

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS
TESE DE DOUTORADO

LUCAS FRANÇA GARCIA

BIOÉTICA COMPLEXA E BIOPOLÍTICA DA ADIÇÃO: ESTUDO QUALITATIVO EM UMA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO ESPECIALIZADA

PORTO ALEGRE

2017

**BIOÉTICA COMPLEXA E BIOPOLÍTICA DA ADIÇÃO: ESTUDO QUALITATIVO EM UMA
UNIDADE DE INTERNAÇÃO ESPECIALIZADA**

LUCAS FRANÇA GARCIA

Tese de doutorado apresentada como pré-requisito para a obtenção do título de doutor em Medicina: Ciências Médicas pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coorientadora: Profa. Dra. Sahra Gibbon

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

GARCIA, LUCAS FRANÇA
BIOÉTICA COMPLEXA E BIOPOLÍTICA DA ADIÇÃO: ESTUDO
QUALITATIVO EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO
ESPECIALIZADA / LUCAS FRANÇA GARCIA. -- 2017.
128 f.

Orientador: JOSÉ ROBERTO GOLDIM.
Coorientadora: SAHRA GIBBON.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2017.

1. BIOÉTICA COMPLEXA. 2. BIOPOLÍTICA. 3. BIOPODER.
4. ADIÇÃO. 5. DEPENDÊNCIA QUÍMICA. I. GOLDIM, JOSÉ
ROBERTO, orient. II. GIBBON, SAHRA, coorient. III.
Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gilberto Schwartzmann, PPGCM-UFRGS

Prof. Dr. Pedro Vieira S. Magalhães, PPGPSIQ-UFRGS

Prof. Dr. Josué Emílio Miller, ULBRA

“Todo o progresso é precário, e a solução para um problema coloca-nos diante de outro problema”

Dr. Martin Luther King Jr.

RESUMO

O uso de substâncias psicoativas é um problema social e de saúde pública em diferentes países do mundo. A adição é uma doença crônica e multifatorial do cérebro. O seu enfrentamento envolve diferentes áreas do conhecimento e instituições sociais. O fenômeno social da adição, ou da dependência química como é popularmente conhecido, sempre foi muito polêmico e diversas são as políticas públicas que tratam sobre o tema. A dependência química pode ser analisada por meio do prisma do biopoder e da biopolítica, propostos por Foucault e outros autores, como Agamben, Hardt e Negri, Esposito, na medida em que as políticas públicas de enfrentamento a este problema têm sido abordadas e executadas por diferentes atores e instituições sociais, como a medicina, saúde pública, direito, segurança pública, entre outros. Além disto, devido aos diferentes aspectos envolvidos no fenômeno da adição, acredita-se que a Bioética Complexa possa servir como estratégia metodológica adequada para a abordagem desta questão, na medida em que este modelo propõe uma abordagem prática e abrangente para a discussão e resolução de problemas envolvendo conflitos bioéticos. O objetivo deste trabalho é analisar a dependência química no Brasil, através da Bioética Complexa como estratégia metodológica e da biopolítica como referencial teórico.

Palavras-chave: Bioética; Bioética Complexa; Biopoder; Biopolítica; Adição

Abstract

Addiction is a public health and social problem along the world. It can be defined as a chronic and multifactorial brain disease. Its approach involves different fields of knowledge and social agents. O social phenomena of addiction has always been treated in terms of public policy. The addiction can be analyzed through the theories about biopower and biopolitics in their different approaches, as proposed by Michel Foucault, Agamben, Hardt e Negri, and Esposito insofar as public policies has been done in different fields, like medicine, public health, law enforcement, national security, and so on. Furthermore, due to the distinct aspects related to the addiction we believe that Complex Bioethics is a proper methodological approach to analyze the content of this dissertation. Complex Bioethics is a comprehensive approach to analyze bioethical problems. The aim of this dissertation is to analyze the addiction in Brazil through the Complex Bioethics, as a methodological approach, and biopolitics, as a theoretical framework.

Keyword: Bioethics; Complex Bioethics; Biopower; Biopolitics; Addiction

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Ilton e Soraia, e meu irmão, Léo, pelo apoio, carinho e parceria durante toda esta caminhada.

Ao professor José Roberto Goldim, amigo e orientador, pelas oportunidades proporcionadas durante a minha formação, pelo convívio diário e por sempre me desafiar intelectualmente a buscar novas visões e perspectivas de fazer bioética.

Ao professor Jonathan D. Moreno, por ter me aceitado como pesquisador visitante durante o ano acadêmico de 2015-16 no Departamento de Ética Médica e Políticas de Saúde da Universidade da Pensilvânia, pela orientação e amizade e por ter me mostrado que é possível pensar o impossível com a Bioética.

[To Professor Jonathan D Moreno, who accepted my application to study at MEHP-Penn as a visiting scholar, for the mentoring, friendship, and for showing that is possible to think the unthinkable with the Bioethics. Thanks Jonathan!]

À professora Sahra Gibbon, pela orientação, amizade e paciência em coorientar este trabalho à distância.

[To Professor Sahra Gibbon, for the mentoring, friendship, and patient in supervises this work from miles away. Thanks Sahra!]

Aos colegas do LAPEBEC, em especial a Bruna Genro, Gabriela Dalmolin e Gabriela Schumacher, Ana Portela e Márcia Fernandes, pelo apoio, carinho, convivência e principalmente por mostrar que é possível fazer Bioética e Ciência competitiva e de alta qualidade em um ambiente de solidariedade e companheirismo.

Aos meus colegas de MEHP, Matthew McCoy e Jessica Mosersky, pela amizade, carinho e principalmente por fazerem do *office* minha segunda casa ao compartilharem comigo diariamente o chimarrão.

[To my dear colleagues and friends from MEHP, Matthew McCoy and Jessica Moserky, for the friendship, kindness, and for making my days at Penn as a second home sharing daily with me the “chimarrão-mate”. Thanks, guys!]

Aos profissionais da Unidade Álvaro Alvim, em especial a Alessandra e ao Cássio, pela parceria desde 2011, sem a qual este trabalho não teria sido possível de ser realizado.

À Rosanna Dent, pela amizade e por ter feito contato com o professor Jonathan na Penn, contato este que foi fundamental para que eu pudesse ter a experiência acadêmica mais importante da minha vida.

Aos amigos e amigas que fiz durante meu doutorado sanduíche na Philadelphia, especialmente, Fernanda, Louise, Talita, Romulo, Alex Ponsen, Karyna, Gustavo, Pedro, Tais, pelos PUBs, pela parceria de viagens, de almoços, de risadas.

Ao PPGCM, em especial a Vera Susana Ribeiro, pela parceria e pelo atendimento de diversas demandas durante a execução deste trabalho.

Aos pacientes, que participaram e contribuíram diretamente para a produção deste trabalho.

Ao CNPq, CAPES, FINE-HCPA e Universidade da Pensilvânia, pelo financiamento deste trabalho.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA	15
ESTRATÉGIAS PARA BUSCA E SELEÇÃO DA INFORMAÇÃO.....	15
BIOÉTICA COMPLEXA E BIOPOLÍTICA DA ADIÇÃO E DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	16
REFERÊNCIAS.....	35
REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO	43
3. MARCO CONCEITUAL	44
4. JUSTIFICATIVA.....	45
5. OBJETIVOS	46
Objetivos Específicos.....	46
6. ARTIGO ORIGINAL 1.....	47
7. ARTIGO ORIGINAL 2.....	65
8. ARTIGO ORIGINAL 3.....	74
9. ARTIGO ORIGINAL 4.....	97
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
11. PERSPECTIVAS FUTURAS	120
ANEXOS	121
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCPA	122
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VERSÃO PARA PACIENTES.....	123
INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE PERCEPÇÃO DE COERÇÃO EM ASSISTÊNCIA	124
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	125

1. INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas é um problema social e de saúde pública em diferentes países do mundo. Segundo último relatório do Escritório para Assuntos sobre Drogas da Organização das Nações Unidas¹, 256 milhões de pessoas, ou seja, 5% da população mundial, fizeram uso de substâncias psicoativas em 2015. Estima-se que no Brasil 1,3 milhões de pessoas tenha feito uso de substâncias psicoativas, exceto maconha, em último Levantamento sobre uso de drogas realizado pela Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)². Neste trabalho, adição, transtorno por uso de substâncias psicoativas e dependência química, serão utilizados como sinônimos, embora tenham diferenças conceituais entre as três nomenclaturas

A adição é uma doença crônica e multifatorial do cérebro³. O seu enfrentamento envolve diferentes áreas do conhecimento e instituições sociais. O fenômeno social da adição, ou da dependência química como é popularmente conhecido, sempre foi muito polêmico e diversas são as políticas públicas que tratam sobre o tema. A Guerra às Drogas tem se constituído como a política internacional hegemônica no enfrentamento da questão do uso e consumo de substâncias psicoativas⁴. Diversos países e entidades internacionais tem ratificado este entendimento, entre eles o Brasil, e mais recentemente as Filipinas, com resultados trágicos^{5,6}. Este entendimento, entretanto, tem sido revisto por governos e organismos internacionais por conta dos resultados negativos gerados em termos de exclusão e produção de injustiça social.

A dependência química pode ser analisada por meio do prisma do biopoder e da biopolítica, propostos por Foucault e outros autores, como Agamben⁷, Hardt e Negri⁸, Esposito⁹, na medida em que as políticas públicas de enfrentamento a este problema têm sido abordadas e executadas por diferentes atores e instituições sociais, como a medicina, saúde pública, direito, segurança pública, entre outros.

