracolândias*, objeto do presente estudo. Esta ressalva é aqui inserida para fugir do argumento da ladeira

escorregadia[7], a partir do qual se poderia construir a ideia de que a internação seria uma medida válida igualmente para todos os dependentes, e até mesmo, para todos os usuários.

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

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

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

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

A internação não se apresenta, neste contexto, como penalidade, tampouco como punição, nunca devendo ser utilizada pelo Estado como forma de controlar e segregar a população residente num espaço público. Deve ser vista sempre como uma forma de tratamento que deve ser aplicada sempre pelo menor tempo possível, e que tem por finalidade o empoderamento do sujeito, conforme se verá adiante. Até mesmo porque, após o curto período necessário o paciente reestabelece a sua capacidade de decidir sobre as próximas etapas do tratamento, não sendo todo o método terapêutico aqui proposto reduzido a internação forçado.

Considerando a vulnerabilidade e o risco inerentes a condição do sujeito numa situação extrema que possibilite a intervenção forçada, a interação que dela decorre deve refletir o

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

esforço dos sujeitos responsáveis pelo cuidado para que o sujeito em sofrimento (re)construa sua autonomia. “Significa entender o cuidado como reconstrução da ajuda para o fortalecimento da autonomia do outro, baseada em relações que possibilitem a emancipação, e não a opressão”[lxx].

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

CONCLUSÃO

A argumentação trazida ao longo do trabalho demonstrou que a internação compulsória pode, a partir de determinadas circunstâncias, ser considerada como estratégia de tratamento eficaz e necessária no âmbito da dependência química, inclusive mitigando a autonomia dos indivíduos residentes em cracolândias, desde que esta estratégia seja utilizada única e exclusivamente como forma de proteger o paciente, não sendo legítimo adotá-la como forma de limpeza ou controle do espaço público.

O abuso de substâncias psicoativas – que são incluídas no vasto campo denominado como “drogas” – em maior grau corresponde, conforme já visto a dependência química. Este transtorno agrava o grau de fragilidade do indivíduo a partir das alterações físicas e psicológicas que caracterizam uma inegável vulnerabilidade. Alguns deles, ainda mais afetados passam a viver em função da droga, apresentando extrema compulsão que faz com que o viciado, em algumas situações extremas, não tenha mais condição de se determinar.

A partir da emergência e propagação das cracolândias – as quais são frequentemente alardeadas pela mídia e diabolizadas pelo imaginário popular – estabeleceu-se o dilema acerca de qual seria o tratamento adequado a estes dependentes específicos. Como resposta, políticas públicas de internamento involuntário e compulsório se estabelecem, por vezes, de forma higienista, sem atentar para as particularidades do caso concreto e, tampouco, sem considerarem a realidade social, as necessidades, vulnerabilidade e a autonomia daqueles que vivem relações de uso e abuso do crack.

Ficou claro que nem todos os indivíduos estão aptos a decidir, sendo necessário em alguns casos a intervenção como forma de proteção e respeito ao paciente, estando legitimada

a internação como medida de garantia inclusive da vida de pessoas que se apresentam vulneráveis de tal forma que não mais se enquadram como autônomos.

A conclusão final do presente trabalho milita a favor da internação compulsória, no âmbito da dependência química em cracolândias, a partir da constatação de que a voluntariedade do dependente pode ser afetada pela restrição (parcial ou total) da autonomia a partir da sua condição extremamente vulnerável.

A resposta está, pois, em proteger estes pacientes vulneráveis e vulnerados, e, inclusive, de mantê-lo vivo em situações muito gravosas que autorizam este tipo de intervenção. Fundamental, por fim, ressaltar que apesar de ser realizado ainda contra a vontade do paciente, este procedimento deve assegurar todas as garantias processuais e terapêuticas para que se estabeleça como medida de empoderamento e reinserção social do indivíduo.

REFERÊNCIAS

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

ALBERGARIA, Matheus; LEONELLI, Vera. Direitos humanos e a polêmica da internação compulsória. In: TAVARES, Luiz Alberto; MONTES, Jane Cresus (Orgs.) *A adolescência e o consumo de* drogas: uma rede informal de saberes e práticas. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2014

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

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

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

AZEVEDO, Marco Antônio Oliveira de. *Bioética fundamental*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James. *Princípios de Ética Médica*. São Paulo: Loyola, 2002

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

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Informações sobre drogas.* Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11251&rastro=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). Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Disponível em: http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livreto_epidemiologico_17set.pdf. Acesso em 20 set. 2014

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília, 2012

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

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

MINAHIM, Maria Auxiliadora. A vida pode morrer? Reflexões sobre a tutela penal da vida em face da revolução biotecnológica. In: BARBOZA, Heloisa Helena; MEIRELLES, Jussara