O biopoder e a biopolítica são tecnologias de poder identificadas por Michel Foucault nos seus cursos no Collège de France em meados dos anos 1970¹⁰⁻¹². O biopoder é definido como sendo uma tecnologia de poder que age diretamente sobre a vida e tem como foco direto desta ação o corpo dos indivíduos¹³. Essa tecnologia de poder, característica da Modernidade, é dividida em dois polos: o poder disciplinar e o poder regulador. Ambos se distinguem pela abrangência de suas ações. O poder disciplinar, ou anátomo-política, tem o corpo do indivíduo como seu foco de ação. Por outro lado, o poder regulador, ou biopolítica, tem como foco de suas ações as populações¹³.

Além disto, devido aos diferentes aspectos envolvidos no fenômeno da adição, acredita-se que a Bioética Complexa¹⁴ possa servir como estratégia metodológica adequada para a abordagem desta questão, na medida em que este modelo propõe uma abordagem prática e abrangente para a discussão e resolução de problemas envolvendo conflitos bioéticos.

A revisão da literatura é apresentada em formato de artigo e apresenta o enquadramento teórico utilizado nesta tese de doutorado. A Bioética Complexa, proposta por Goldim, serve de instrumento metodológico para as questões éticas associadas a dependência química. O referencial do Biopoder e da Biopolítica, primeiramente proposta por Foucault, e posteriormente por Agamben, Hardt e Negri e Esposito servem como referencial teórico para analisar a dependência química enquanto fenômeno sociológico. Apresenta-se as diferentes teorias éticas utilizadas pela Bioética Complexa, assim como, exemplos de sua utilização na abordagem dos problemas relacionados à adição. A terceira parte do artigo é destinada a analisar brevemente algumas políticas públicas e legislações sob o prisma da biopolítica como intervenção sobre os comportamentos relacionados à dependência química.

O artigo 1 parte do pressuposto de que o modelo dos transtornos mentais como doença do cérebro pode ser entendido como instrumento da biopolítica da adição contemporânea. São apresentadas algumas reflexões teóricas a respeito das implicações sociais, culturais, políticas e bioéticas da adoção deste modelo. O entendimento público

sobre a dependência química enquanto doença do cérebro é destacado, na medida em que esta nova proposição acabará por alterar a configuração das formações discursivas a respeito da adição. A formação destas novas percepções acarretará em produção de novos agentes sociais, assim como de novas identidades e subjetividades, que são analisadas em termos de biossocialidade, como proposto por Rabinow e Rose, no presente artigo.

O artigo 2 analisa a percepção de coerção em pacientes admitidos voluntariamente para o tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas. Assim como no artigo 1, parte-se do pressuposto de que a internação psiquiátrica pode ser instrumento da biopolítica contemporânea no campo da adição, a partir de diversas experiências recentes, inclusive no Brasil, em estados como SP e RJ, aonde pessoas foram internadas contra a sua vontade para o tratamento da dependência química. O foco do artigo, entretanto, não é a internação involuntária ou compulsória. Analisa-se a percepção de coerção na admissão psiquiátrica voluntária para o transtorno por uso de substâncias psicoativas. Acredita-se que a análise dos elementos coercitivos em admissões voluntárias seja importante de serem reconhecidos para que sejam trabalhados terapeuticamente com as pessoas que buscam tratamento e também para a prestação de uma melhor assistência ao paciente.

O artigo 3 analisa as percepções de pacientes sobre a dependência química em uma Unidade especializada para o de pessoas com o transtorno por uso de substâncias. São analisadas entrevistas de pacientes internados e em acompanhamento ambulatorial para a dependência química. Buscando o tratamento, as causas da dependência química, a utilidade do uso de substâncias psicoativas na perspectiva dos usuários e uma vida saudável foram as categorias que emergiram a partir da análise de conteúdo do material coletado. Observa-se algumas dinâmicas sociais importantes no imaginário simbólico dos participantes da pesquisa. A reprodução social, identificada por Bourdieu, de uma história familiar marcada por problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas é uma destas dinâmicas.

O artigo 4 buscou realizar um mapeamento da Bioética da América Latina a partir de trabalho realizado durante estágio de doutoramento no exterior. O estágio foi realizado no Department of Medical Ethics and Health Policy da University of Pennsylvania sob a supervisão e orientação do professor Jonathan D. Moreno. Neste artigo são apresentados os principais temas de pesquisa e abordagens teóricas utilizados pelos pesquisadores latino-americanos no campo da Bioética. Além disto, são apresentados dados descritivos a respeito do impacto da produção bioética latino-americana na comunidade científica. Ao final, são apresentadas as perspectivas e desafios, na visão dos autores, a respeito do desenvolvimento da Bioética para as próximas décadas no continente.

O trabalho segue as recomendações de formatação e apresentação de trabalhos científicos propostos pelo PPGCM e o COREQ, *guideline* de pesquisa qualitativa e/ou métodos mistos.

2. REVISÃO DA LITERATURA

ESTRATÉGIAS PARA BUSCA E SELEÇÃO DA INFORMAÇÃO

Esta revisão da literatura está focada nas relações entre os aspectos bioéticos e biopolíticos do tratamento da adição. Também buscou incorporar a discussão de biossocialidade no contexto da adição através da perspectiva da bioética complexa.

A estratégia de busca envolveu as seguintes bases de dados: Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Web Of Science. Os descritores utilizados foram: [1] bioethics ou bioética [2] addiction ou adição ou dependência química, [3] biopower ou biopolitics ou biopoder ou biopolitics e [4] biosociality ou biosocialities ou genetical citizenship ou biological citizenship.

Foram pré-selecionados todos os artigos referentes ao descritor número 4 por este ser um conceito chave na fundamentação teórica deste trabalho. Além disto, foram incluídas referências bibliográficas de livros e capítulos de livro pertinentes a discussão do problema de pesquisa.

Os resultados da busca são apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Busca sistemática da informação

	Pubmed	SciELO	WoK
[1] Bioethics	24636	1792	7242
[2] Addiction	56034	1015	48856
[3] Biopower or biopolitics	223	407	2006
[4] Biosociality or biosocialities or genetical citizenship or biological citizenship or scientific citizenship	416	9	152
1+2	54	4	17
1+3	27	32	50
1+4	14	2	8
2+3	5	2	12
2+4	2	0	4

BIOÉTICA COMPLEXA E BIOPOLÍTICA DA ADIÇÃO E DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Artigo a ser submetido a revista Ciência & Saúde Coletiva

L. F. Garcia

Sociólogo e Etnógrafo. Doutorando em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS.

S. Gibbon

Antropóloga. Professora do Departamento de Antropologia, University College of London

J. R. Goldim

Biólogo. Professor do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS. Chefe do Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Endereço de correspondência:

Lucas França Garcia

E-mail: lgarcia@hcpa.edu.br

Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência, Centro de Pesquisa Experimental,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – LAB1221

CEP: 90035-003

Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo:

A adição é um importante problema social e de saúde pública que envolve diferentes esferas da vida social. A sua repercussão social constitui-se em um dos maiores desafios no desenvolvimento de políticas públicas. A questão da adição pode ser analisada por meio do prisma do biopoder e da biopolítica, propostos por Foucault e outros autores, como Agamben, Hardt e Negri, Esposito, na medida em que as políticas públicas de enfrentamento a este problema têm sido abordadas e executadas por diferentes atores e instituições sociais, como a medicina, saúde pública, direito, segurança pública, entre outros. Podemos, ainda, destacar algumas questões bioéticas importantes relacionadas à adição, como as envolvendo a capacidade para tomada de decisão, a vulnerabilidade, em suas diferentes perspectivas e aos aspectos macrossociais da produção da dependência química, enquanto fenômeno sociológico, sobretudo aqueles associados à formulação das políticas públicas e legislações referentes ao tema. Desta maneira, devido aos diferentes aspectos envolvidos no fenômeno da adição, acredita-se que a Bioética Complexa possa servir como estratégia metodológica adequada para a abordagem desta questão, na medida em que este modelo propõe uma abordagem prática e abrangente para a discussão e resolução de problemas envolvendo conflitos bioéticos. O objetivo desta revisão, portanto, é analisar a dependência química no Brasil como fenômeno biopolítico por meio da Bioética Complexa.

Introdução

A adição ou transtorno por uso de substâncias psicoativas, popularmente conhecida como dependência química, é um importante problema social e de saúde pública que envolve diferentes esferas da vida social e atores na busca por intervenções que possam apresentar respostas a este problema. Estima-se que 246 milhões de pessoas, ou seja, 5% da população mundial tenha feito uso de substâncias psicoativas ilícitas no ano de 2013, segundo último relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes¹. No Brasil, estima-se que 1,3 milhões de pessoas tenha feito uso regular de substâncias psicoativas em 2016, exceto maconha, nos seis meses que antecederam a coleta de dados para o Levantamento sobre o uso de substâncias psicoativas da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ)².

De natureza complexa, a adição é um campo em que diferentes conhecimentos e saberes se entrecruzam. Desde a psiquiatria até a sociologia, este é um dos temas mais polêmicos da atualidade, por envolver uma gama de questões que superam as discussões do senso comum.

O transtorno por uso de substâncias psicoativas é definido como uma doença crônica e multifatorial do cérebro³. A sua repercussão social constitui-se em um dos maiores desafios no desenvolvimento de políticas públicas.

A questão da adição pode ser analisada por meio do prisma do biopoder e da biopolítica, propostos por Foucault e outros autores, como Agamben⁴, Hardt e Negri⁵, Esposito⁶, na medida em que as políticas públicas de enfrentamento a este problema têm sido abordadas e executadas por diferentes atores e instituições sociais, como a medicina, saúde pública, direito, segurança pública, entre outros.

O biopoder e a biopolítica são tecnologias de poder identificadas por Michel Foucault nos seus cursos no Collège de France em meados dos anos 1970⁷⁻⁹. O biopoder é definido como sendo uma tecnologia de poder que age diretamente sobre a vida e tem como foco direto desta ação o corpo dos indivíduos¹⁰. Essa tecnologia de poder,

característica da Modernidade, é dividida em dois polos: o poder disciplinar e o poder regulador. Ambos se distinguem pela abrangência de suas ações. O poder disciplinar, ou anátomo-política, tem o corpo do indivíduo como seu foco de ação. Por outro lado, o poder regulador, ou biopolítica, tem como foco de suas ações as populações¹⁰.

Podemos, ainda, destacar algumas questões bioéticas importantes relacionadas à adição, como as envolvendo a capacidade para tomada de decisão^{11,12}, a vulnerabilidade, em suas diferentes perspectivas^{13,14} e aos aspectos macrosociais da produção da dependência química, enquanto fenômeno sociológico¹⁴⁻¹⁷, sobretudo aqueles associados à formulação das políticas públicas e legislações referentes ao tema.

Desta maneira, devido aos diferentes aspectos envolvidos no fenômeno da adição, acredita-se que a Bioética Complexa¹⁸ possa servir como estratégia metodológica adequada para a abordagem desta questão, na medida em que este modelo propõe uma abordagem prática e abrangente para a discussão e resolução de problemas envolvendo conflitos bioéticos.

O objetivo deste artigo, portanto, é analisar a dependência química no Brasil como fenômeno biopolítico por meio da Bioética Complexa.

A Bioética Complexa e seus desdobramentos metodológicos para a análise da adição

A Bioética Complexa é definida como uma “reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver”¹⁸. Conforme Goldim¹⁸, a Bioética é uma reflexão compartilhada “*por utilizar as diferentes interfaces para realizar diálogos mutuamente enriquecedores*”¹⁸, como por exemplo, a interação entre equipe assistencial, paciente, família e sociedade. É uma reflexão complexa “pois inclui os múltiplos aspectos envolvidos no seu objeto de atenção”¹⁸, como por exemplo, os aspectos sociais, econômicos, legais, de saúde, entre outros. Ainda, é uma reflexão interdisciplinar “*devido à possibilidade de contar com conhecimentos oriundos de*

*diferentes áreas do saber*¹⁸”, ou seja, conta com o apoio de diferentes perspectivas teóricas para a busca de justificativas para a ação.

Além disto, a Bioética, nesta perspectiva, envolve a *“discussão sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver*¹⁸”, resgatando os diferentes significados relacionados à palavra vida, *“bios”* e *“zoé”*. Esta distinção, realizada pelos gregos, especialmente por Aristóteles, foi resgatada mais recentemente por Agamben, em sua análise da biopolítica dos regimes totalitários do século XX⁴. Para Aristóteles, a *“bios”* caracterizava a vida na *pólis*, a vida de relação com os outros cidadãos, portanto, a vida política, o exercício da cidadania. Em outras palavras, a *“bios”* é aquela atividade que dá identidade ao indivíduo e o distingue dos outros seres vivos. Por outro lado, *“zoé”* significa a vida enquanto entidade biológica, aquilo que caracteriza a sobrevivência dos indivíduos¹⁹.

A partir deste método de abordagem dos problemas ou conflitos éticos, a Bioética Complexa toma como referenciais teóricos: (1) a Ética das Virtudes, (2) o Intencionalismo, (3) o Utilitarismo, (4) os Direitos Humanos, (5) o Princípio da Autonomia, (6) a Alteridade e (7) a Ética da Responsabilidade.

A ética das virtudes é um referencial teórico desenvolvido por Platão^{20,21} e Aristóteles²². Neste referencial teórico as ações são avaliadas moralmente em termos da adequação à medianeira, ou ao caminho do meio, em relação a busca do bem ou da felicidade. Por exemplo, quando aplicada ao campo da dependência química, durante muito tempo, prevaleceu apenas a visão moralista deste problema, na medida em que esta era vista como um vício ou desvio de caráter. Ainda hoje esta visão está presente no imaginário simbólico de instituições e indivíduos, os quais afirmam que o uso de substâncias psicoativas faz as pessoas perderem completamente o controle de suas vidas. Nas últimas décadas, o referencial teórico da ética das virtudes tem sido retomado, principalmente em trabalho de Comte-Sponville²³. Este referencial tem estado presente nas análises sobre o processo de formação profissional e de ética profissional, sobretudo nas áreas da saúde, nos trabalhos de Pellegrino^{24,25} e Pellegrino e Thomasma²⁶.

O intencionalismo, de Abelardo²⁷, foi incorporado ao modelo de Bioética Complexa recentemente. Afirma-se, nesta corrente, que para avaliar moralmente as ações humanas deve-se levar em conta tanto a intenção do agente que produz a ação, quanto o consentimento de quem sofre esta ação²⁷. Neste sentido, este referencial pode nos ajudar a pensar algumas dinâmicas do uso de substâncias psicoativas, como por exemplo, as justificativas utilizadas pelos atores sociais para fundamentarem seu comportamento orientado pela busca de prazer, na medida em que este tem uma intenção objetiva e o consentimento tácito para a materialização deste uso, muitas vezes questionado pela sociedade. Este referencial tem sido pouco explorado nas discussões da epistemologia da Bioética. Sua utilização poderá trazer importantes contribuições para a discussão do processo de consentimento informado e dos modelos de relação médico-paciente.

O utilitarismo pode ser definido a partir do trabalho dos filósofos Bentham²⁸ e Mill²⁹. Para estes, as ações deveriam ser avaliadas moralmente a partir da quantidade de bem produzida na sociedade. Nesta perspectiva, o papel da ciência e/ou da política seria o de reduzir o dano e maximizar o benefício associada à ação, sempre que possível, e adotar medidas mistas, sempre que esta regra não possa ser alcançada^{28,29}. Com a utilização deste referencial é possível analisar as políticas públicas de redução de danos na área de assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Ao introduzir a discussão sobre redução de danos, seja fornecendo seringas descartáveis ou salas para uso seguro, entre outras iniciativas, o referencial do utilitarismo se faz presente na fundamentação destas políticas públicas. O seu objetivo é uma estratégia mista de ação, na medida em que busca reduzir um dano que é produzido na sociedade com o uso problemático de drogas, como doenças infecciosas, mortes por overdose, entre outros. Este referencial tem sido amplamente utilizado na Bioética por Singer^{30,31}, em questões de ética animal, por exemplo, e por Savulescu^{32,33}, em temas de melhoramento moral (*moral enhancement*).

A ética da responsabilidade, proposta por Weber³⁴ e Jonas³⁵, tem como ponto de partida a reflexão de que as ações humanas na modernidade não podem mais ser avaliadas pelos parâmetros clássicos da ética clássica dos gregos. Para serem avaliadas

adequadamente, tais ações devem ser discutidas em termos de responsabilidade para com as futuras gerações. Neste sentido, pensar as consequências previsíveis e não previsíveis de nossas ações para gerações futuras, torna-se ponto central na discussão da ética da responsabilidade. A relação da política com a ciência, da suposta neutralidade moral de ambas, é um elemento fundamental da discussão sobre a ética da responsabilidade³⁴. Quando aplicado ao campo da dependência química, este referencial tem sido muito utilizado, na medida em que permite analisar o impacto das políticas repressivas ao uso e ao consumo de drogas, por exemplo. Podemos pensar também as questões de responsabilidade retrospectiva e prospectiva de diferentes atores sociais envolvidos no desenvolvimento de políticas públicas no setor, assim como a responsabilidade dos próprios usuários de substâncias psicoativas com relação ao uso de substâncias psicoativas. A responsabilidade retrospectiva busca explicar o fato atual por meio de seus elementos causais, enquanto que a responsabilidade prospectiva busca estabelecer medidas de contingência que evitem consequências previsíveis de ações que estão sendo propostas.

O princípalismo, de Beauchamp e Childress³⁶, é um dos referenciais bioéticos mais utilizados na abordagem de problemas bioéticos. Baseado na ideia de moralidade comum, os autores propõem quatro princípios que servem como norteadores da avaliação moral das ações no campo biomédico. Estes princípios são a autonomia, ou o respeito as pessoas; a beneficência, ou fazer o bem; a não-maleficência, ou evitar o mal; e a justiça, ou equidade, no sentido de não-discriminação no acesso aos bens e serviços de saúde. Através deste referencial podemos pensar importantes questões do transtorno por uso de substâncias psicoativas, como (1) a autonomia das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, sobretudo aquelas que fazem uso problemático, (2) sobre os elementos coercitivos associados a internação (in)voluntária, (3) beneficência e paternalismo positivo e negativo na abordagem dos problemas relacionados a assistência ao usuário de substâncias psicoativas, entre outras. O princípalismo tem sido importante ferramenta na análise de problemas de Bioética e tem importante papel no desenvolvimento histórico da

Bioética no mundo. O principialismo, por utilizar os princípios como elementos geradores de normas, muitas vezes é confundido como uma proposta moral prescritiva.