Maria Leal de; BARRETTO, Vicente de Paulo (Orgs.) *Novos Temas de Biodireito e Bioética*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SAPORI, Luís Flavio; SENA, Lucia Lamounier; SILVA, Braúlio Figueiredo Alves da. A relação entre o comércio do crack e a violência urbana na região metropolitana de Belo Horizonte. In: SAPORI, Luis Flávio; MEDEIROS, Regina (Orgs.). CRACK: Um desafio social. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2010

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

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

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

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

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

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

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

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

VERDI, Marta Inez Machado; FELIPA, Carine Mascarenhas; AMADIGI, Rafaela; BERGAMO, Luiz Gustavo. A promoção da Saúde e a Bioética de Proteção: os desafios à garantia do direito à saúde. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde.* São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007

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

WANSSA, Maria do Carmo Demasi. Autonomia versus beneficência. *Revista Bioetica.* Brasilia: Conselho Federal de Medicina, v. 19, n.1, 2011

WEBER, Thadeu. Autonomia, dignidade da pessoa humana e respeito em Kant. In: UTZ, Konrad; BAVARESCO, Agemir; KOZEN, Paulo Roberto (Org.). *Sujeito e liberdade: investigações a partir do idealismo alemão*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012

YASUI, Silvio. Reforma e contrarreforma: reflexos em torno da internação compulsória em comunidades terapêuticas. In: JORGE, Maria Salete Bessa; TRAD, Leny Alves Bonfim;

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; LIMA, Leilson Lira de (Orgs.) *Olhares plurais sobre o fenômeno do crack*. Fortaleza: EdUECE, 2013

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

---

[i] DINIZ, Maria Helena. *Dicionário jurídico*. São Paulo: Saraiva, 1998, p. 349.
[ii] ZUCCARO, Cataldo. *Bioética e valores no pós-moderno*. São Paulo: Edições Loyola, 2007, p. 137.
[iii] SCHNEEWIND, Jerome. *A invenção da autonomia*. São Leopoldo, Editora Unisinos, 2005, p. 560.
[iv] SILVA, Denis Franco. O princípio da autonomia: da reinvenção à reconstrução. In: MORAES, Maria Celina Bodin de (coord.). *Princípios do Direito Civil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Renovar, 2006, p. 138-139.
[v] RIBEIRO, Cléa Regina de Oliveira. *Ética e pesquisa em álcool e drogas*: uma abordagem bioética. In: Rev. Eletrônica Saúde Mental, Álcool e outras drogas [online], vol.1, n.1, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762005000100006&script=sci_arttext. Acesso em: 6 set. 2014. p. 2.
[vi] REQUIÃO, Maurício. Do principialismo aos princípios: a dignidade da pessoa humana como princípio bioético. In: *Anais do XVIII Encontro Nacional do CONPEDI*, 2009. Disponível em: http://www.conpedi.org.br/anais/36/11_1373.pdf. Acesso em: 15 out.2014, p. 1216/1217.
[vii] TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. Saúde, corpo e autonomia privada. Rio de Janeiro: Renovar, 2010, p. 56.
[viii] ATLAN, Henri. *A ciência é inumana*? Ensaio sobre a livre necessidade. São Paulo: Cortez, 2004, p. 83.
[ix]MOREIRA, Leonardo Gomes. Conceitos gerais de dependência, uso abusivo, intoxicação e abstinência .In: COSTA, IlenoIzídeo da (org.). *Dimensões e Desafios do Enfrentamento do Crack e Outras Drogas*. Brasília, Universidade de Brasília, 2012, p. 104-105.
[x]TANCREDI, Francisco Bernardini. As toxicomanias do ponto de vista de Medicina e Saúde Pública. In: AMAURI, Tonucci Sanchez. *Drogas e Drogados*: O indivíduo a família e a sociedade. São Paulo: EPU, 1982, p. 10-11.
[xi] BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Informações sobre drogas*. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11251&rastro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS/Padr%C3%B5es+de+uso. Acesso em: 23 nov. 2014.
[xii] INABA, Darryl; COHEN, Willian. *Drogas*: Estimulantes, Depressores, Alucinógenos – Efeitos físicos e mentais das drogas psicoativas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991, p. 216.
[xiii] 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.
[xiv] LARANJEIRA, Ronaldo. Bases do tratamento da dependência de crack. In: LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 23.
[xv]RAUPP, Luciane Marques. *Circuitos de uso de crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre:* Cotidiano, práticas e cuidado. (2011)Tese (Doutorado) . Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2011, p. 22.
[xvi] 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. 19-20.
[xvii] 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. 16
[xviii] MOREIRA, Esdras Cabus. Padrões de consumo de crack: comentários sobre seus mitos e verdades. In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.) *Crack:* Contextos, Padrões e Propósitos de uso, Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013, p. 88.
[xix] NUÑEZ, Maria Eugênia. A chegada do crack em Salvador: quem disse que o crack traz algo de novo? In: MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.) *Crack*: Contextos, Padrões e Propósitos de uso, Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013, p. 136.
[xx]ANDRADA, Nathalia Carvalho de. Abuso e dependência: crack. *In*: *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo; v.58, n.2, mar./abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lang=pt>. Acesso em: 12 jul. 2014.
[xxi] TRAD, Sérgio do Nascimento Silva. Mídia e drogas: confrontando texto e contexto da publicidade comercial e de prevenção. In: Luiz Alberto Tavares, Alva Riva Brito de Almeida, Antonio Nery filho (Orgs.). *Drogas*: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004, p. 56.
[xxii] QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 17.