Os Direitos Humanos surgem como orientação teórica com a publicação da Declaração dos Direitos dos Homens e do Cidadão no século XVIII a partir da Revolução Francesa e Americana³⁷⁻³⁹. Segundo Bobbio³⁷, podemos identificar três fases do desenvolvimento do modelo de moralidade baseado nos direitos inalienáveis que os indivíduos possuem por fazerem parte da humanidade, e, portanto, serem possuidores do direito à dignidade humana⁴⁰. A primeira fase, denominada de 1ª Geração constitui a consagração dos direitos individuais, tais como à propriedade, à vida, à não-discriminação, aos direitos civis e políticos^{37,39}. Os direitos de 2ª Geração reconhecem os direitos da coletividade, tais como saúde, educação, assistência social, moradia, entre outros. Reconhece-se a partir deste momento que existem bens comuns a todos os indivíduos enquanto membros da coletividade e não apenas como indivíduos^{37,39}. Os direitos de 3ª Geração dizem respeito aos direitos transpessoais, ou seja, não dizem respeito a um indivíduo ou coletividade em específico como os anteriores, mas sim ao indivíduo e a coletividade em caráter difuso. Os direitos transpessoais ultrapassam a realidade objetiva momentânea de indivíduos e coletividades e está relacionado com o direito das futuras gerações. Desta maneira, são incluídos os direitos ambientais e ecológicos no escopo dos direitos humanos^{37,39}.

Na Bioética, tal referencial surge a partir de discussão conduzida pela Organização das Nações Unidas (ONU) e da UNESCO⁴¹⁻⁴³, embora Bandman e Bandman⁴⁴, ainda na década de 1970, já tivessem proposto a aplicação do referencial dos Direitos Humanos à Saúde. As análises bioéticas que tomam este modelo como base tem como objeto (1) a ética em pesquisa, sobretudo aquelas questões ligadas a exploração de pessoas e populações vulneráveis, (2) as questões de acesso à saúde e de justiça social na distribuição dos bens em saúde (3) os direitos associados à produção de novas tecnologias e seu impacto na sociedade, entre outros^{44,45}. Quando aplicado ao campo da dependência química, observamos algumas questões importantes envolvidas na maneira como

diferentes sociedades enfrentam o problema. A questão da internação (in)voluntária surge como um dos principais temas para discussão nesta perspectiva, na medida em que envolve o direito à liberdade e autodeterminação e pode ser considerada como uma violação da dignidade da pessoa que sofre de transtorno por uso de substância⁴⁶. A questão das políticas de segurança pública baseadas na Guerra às Drogas (“*War on Drugs*”), também é tema de extrema relevância abordado, quando analisado pelo referencial dos Direitos Humanos^{47,48}. A produção de injustiça social e exclusão social^{49,50}, violações de direitos fundamentais realizadas por parte do Estado^{47,48,51}, são algumas das questões analisadas por esta perspectiva quando aplicada ao campo da adição.

Proposto por Emmanuel Levinas⁵², a alteridade é um referencial contemporâneo que surge em meados do século XX no contexto francês e alemão. Esta perspectiva apresenta o Outro como ponto de partida da avaliação ética e moral das ações, na medida em que o Eu só existe na relação com o Outro, portanto, como Nós. A corresponsabilidade, a copresença ética e a negação da neutralidade são conceitos-chave na discussão sobre a Alteridade e o Outro. Na dependência química, pensar em termos de Alteridade, é fundamental, uma vez que os usuários de substâncias psicoativas são muitas vezes indivíduos invisíveis para a sociedade ou vistos como “zumbis”, ou seja, como indivíduos que não possuem viver e vontade própria, e representam um perigo para a sociedade. Nesta mesma perspectiva, a questão da adição pode ser entendida como um problema que extrapola o indivíduo, a saúde e a segurança pública. Nesta perspectiva, todos são corresponsáveis por buscar alternativas para o adequado enfrentamento desta questão. Assim, não há a possibilidade de manter-se neutro perante esta realidade, de omitir-se perante o Outro.

Seguindo esta linha de pensamento, a Teoria do Reconhecimento de Axel Honeth^{53,54} surge como possibilidade de abordagem da dependência química numa perspectiva da Alteridade. Através deste referencial podemos compreender as dinâmicas sociais e culturais pelas quais os usuários de substâncias psicoativas tornam-se invisíveis e quais são as estratégias para que estes sejam reconhecidos socialmente, em outras

palavras, quais as lutas por reconhecimento empreendidas pelos usuários de substâncias para serem (re)integrados à sociedade. A alteridade também tem sido utilizada, em um crescente número de trabalhos, para a discussão de aspectos da relação médico-paciente, da formação profissional⁵⁵, de aspectos relacionados ao enfrentamento de importantes problemas sociais, como a miséria e a violência, por exemplo.

Biopoder e biopolítica: as contribuições de Michel Foucault, Giorgio Agamben, Michael Hard e Antonio Negri e Roberto Esposito

O biopoder é uma tecnologia de poder identificada por Foucault na transição do século XVII para o século XVIII e constituída no final do século XIX^{7,10}. Esta tecnologia de poder está relacionada com as teorias sobre o poder soberano, que até então tinha o poder sobre a morte dos seus súbitos, ou o poder de “fazer morrer” e “deixar viver”¹⁰. Neste período, os rituais envolvendo a morte eram públicos^{10,56}. Com a emergência da figura do indivíduo, da (inter)subjetividade e da formação do Estado-nação passa-se a ter uma nova configuração das relações de “poder”. A partir de então, o governante não gerencia mais o poder de “fazer morrer”, ele passa a intervir ativamente no “fazer viver” e “deixar morrer”. A morte, desta maneira, passa a fazer parte do interdito, do privado, e, portanto, não mais alvo da ação direta do Estado. Desta maneira, o Estado, através de diferentes instituições e dispositivos, como a Medicina Social, a Epidemiologia, a Saúde Pública, a Escola, entre outros, passa a intervir no sentido de promoção da vida enquanto entidade biológica, tendo o corpo como a sua unidade de intervenção.

Constituído em termos de intervenções com o intuito de promoção da vida, através de diferentes dispositivos e instituições, o biopoder se materializa, enquanto tecnologia de poder, através de dois polos: o poder disciplinador e o poder regulador¹⁰. O poder disciplinador, ou o polo da anátomo-política, tem como unidade de intervenção o corpo do indivíduo e como objetivo da ação a criação de corpos dóceis e adaptados ao sistema. Por outro lado, o poder regulador ou de controle, ou o polo da biopolítica das

populações, tem como unidade de intervenção o indivíduo enquanto espécie humana, ou seja, o coletivo de indivíduos, a sociedade, a população, circunscrita em um território. Seu objetivo é criar mecanismos de regulação de comportamentos através de um complexo aparato científico-governamental, como as Ciências Biomédicas, sobretudo a Psiquiatria, as Escolas, as Igrejas, o Direito, entre outros¹⁰.

O biopoder se manifestou, inicialmente, por meio de ações disciplinadoras, ou seja, pela anátomo-política. O seu desenvolvimento levou à biopolítica, ou seja, o biopoder passou a ser regulador de sociedades. A constituição da biopolítica contemporânea dá-se através da introdução de dispositivos de segurança, que interferem na complexa mecânica do biopoder, e começa a se consolidar no século XIX e XX⁸. Este dispositivo vai estar pautado pela regulação, pelo controle racional, pela administração de processos que envolvem a vida e o viver, e não mais, apenas, pelo dispositivo de disciplina, pautado na produção de corpos adaptados a determinado conjunto de regras^{8,10}. Esta regulação visa intervir e propor políticas públicas a partir de curvas de normalidade, na medida em que seu foco de ação serão os processos relacionados a vida enquanto categoria biológica, como os processos de nascimento e morte, de taxas de infecção das populações, entre outros índices em nome da defesa da sociedade^{8,9}. Desta maneira, são organizadas políticas públicas com base em taxas de natalidade, mortalidade, morbi-mortalidade, com a finalidade de controle e regulação das populações. O dispositivo de segurança introduz, através das curvas de normalidade, uma tecnologia de poder que vai agir sobre os processos biológicos da vida em termos populacionais, não mais procurando erradicá-los, mas administrá-los racionalmente, levando em conta somente seus efeitos e não mais a sua legitimidade social^{7,8}.

Agamben centraliza sua análise da biopolítica na distinção entre “*bios*” e “*zoé*”, seguindo linha semelhante a de Foucault, porém com enfoque nas consequências negativas desta no século XX⁴. Proposta pelos gregos, na Antiguidade Clássica, esta distinção é fundamental para compreender a teoria de Agamben. Para os gregos, afirma Agamben, “*bios*” significava a vida política, o estar em grupo, em comunidade, a busca

pelo bem viver, em outras palavras, os aspectos biográficos dos indivíduos. Por outro lado, “zoé” significava a vida biológica, a sobrevivência, o estar vivo, ou, simplesmente, a vida nua⁴.

Em *Homo Sacer*, o autor aprofunda a análise da biopolítica do regime nazista a partir da distinção entre estes dois polos⁴. Observa Agamben, que a biopolítica contemporânea tem produzido diversos estados de exceção, dispositivo do poder soberano, que agora é incorporado ao modelo democrático⁵⁷, na medida em que reduz os indivíduos ao seu aspecto biológico mais básico. Em outras palavras, reduz o viver dos indivíduos a “vida nua” não mais os fazendo viver, nem os deixando morrer, apenas fazendo-os sobreviver. Desta maneira, Agamben argumenta que a biopolítica contemporânea é uma tanato-política, ou uma política da ou sobre a morte.

Para justificar tais ações, diferentes dispositivos foram usados na história dos regimes totalitários contemporâneos. O racismo foi um dos principais mecanismos pelos quais a biopolítica contemporânea operou durante os regimes totalitários, pois através deste se introduz uma hierarquização da “bios” e da “zoé”, produzindo a vida nua⁴. A biologização da política é parte importante da biopolítica moderna, pois acaba por expor os aspectos mais íntimos da sobrevivência do ser humano, em contraposição aos seus aspectos biográficos e relacionais, através do mecanismo da negação da “bios”. As experiências dos campos de concentração nazista, o regime socialista na Rússia e atualmente as experiências dos campos de detenção para terroristas, como Guantánamo, são alguns exemplos apresentados por Agamben para demonstrar a sua perspectiva de biopolítica^{4,58}.

Hardt e Negri⁵ analisam o biopoder e a biopolítica a partir de uma perspectiva marxista, ou seja, materialista. O seu enfoque é nos aspectos de produção de positivities no sistema social globalizado, e não só em termos de expropriação da “bios” pela política, como em Agamben^{5,59,60}. Para os autores, o Império é a forma ou arte contemporânea de governar através da manipulação das massas e dos sujeitos, através da combinação entre os dispositivos de disciplina e de controle identificados por Foucault⁵.

Estes dispositivos são operados pelas grandes corporações e comunidades internacionais, que representam uma nova ordem social, que produz novas concepções sobre a sociedade e o Direito, a partir desta complexa cadeia de relações de poderes em um mundo globalizado^{5,60}. Neste sentido, Hardt e Negri argumentam que a biopolítica é geradora de subjetividades, de novas identidades, na medida em que produzem espaços de deliberação e de resistência à dominação do Império⁶¹, sem deixar de reconhecer o aspecto tanatológico do biopoder, especialmente dos regimes totalitários⁵. Estas novas identidades produzem novos entendimentos e percepções a respeito da posição de diferentes agentes e atores sociais na arena política globalizada^{5,62}. Isto se dá por meio das diferentes lógicas características da globalização, como a tensão entre o local-regional, a exclusão-inclusão, entre outras.

Roberto Esposito irá propor uma interpretação alternativa, até mesmo integrativa, à Agamben e Hardt e Negri, para a análise da biopolítica^{6,60}. Para Esposito, estes autores compreenderam o paradoxo da biopolítica na modernidade, qual seja, o de como um poder soberano que deveria promover a vida acaba por incorporar uma tanato-política em seu escopo de ação. Entretanto, para uma adequada compreensão do biopoder e da biopolítica contemporânea é necessária a incorporação do paradigma da *Immunitas*, ou da imunização, presente na obra de Nietzsche.^{6,63,64}

Para compreender a imunização, Esposito observa que antes é preciso analisar a dinâmica ou a tensão de forças existente entre *communitas* e *immunitas*, ou o que antes era analisado como “*bios*” e “*zoé*”, respectivamente^{60,64-66}. Neste sentido, *communitas*, para Esposito, está relacionado com o dom da obrigação, porém não no sentido de reciprocidade observado por Mauss⁶. Este dom se refere a obrigação que cada indivíduo tem em dar ou ceder algo, em sentido contrário e até mesmo negativo ao entendimento atual de comunidade, em que o bem-comum é a base e elemento fundador desta. Nesta perspectiva, a comunidade só é possível na medida em que possa existir uma dinâmica da homogeneização dos indivíduos através do dom da obrigação. Por outro lado, em constante tensão com a *communitas*, *immunitas* significa a defesa da própria comunidade

e, portanto, do próprio indivíduo, da sua individualidade, ou seja, do subjetivo que se subtrai do comum. É através da atuação da *immunitas* que novas identidades e subjetividades são produzidas, na medida em que se esta dinâmica se distancia dos processos de homogeneização próprios da *communitas*^{6,65}.

A compreensão do paradigma da imunização é necessária, segundo Esposito, visto que é justamente através do mecanismo de defesa, ou seja, dos processos ou dispositivos de imunização, que é possível a existência do indivíduo. Entretanto, esse mecanismo de defesa, na modernidade, está constantemente em conflito com a *communitas*, colocando em risco a existência da própria comunidade. O paradigma da imunização é fundamental de ser compreendido numa perspectiva dialógica, ou estratégica como proposto por Foucault⁷. Esta aparente contradição, que justamente pode colocar a existência da comunidade em risco, é também o mecanismo pelo qual é possível a sobrevivência e renovação desta.

Esta visão dialógica ou estratégica, é importante para pensar a relação entre a vida e o viver, ou entre a “*bios*” e a “*zoe*”, não mais como entidades separadas no plano real. Somente superando esta aparente dicotomia entre cultura e natureza é que poderemos compreender o paradigma da (auto)imunização e apreender novas formas de vida e de pensamento, assim como de novas subjetividades. Desta maneira, é promovida uma tolerância imunitária capaz de preservar tanto a existência da *communitas*, necessária para a vida coletiva, como dos dispositivos da *immunitas*, necessários para a produção de identidades individuais, e também da própria renovação das comunidades. Dito isto, acredita-se que seja possível analisar a dependência química a partir destes enquadramentos teóricos.

Biopolítica da adição e da saúde mental

A loucura e a doença mental aparecem como problema médico no século XIX e XX, mas foi motivo de discussões e controvérsias ao longo da história da humanidade⁶⁷. O

isolamento e o confinamento foram as primeiras medidas utilizadas para o enfrentamento dos problemas mentais. Foucault observa que com este isolamento, aliado a uma tecnologia de poder disciplinar, buscava-se a internação asilar de pacientes psiquiátricos, ou dos considerados anormais⁶⁸, a fim de isolar suas causas e, desta maneira, agir sobre as causas da degeneração social⁶⁷.

O isolamento e a reclusão na abordagem dos transtornos mentais, também conhecidos como processo de institucionalização, tem sido um dos principais meios da reprodução do estigma associado aos pacientes com transtornos mentais. As instituições totais caracterizam-se por serem ambientes isolados do convívio social mais amplo, no qual um grupo de pessoas vive por um período de tempo, com funcionamento sob um conjunto estrito de regras e normas, funcionando como uma espécie de micro-célula da sociedade⁶⁹. O estigma, segundo Goffman⁷⁰, é o processo pelo qual um ator social ou uma instituição atribui uma característica negativa a determinada pessoa ou grupos devido ao seu comportamento considerado como “anormal” ou “desviante”.

A organização de normas e leis a respeito de comportamentos anormais ou desviantes no século XIX e XX, foi extremamente importante para o desenvolvimento do biopoder e da biopolítica contemporânea. A reclusão e o isolamento foram os dois instrumentos de ação médica incorporados ao sistema burocrático-jurídico visando o problema da doença mental. A organização de um sistema baseados em normas, advindas do direito “natural”, e de leis, enquanto normas positivadas, portanto, é um dos instrumentos privilegiados do exercício da biopolítica da adição e da saúde mental^{7,8}.

Quando analisamos comparativamente com outros países do mundo, o conjunto de leis e normas relacionadas à saúde mental, observamos o quão importante é esta relação na abordagem dos aspectos vinculados à vida e ao viver no campo da dependência química, objeto deste artigo.

Neste sentido, destaca-se que nos EUA a adição, enquanto problema de saúde, precisou de lei específica, proposta pelo então senador Joe Biden, para definir a adição como doença do cérebro, e, portanto, redirecionar o foco das políticas direcionadas as

questões de álcool e outras drogas⁷¹. No Brasil, necessitou-se de uma Lei de Políticas sobre Álcool e Drogas para relacionar os aspectos de saúde aos problemas associados ao uso problemático de substâncias psicoativas. Esta lei tem gerado resultados completamente opostos ao esperado, na medida em que aumentaram as prisões relativas à posse e uso de drogas, que foram equiparadas ao crime de tráfico de drogas⁵¹. A definição da adição como problema de saúde através da promulgação de leis, é apenas um dos exemplos através do qual a biopolítica opera nos dias de hoje.

O modelo da adição como doença ou transtorno mental, ou como doença do cérebro, também é dispositivo pelo qual a biopolítica opera atualmente. A crítica de Szasz a este modelo, no qual a adição é vista como doença ou transtorno mental, também vale para a grande maioria do que chamamos de transtornos mentais^{15,16,72,73}. O uso problemático de substâncias psicoativas é um hábito desagradável, segundo o autor, que não se constitui, por si só, como doença, enquanto categoria epistemológica, ou seja, em termos de normalidade e anormalidade fisiológicas^{15,73}. Desta maneira, a utilização do modelo de doenças, e seu correlato, de transtornos mentais, segundo Szasz, é apenas um meio pelo qual o Estado e as Ciências do Comportamento interveem sobre a liberdade dos indivíduos. Desta forma, para os usuários de substâncias psicoativas, que apresentam comportamento problemático, a internação, seja qual for a modalidade, é a única saída para recuperar-se^{16,74,75}.

A crítica epistemológica ao modelo de doença do cérebro também é realizada contemporaneamente por Lewis⁷⁶⁻⁷⁸, através de trabalhos a respeito da “biologia do desejo”, e de Hart^{79,80}, que mostra como este modelo produz e reproduz injustiça e exclusão social, mais do que reduz o estigma associado à adição. Portanto, podemos afirmar que além dos instrumentos de isolamento e reclusão social, o próprio modelo de transtornos ou doenças mentais do cérebro funcionam como dispositivos da biopolítica contemporânea.

A partir da análise dos discursos científicos e leigos sobre a saúde mental, em especial a dependência química, notamos que diversas políticas públicas de segurança,

sejam elas na área pública ou nacional, enquanto instrumentos da biopolítica, são (re)produtoras de estigma, injustiça e exclusão social^{50,81,82}. É o caso da política de Guerra às Drogas proposta pelo governo norte-americano em 1970 e endossada pelos grandes Organismos Internacionais, como o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime^{48-50,83}. A política repressiva da Guerra às Drogas tem sido adotada por diferentes países como estratégia de controle do consumo de drogas no mundo e tem apresentado resultados alarmantes em termos de políticas públicas^{46,48}.