[xxiii] BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Disponível em: http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livreto_epidemiologico_17set.pdf. Acesso em 20 set. 2014.
[xxiv] MALHEIROS. Luana. Tornando-se um usuário de crack. In: NERY FILHO, Antônio (org.). *As drogas na contemporaneidade*: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012, p. 79.
[xxv] TARACHUQUE, Jorge; SOUZA, Waldir. Bioética e vulnerabilidade da população em situação de rua: u estudo a partir da realidade da cidade de Curitiba. *Revista Teocomunicação*, Porto Alegre, v. 43, jan./jul., 2013, p. 148-149.
[xxvi] SIQUEIRA, José Eduardo de; PORTO, Dora; FORTES, Paulo Afonso de Carvalho. Linhas temáticas da Bioética no Brasil. In: ANJOS, Márcio Fabri dos; SIQUEIRA, José Eduardo de (Orgs.). *Bioética no Brasil*: tendências e perspectivas. São Paulo: Idéias e Letras /Sociedade Brasileira de Bioética, 2007., p. 25.
[xxvii] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília, 2012, p. 72
[xxviii]OLIVEIRA, Mirian Gracie Plena Nunes de. (coord.) Exclusão ou desvio? Sofrimento ou Prazer. In. *Entre riscos e danos*: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas. Cooperação Brasil – União Européia, 2002, p. 55.
[xxix] PADILHA, Alexandre; TYKANORI, Roberto. Crack: Acolher é reconstruir vidas. *Revista Jurídica Consulex*, Brasília, v. 15, n. 352, p. 22-23.
[xxx]KALINA, Eduardo. *Drogadição hoje*: indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda., 1999, p. 122.
[xxxi] OLIVEIRA, Marcus Vinicius. População de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Drogas, Direitos Humanos e Laço Social*. Brasília: CFP, 2013, p.107
[xxxii] FOUCAULT, Michel. *O nascimento da biopolítica*: curso dado no Collège de France (1978/1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008, p. 354.
[xxxiii]OLIVEIRA, Mirian Gracie Plena Nunes de. op. cit., p. 55.
[xxxiv]BECKER, Howard Saul. *Outsiders*: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: ZAHAR, 2008, p.17-22.
[xxxv] ELIAS, Nobert; SCOTSON, Jhon L. Os estabelecidos e os outsiders: Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Zahar, 2000, p. 190.
[xxxvi] Ibid., p. 192.
[xxxvii]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.
[xxxviii] QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 233.
[xxxix]ESPINHEIRA, Gey. Os tempos e os espaços das drogas. *In:* TAVARES, Luiz Alberto; ALMEIDA, Alva Riva Brito de; NERY FILHO, Antônio (Orgs.). *Drogas*: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004, p. 12.
[xl] CRUZ, Bernardo Gama. Pedras no caminho. In: LOPES, Lucília Elias; BATISTA, Vera Malaguti (Orgs.). Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack. 2 ed. Rio de Janeiro: Revan, 2014, p. 74-75.
[xli] TARACHUQUE, Jorge; SOUZA, Waldir. op. cit., p. 152.
[xlii] MESSEDER, Marcos Luciano; NERY FILHO, Antônio. Exclusão ou desvio? Sofrimento ou prazer? In: TAVARES, Luiz Alberto; ALMEIDA, Alva Riva Brito de; NERY FILHO, Antônio (Orgs.). *Drogas*: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004, p. 63.
[xliii] QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 203.
[xliv] DOMANICO, Andrea. *Crakeiros e crackados*: bem vindo ao mundo dos nóias! – Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto no Brasil. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006, p. 22-23.
[xlv] NEVES, Maria do Céu Patrão; OSSWALD, Walter. *Bioética Simples*. Lisboa: Verbo, 2008, p. 69.
[xlvi] VERDI, Marta Inez Machado; FELIPA, Carine Mascarenhas; AMADIGI, Rafaela; BERGAMO, Luiz Gustavo. A promoção da Saúde e a Bioética de Proteção: os desafios à garantia do direito à saúde. In: BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de; ZOBOLI, Elma (Orgs.) *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007, p. 208.
[xlvii] FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade*: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005, p. 73.
[xlviii] QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 61.