Nas Filipinas, por exemplo, podemos observar um renascimento desta orientação repressiva ao uso e consumo de substâncias psicoativas, trazendo efeitos negativos não só para o sistema de segurança pública e nacional, como para a própria saúde pública^{49,84-86}.

No Brasil, podemos notar um aumento no número de prisões a partir da adoção desta orientação, sobretudo aquelas de jovens negros e de baixa renda⁴⁸. Esta abordagem tem consequências sociais, políticas e econômicas importantes, uma vez que a principal medida disciplinadora é a prisão, como forma de abordar o uso problemático de substâncias psicoativas, ou seja, somente pela perspectiva da segurança pública^{49,51,83}.

A organização da Legislação em Saúde Mental no Brasil começa com a Constituição Federal de 1988, que prevê a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Além disto, podemos citar o artigo 4º, inciso II, do Código Civil Brasileiro que, após promulgação da Lei nº 13.146/2015, passou a versar sobre a incapacidade relativa dos "ébrios habituais e os viciados em tóxico" para determinados atos ou à forma de os exercer⁸⁷". Também o Código Penal Brasileiro, ao abordar os crimes cometidos sob a influência do uso de álcool e outras substâncias psicoativas, os trata de forma proibicionista, de maneira a reforçar a lógica da Guerra às Drogas, portanto, como instrumento da biopolítica da adição no Brasil⁴⁶.

A Reforma Psiquiátrica, que dá origem a Lei da Psiquiatria⁸⁸, é importante marco na história da Luta Antimanicomial no país, assim como da biopolítica da saúde mental no Brasil, na medida em que busca regulamentar o cuidado psiquiátrico resultante da Reforma^{89,90}. Este movimento é influenciado internacionalmente pelo trabalho do

psiquiatra italiano Basaglia, que visava a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos na Itália⁹¹⁻⁹³. O objetivo desta era a introdução de uma nova perspectiva de cuidado aos pacientes psiquiátricos. O cuidado destes deveria estar baseado na reintegração do paciente à sua comunidade e utilizar os recursos disponíveis na sua comunidade⁹². Este processo é uma materialização dos conceitos de *comunitas* e *imunitas*.

Além disto, a Lei da Psiquiatria regula as modalidades de internação psiquiátrica em (1) voluntárias, (2) involuntárias e (3) compulsórias⁸⁸. As internações involuntárias e compulsórias constituem-se como dois principais instrumentos pelas quais a biopolítica da adição é exercida^{46,73}. Neste sentido, destacam-se ações do Governo do Estado de São Paulo e do Rio de Janeiro, em que foram realizados diversos mutirões para o recolhimento de usuários de crack em regiões centrais das cidades, conhecidas como cracolândias, com a finalidade de realizar a internação compulsória destes para tratamento da dependência química⁴⁶. Destaca-se também a iniciativa de Projeto de Lei específica sobre internações relacionadas ao uso e consumo de substâncias psicoativas^{46,51}. Neste Projeto de Lei a internação de usuários de drogas surge como primeiro recurso de tratamento, e a internação involuntária e compulsória como meio para atingir este fim⁴⁶.

A retórica e os discursos em torno das internações (in)voluntárias são absorvidos nos debates públicos sobre a dependência química, pois estes servem de instrumentos da materialização da biopolítica. Szasz, considerado o representante americano da antipsiquiatria, argumenta que é inadequado falar em internação voluntária, uma vez que é somente a admissão para tratamento que se constitui em ato voluntário, sendo o tratamento, muitas vezes, involuntário, na medida em que o indivíduo pouca voz tem sobre a escolha das terapêuticas associadas ao seu tratamento^{75,94}. Vale lembrar que estas pessoas estão premidas pela necessidade, e não pela possibilidade, que seria a garantia de sua ação ser considerada como voluntária. Além disto, existem instituições em que a voluntariedade dos sujeitos também fica comprometida, caracterizando-as como instituições totais. Nestas instituições a autonomia é quase que totalmente anulada, como, por exemplo, em comunidades terapêuticas de cunho religioso. Portanto, podemos

observar como, por meio de uma complexa rede de discursos de saber-poder, opera a biopolítica das internações e admissões voluntárias.

Considerações Finais

Como podemos observar, a rede em que opera a biopolítica da adição e da saúde mental envolve diferentes esferas da sociedade, a vida e o viver, em diferentes níveis de complexidade. Além disto, é um campo que está em constante mudança, onde os conceitos de *comunitas* e *imunitas* estão associados e em constante processo de interação e desagregação. Desta forma, o referencial da Bioética Complexa, como instrumento metodológico, e o referencial teórico da Biopolítica, em suas diferentes vertentes, mostram-se adequados para a análise dos problemas no campo da adição e da saúde mental, que não se esgotam nos elencados neste artigo.

Para analisar esta complexa rede, é necessária a apropriação de diferentes estratégias metodológicas, assim como de diferentes referenciais teóricos para a abordagem do próprio problema. Desta maneira, pensar a Bioética como biopolítica, como Bishop e Jotterand⁹⁵ e Jungues⁶¹ propõem, talvez seja a maneira mais prudente de se analisar os problemas relacionados à dependência química.

O desenvolvimento de trabalhos sobre biopolítica da saúde mental e da adição pode servir de importante ferramenta crítica na produção de evidências científicas para a elaboração de políticas públicas adequadas para as pessoas que sofrem do transtorno por uso de substâncias psicoativas. Estas evidências podem reduzir o estigma associado ao comportamento aditivo e ao transtorno mental. A alteridade e o reconhecimento, propostos por Levinas e Honneth respectivamente, surgem, desta maneira, como referenciais importantes na produção de evidências para a elaboração de políticas públicas na adição.

REFERÊNCIAS

- 1 UNODC. *World Drug Report 2015*. 2015.
- 2 Fundação Osvaldo Cruz. *Pesquisa nacional sobre o uso de crack*. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2016.
- 3 Leshner AI. Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science* (80-) 1997; **278**: 45–47.
- 4 Agamben G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Editora da UFMG: Belo Horizonte, 2007.
- 5 Hardt M, Negri A. *Empire*. Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts, 2000.
- 6 Esposito R. *Bíos. Biopolitics and Philosophy*. University of Minnesota Press: Minneapolis, 2008.
- 7 Foucault M. *O Nascimento da Biopolítica*. Martins Fontes: São Paulo, 2008.
- 8 Foucault M. *Segurança, Território, População*. Martins Fontes: São Paulo, 2008.
- 9 Foucault M. *Em defesa da sociedade*. Martins Fontes: São Paulo, 1999<https://books.google.com.br/books?id=PxiWPgAACAAJ>.
- 10 Foucault M. *História da sexualidade, 1: a vontade de saber*. Graal, 2006<https://books.google.com.br/books?id=OFuhPAAACAAJ>.
- 11 Caplan A. Denying autonomy in order to create it: The paradox of forcing treatment upon addicts. *Addiction* 2008; **103**: 1919–1921.
- 12 Caplan AL. Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. *J Subst Abuse Treat* 2006; **31**: 117–120.
- 13 Bittencourt ALP, Garcia LF, Goldim JR. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. *Rev Bioética* 2015; **23**: 311–319.
- 14 Sisti DA, Caplan AL, Rimon-Greenspan H (eds.). *Applied Ethics in Mental Health Care*. The MIT Press: Cambridge, Massachusetts, 2013 doi:10.1017/CBO9781107415324.004.

- 15 Szasz TS. Bad habits are not diseases. A refutation of the claim that alcoholism is a disease. *Lancet* 1972; **2**: 83–84.
- 16 Szasz TS. *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Harper & Row: New York, 1974.
- 17 Snoek A, Fry C. Lessons in Biopolitics and Agency: Agamben on Addiction. *New Bioeth* 2015; **21**: 128–141.
- 18 Goldim JR. [Complex bioethics: a comprehensive approach to decision making process]. *Rev AMRIGS* 2009; **53**: 58–63.
- 19 Aristoteles. *A Política*. Martins Fontes: São Paulo, 1998<https://books.google.com.br/books?id=9uhdvgAACAAJ>.
- 20 Paviani J. Notas sobre o conceito de virtude em platão. *Veritas* 2012; **57**: 86–98.
- 21 Platão. *Diálogos: Protágoras, Górgias, Fedão*. Editora da UFPA: Belém, 2002.
- 22 Aristoteles. *Ética à Nicômaco*. Atlas: Rio de Janeiro, 2009.
- 23 Comte-Sponville A. *Pequeno tratado das grandes virtudes*. Martins Fontes, 2009<https://books.google.com/books?id=0hRxcgAACAAJ&pgis=1> (accessed 27 Mar2015).
- 24 Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. *Kennedy Inst Ethics J* 1995; **5**: 253–277.
- 25 Pellegrino ED. Character, virtue and self-interest in the ethics of the professions. *J Contemp Health Law Policy* 1989; **5**: 53–73.
- 26 Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*. Oxford University Press, 1993<https://books.google.com.br/books?id=sIEFvqjwZNMCM>.
- 27 Abelard P. *Ethical Writings: Ethics and Dialogue Between a Philosopher, a Jew, and a Christian*. Hackett Publishing, 1995<https://books.google.com/books?id=nVZ0AgAAQBAJ&pgis=1> (accessed 27 Mar2015).
- 28 Bentham J. *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Hafner: New York, 1948.

- 29 Mill JS. *On Liberty*. Collier: Boston, 1909.
- 30 Singer P. *Ética prática*. Martins Fontes: São Paulo, 1993.
- 31 Singer P. *Animal Liberation: The Definitive Classic of the Animal Movement*. 2nd ed. Harper Perennial Modern Classics: New York, 2009.
- 32 Savulescu J. In defence of Procreative Beneficence. *J Med Ethics* 2007; **33**: 284–288.
- 33 Savulescu J, Birks D. Bioethics: Utilitarianism. In: *eLS*. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester, UK, 2012 doi:10.1002/9780470015902.a0005891.pub2.
- 34 Weber M. *Ciência E Política: Duas Vocações*. Editora Cultrix, 2004 <https://books.google.com/books?id=Uvm6zVyYCYsC&pgis=1> (accessed 27 Mar2015).
- 35 Jonas H. *The Imperative of Responsibility: In Search of an Ethics for the Technological Age*. University of Chicago Press, 1985 <https://books.google.com/books?id=sRP3uJkxydQC&pgis=1> (accessed 27 Mar2015).
- 36 Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. Oxford University Press: New York, 2013.
- 37 Bobbio N. *Era dos Direitos*. Elsevier/Campus, 2004 <https://books.google.com.br/books?id=sllwViT8vJ8C>.
- 38 Hobsbawm EJ. *Ecos da Marsehesa*. Cia das Letras: São Paulo, 1996 <https://books.google.com.br/books?id=3cNaQwAACAAJ>.
- 39 Comparato FK. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 7th ed. Editora Saraiva: São Paulo, 2008 <https://books.google.com/books?id=TzPqOgAACAAJ&pgis=1>.
- 40 Post SG (ed.). *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd ed. Thomson Gale: New York, 2004 doi:10.1002/1521-3773(20010316)40:6<9823::AID-ANIE9823>3.3.CO;2-C.
- 41 UNESCO. *Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights: Twenty-Nine Records of the General Conference 41–46*. UNESCO: Paris, 1997 doi:10.1076/jmep.23.3.334.2578.
- 42 United Nations Development Programme. *Human Development Report 2000*:

- Human Rights and Human Development*. Oxford University Press: New York, 2000.
- 43 United Nations. *World Conference on Human Rights. The Vienna Declaration and Programme of Action, UN Doc. A/ CONF.157/24, 25*. United Nations: New York, 1993 doi:10.1017/S002086040008061X.
- 44 Bandman EL, Bandman B. *Bioethics and human rights: a reader for health professionals*. Little, Brown, 1978 <https://books.google.com/books?id=ljhrAAAAMAAJ&pgis=1> (accessed 27 Mar2015).
- 45 Annas GJ. Bioethics and Human Rights. *Hastings Cent Rep* 2003.
- 46 Barbosa AS. *Internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas no Brasil: relações entre Poder, Direito e Verdade*. 2015. <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/3799>.
- 47 Vânia Sampaio Alves IMSOL. ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL: CONVERGÊNCIA ENTRE A SAÚDE PÚBLICA E OS DIREITOS HUMANOS. *RDisan* 2013; **13**: 9–32.
- 48 Carvalho SDE. Política de guerra às drogas na América Latina entre o direito penal do inimigo e o estado de exceção permanente. *Crítica Jurídica* 2006; **1**: 253–267.
- 49 Iacobucci G. ‘War on drugs’ has harmed public health and human rights, finds new analysis. *BMJ* 2016; : i1742.
- 50 Kerr J, Jackson T. Stigma, sexual risks, and the war on drugs: Examining drug policy and HIV/AIDS Inequities among African Americans using the Drug War HIV/AIDS Inequities Model. *Int J Drug Policy* 2016; **37**: 31–41.
- 51 DE CARVALHO S. *A POLITICA CRIMINAL DE DROGAS NO BRASIL: ESTUDO CRIMINOLOGICO E DOGMATICO DA LEI 11.343/06*. SARAIVA EDITORA, 2014 <https://books.google.com.br/books?id=4rwXvgAACAAJ>.
- 52 Lévinas E. *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. Vozes, 1997 <https://books.google.com/books?id=GR1NAQAACAAJ&pgis=1> (accessed 27 Mar2015).

- 53 Honneth A. Grounding recognition: A rejoinder to critical questions. *Inq Interdiscip J Philos* 2002; **45**: 499–519.
- 54 Honneth A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. Ed. 34: São Paulo, 2003.
- 55 Goldim JR. Bioethics after Levinas. In: *eLS*. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester, UK, 2016, pp 1–4.
- 56 Foucault M. *Vigiar e Punir*. Edições 70: Lisboa, 2014<https://books.google.com.br/books?id=8aN4AgAAQBAJ>.
- 57 Agamben G. *Estado de exceção*. Boitempo: São Paulo, 2004.
- 58 Agamben G. *A linguagem e a morte: um seminário sobre o lugar da negatividade*. Editora da UFMG: Belo Horizonte, 2006.
- 59 Rush A. A teoria pós-moderna do Império (Hardt & Negri) e seus críticos. In: *Filosofia Política Contemporânea: Controvérsias sobre Civilização, Império e Cidadania*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO: Buenos Aires, 2006<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/filopolconbr/Rush.pdf>.
- 60 Martínez Posada JE, Guarín Salazar YA. Aproximación a Una Cartografía Conceptual De La Biopolítica. *Rev Latinoam Bioética* 2014; **14**: 100–117.
- 61 Roque Junges J. O nascimento da bioética e a constituição do biopoder. *Acta Bioeth* 2011; **17**: 171–178.
- 62 Rabinow P, Rose N. Biopower Today. *Biosocieties* 2006; **1**: 195–217.
- 63 Lemm V. NIETZSCHE Y LA BIOPOLÍTICA: CUATRO LECTURAS DE NIETZSCHE COMO PENSADOR BIOPOLÍTICO. *Ideas y Valores* 2015; **64**: 223–248.
- 64 Esposito R. Biopolítica y Filosofía: (Entrevistado por Vanessa Lemm y Miguel Vatter). *Rev Cienc política* 2009; **29**: 133–141.
- 65 Nalli MAG. Communitas/Immunitas: a releitura de Roberto Esposito da biopolítica. *Aurora* 2013; **25**: 79–105.
- 66 Nalli MAG. A abordagem imunitária de Roberto Esposito: biopolítica e medicalização. *Rev Int Interdiscip INTERthesis* 2012; **9**: 39–50.

- 67 Foucault M. *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. Routledge, 2001 <https://books.google.com.br/books?id=G5PRR9-8BcC>.
- 68 Foucault M. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. Martins Fontes: São Paulo, 2001 <https://books.google.com.br/books?id=y4BtPgAACAAJ>.
- 69 Goffman E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Perspectiva, 1999 <https://books.google.com.br/books?id=poBAPwAACAAJ>.
- 70 Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Zahar: Rio de Janeiro, 1982.
- 71 Biden JR. Recognizing Addiction as a Disease Act of 2007. S.1011 - 110th Congress (2007-2008), 2007.
- 72 Szasz TS. What counts as disease? *CMAJ* 1986; **135**: 859–860.
- 73 Szasz TS. The ethics of addiction. *Int J Psychiatry* 1972; **10**: 541–546.
- 74 Szasz TS. Civil liberties and mental illness: some observations on the case of Miss Edith L. Hough. *J Nerv Ment Dis* 1960; **131**: 58–63.
- 75 Szasz TS. Voluntary mental hospitalization. An unacknowledged practice of medical fraud. *N Engl J Med* 1972; **287**: 277–278.
- 76 Lewis M. *THE BIOLOGY OF DESIRE: Why Addiction Is Not a Disease*. 2015.
- 77 Lewis M. *Memoirs of an Addicted Brain: A Neuroscientist Examines his Former Life on Drugs*. 2012; : 336.
- 78 Marc Lewis. Why it's high time that attitudes to addiction changed | Aeon Essays. aeon. 2016. https://aeon.co/essays/why-its-high-time-that-attitudes-to-addiction-changed?utm_term=0_411a82e59d-cc05178cc4-68761957&utm_content=buffer67189&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer (accessed 27 Dec 2016).
- 79 Hart CL. Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice. *Nat Hum Behav* 2017; **1**: 55.
- 80 Hart C. *High Price: A Neuroscientist's Journey of Self-Discovery That Challenges Everything You Know About Drugs and Society*. HarperCollins,

- 2013<https://books.google.com.br/books?id=r8HKMgEACAAJ>.
- 81 Buchman DZ, Illes J, Reiner PB. The paradox of addiction neuroscience. *Neuroethics* 2011; **4**: 65–77.
- 82 Draus PJ, Roddy JK, Greenwald M. A hell of a life: addiction and marginality in post-industrial Detroit. *Soc Cult Geogr* 2010; **11**: 663–680.
- 83 Collins J. Rethinking ‘flexibilities’ in the international drug control system—Potential, precedents and models for reforms. *Int J Drug Policy* 2017; : 8–15.
- 84 Cousins S. Five thousand dead and counting: the Philippines’ bloody war on drugs. *BMJ* 2016; : i6177.
- 85 McCall C. Philippines president continues his brutal war on drugs. *Lancet* 2017; **389**: 21–22.
- 86 McCall C. Philippines president continues his brutal war on drugs. *Lancet* 2017; **389**: 21–22.
- 87 Brasil, Ministério da Justiça. *Código Civil Brasileiro e Legislação Correlata*. 2nd ed. Senado Federal: Brasília, 2002.
- 88 BRASIL. *LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Senado Federal: Brasília, 2001.
- 89 Gonçalves AM, Sena RR De. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Lat Am Enfermagem* 2001; **9**: 48–55.
- 90 Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Cien Saude Colet* 2009; **14**: 297–305.
- 91 Basaglia F. Problems of law and psychiatry: the Italian experience. *Int J Law Psychiatry* 1980; **3**: 17–37.
- 92 Foot J. Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. *Crit Radic Soc Work* 2014; **2**: 235–249.
- 93 Tarabochia AS. *Psychiatry, Subjectivity, Community: Franco Basaglia and Biopolitics*.