[xlix] OLIVEIRA, Marcus Vinícius de. As internações, As drogas e A Lei. In: Conselho Federal de Psicologia. Drogas e Cidadania: em debate. Brasília: CFP, 2012, p. 51.
[l] NERY FILHO, Antônio; LORENZO, Cláudio; DIZ, Fátima. Usos e usuários de substâncias psicoativas: considerações bioéticas. *In*: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas*: capacitação para o conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília: SENAD; MJ, 2014, p. 133/134.
[li] MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; NUÑEZ, Maria Eugênia (Orgs.) Crack: Contextos, Padrões e Propósitos de uso, Salvador: EDUFBA: CETAD, 2013, p. 19.
[lii] YASUI, Silvio. Reforma e contrarreforma: reflexos em torno da internação compulsória em comunidades terapêuticas. In: JORGE, Maria Salete Bessa; TRAD, Leny Alves Bonfim; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; LIMA, Leilson Lira de (Orgs.) *Olhares plurais sobre o fenômeno do crack*. Fortaleza: EdUECE, 2013, p. 88.
[liii] LOPES, Eva Patricia Alvares. Cadernos da Saúde Pública. In: SAPORI, Luís Flávio, MEDEIROS, Regina. (Orgs.) *Crack* - um desafio social. Belo Horizonte: Editora PUC Minas; 2010, p. 165.
[liv]LAVRADOR, Maria Cristina Campello. *Loucura e vida na contemporaneidade*. 2006. 194 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo,Vitória, 2006, p. 19.
[lv]AMAR, AyushMorad. *A verdade sobre drogas*, v.1. São Paulo: Ícone, 1988, p. 86.
[lvi] SCHRAMM, Fermin Roland. A terceira margem da saúde: ética natural, complexidade, crise e responsabilidade no saber-fazer sanitário. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996, p. 78.
[lvii] VERDI, Marta Inez Machado; op. cit., p. 206.
[lviii] ALBERGARIA, Matheus; LEONELLI, Vera. op. cit., p. 119.
[lix] AGUIAR, Mônica. A proteção do direito à diferença como conteúdo do princípio da dignidade humana: a desigualdade em razão da orientação sexual. In: ALENCAR, Rosmar Antonni Rodrigues Cavalcanti de (org.) Direitos Fundamentais na Constituição de 1988: estudos comemorativos aos seus vinte anos. Porto Alegre: Nuria Fabbis, 2008, p. 85
[lx] VIEIRA, Tereza Rodrigues. Bioética: Temas atuais e seus aspectos jurídicos. Brasília: Consulex, 2006, p. 90.
[lxi] TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado.op. cit., p. 71.
[lxii] SÁ, Maria de Fátima Freire de. *Biodireito e Direito ao próprio corpo*: Doação de órgãos, incluindo o estudo da Lei n. 9.434/97, com as alterações introduzidas pela Lei n. 10.211/01. 2 ed. Belo Horizonte: DelRey, 2003, p. 91.
[lxiii] WANSSA, Maria do Carmo Demasi. Autonomia versus beneficência. *Revista Bioetica.* Brasilia: Conselho Federal de Medicina, v. 19, n.1, 2011, p.110.
[lxiv] MILL, Stuart, apud. DWORKIN, Ronald. Levando os direitos a sério. São Paulo: Martin Fontes, 2002, p. 401.
[lxv] RAYMUNDO, Márcia Mocellin, Avaliação da diversidade no processo de obtenção do consentimento através da autorização por representação em situações assistenciais e de pesquisa envolvendo crianças e idosos. Tese (Doutorada em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007, p. 23-25.
[lxvi]FELÍCIO, Jônia Lacerda; PESSINI, Léo. Bioética da proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais. *Revista Bioética*, Brasília, v. 17, n. 2, 2009, p. 203-204.
[lxvii] TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. op. cit., p. 193
[lxviii] ALBERGARIA, Matheus; LEONELLI, Vera. Direitos humanos e a polêmica da internação compulsória. In: TAVARES, Luiz Alberto; MONTES, Jane Cresus (Orgs.) *A adolescência e o consumo de* drogas: uma rede informal de saberes e práticas. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2014, p. 124.
[lxix] TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. op. cit., p. 320.
[lxx] QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; op. cit., p. 35.