Peter Lang: Berlin, 2013.

- 94 Szasz TS. American Association for the Abolition of Involuntary Mental Hospitalization. *Am J Psychiatry* 1971; **127**: 1698.
- 95 BISHOP J, JOTTERAND F. Bioethics as Biopolitics. *J Med Philos* 2006; **31**: 205–212.

REFERÊNCIAS DA INTRODUÇÃO

- 1 United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2016*. United Nations: New York, 2016 http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf.
- 2 Bastos FI, Bertoni N. *Pesquisa nacional sobre o uso de crack*. 2014 doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- 3 Leshner AI. Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science* (80-) 1997; **278**: 45–47.
- 4 Collins J. Rethinking ‘flexibilities’ in the international drug control system— Potential, precedents and models for reforms. *Int J Drug Policy* 2017; : 8–15.
- 5 McCall C. Philippines president continues his brutal war on drugs. *Lancet* 2017; **389**: 21–22.
- 6 Cousins S. Five thousand dead and counting: the Philippines’ bloody war on drugs. *BMJ* 2016; : i6177.
- 7 Agamben G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Editora da UFMG: Belo Horizonte, 2007.
- 8 Hardt M, Negri A. *Empire*. Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts, 2000.
- 9 Esposito R. *Bíos. Biopolitics and Philosophy*. University of Minnesota Press: Minneapolis, 2008.
- 10 Foucault M. *O Nascimento da Biopolítica*. Martins Fontes: São Paulo, 2008.
- 11 Foucault M. *Segurança, Território, População*. Martins Fontes: São Paulo, 2008.
- 12 Foucault M. *Em defesa da sociedade*. Martins Fontes: São Paulo, 1999.
- 13 Foucault M. *História da sexualidade, 1: a vontade de saber*. Graal, 2006.
- 14 Goldim JR. [Complex bioethics: a comprehensive approach to decision making process]. *Rev AMRIGS* 2009; **53**: 58–63.

3. MARCO CONCEITUAL

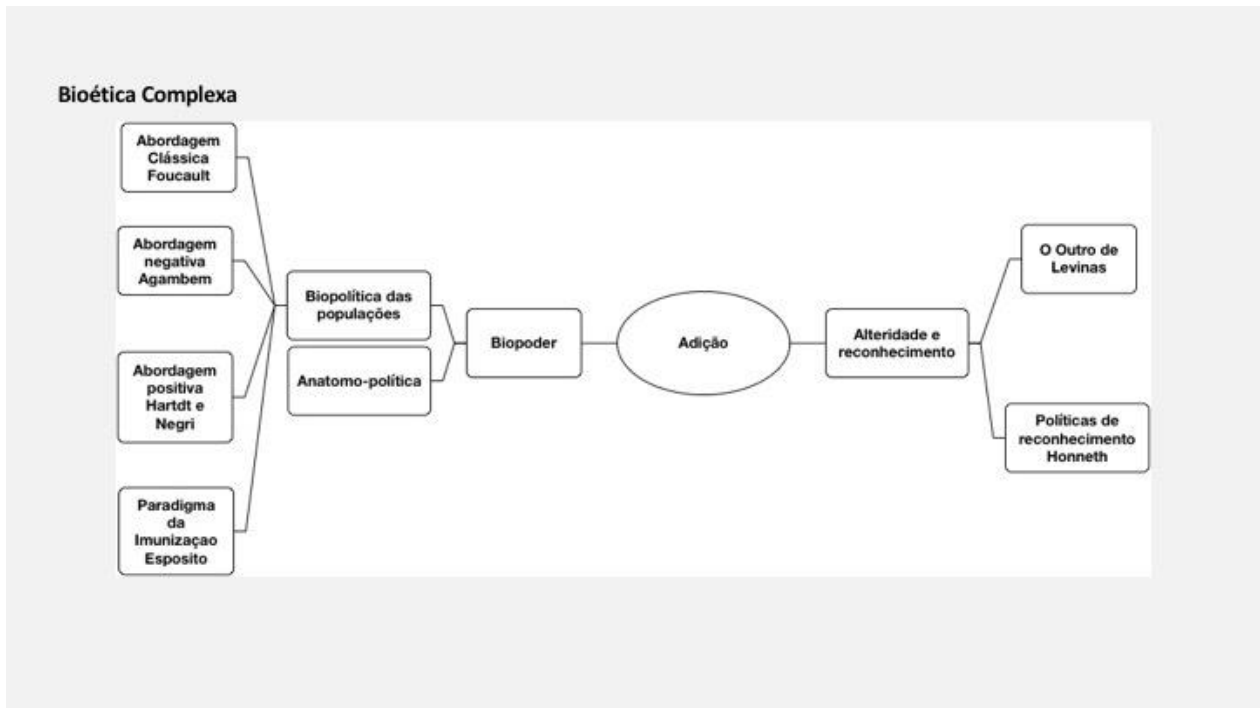


Figura 1: Mapa conceitual da tese
 Fonte: elaborado pelo autor.

4. JUSTIFICATIVA

A adição é um importante problema de saúde pública em diversos países do mundo. De caráter complexo, por envolver diferentes áreas do conhecimento, no campo da Bioética, sobretudo brasileira, o tema tem sido pouco abordado.

As abordagens recentes a respeito do tema focam prioritariamente aos aspectos éticos das internações involuntárias e compulsórias de pacientes psiquiátricos, de uma maneira geral.

Desta maneira, acredita-se que a abordagem da adição por meio do método da Bioética Complexa e do referencial teórico da Biopolítica, em suas diferentes vertentes, possa contribuir para a produção de evidências científicas a respeito das percepções e do entendimento público sobre este campo do conhecimento, assim como contribuir com a discussão acadêmica sobre as complexas relações envolvidas nos processos macro e microssociológico da dependência química enquanto fenômeno sociológico, ou seja, biopolítico.

5. OBJETIVOS

- Analisar a dependência química no Brasil, através da Bioética Complexa como estratégia metodológica e da biopolítica como referencial teórico

Objetivos Específicos

- Analisar as implicações éticas, sociais, culturais e bioéticas da adoção do modelo de transtornos mentais como doenças do cérebro no campo das Ciências do Comportamento
- Analisar a percepção de coerção em internação psiquiátrica voluntária em uma Unidade de Internação para tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas
- Analisar as percepções de pacientes em tratamento para a dependência, nas modalidades de internação e ambulatorial, a respeito do tratamento, causas da dependência química e recuperação da qualidade de vida
- Mapear a produção da Bioética na América Latina

6. ARTIGO ORIGINAL 1

TRANSTORNOS MENTAIS COMO DOENÇAS DO CÉREBRO: IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS, CULTURAIS E SOCIAIS

Artigo a ser submetido a Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos

L. F. Garcia

Sociólogo e Etnógrafo. Doutorando em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS.

A. L. P. Bittencourt

Psicóloga do Instituto Federal do Rio Grande do Sul, IFSUL

C. S. Padoan

Psicóloga. Doutorando em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, UFRGS.

S. Gibbon

Antropóloga. Professora do Departamento de Antropologia, University College of London

J. R. Goldim

Biólogo. Professor do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS. Chefe do Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Endereço de correspondência:

Lucas França Garcia

E-mail: lgarcia@hcpa.edu.br

Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência, Centro de Pesquisa Experimental,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – LAB1221

CEP: 90035-003

Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo

Os transtornos mentais como doenças do cérebro vêm sendo apresentado como novo paradigma de interpretação e intervenção em saúde mental. Esta mudança de perspectiva tem avançado nos últimos anos em diferentes áreas das Ciências do Comportamento, levantando questionamentos a respeito dos aspectos sociais, culturais e éticos relacionados a este novo paradigma. Desta maneira, o objetivo de artigo é discutir o impacto social e cultural, assim como os aspectos éticos relacionados a implementação do modelo dos transtornos mentais como doenças do cérebro.

Abstract

Mental disorders as a brain diseases (MDBD) has been presented as a novel interpretative and intervention paradigm in the Mental Health field. This change of perspective has arisen along the last years in different areas of the Behavioral Sciences, arising questions about the social, cultural and ethical issues related to this change. The aim of this paper was to analyze the social, cultural impact, as well the ethical issues, related to the MDBD.

TRANSTORNOS MENTAIS COMO DOENÇAS DO CÉREBRO: IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS, CULTURAIS E SOCIAIS

O entendimento público sobre a ciência é um tema de extrema importância social devido às diferentes questões envolvidas na interface entre ciência e público em geral (DURANT; EVANS; THOMAS, 1989; THE ROYAL SOCIETY, 1985). As Ciências do Comportamento, especialmente a Psiquiatria, são um campo do conhecimento que nos últimos anos vem passando por uma nova transformação em termos de paradigmas de entendimento científico sobre o seu objeto de pesquisa e de intervenção (BEDRICK, 2014; INSEL, 2013; INSEL; WANG, 2010; JEFFERSON, 2014; LESHNER, 1997; LONGO et al., 2016). Neste sentido, a aplicação analítica do conceito de biossocialidade, proposto por Rabinow e Rose, adquire importância neste contexto, na medida em que este é proposto para analisar as implicações do entendimento de diferentes ciências, como a Genética, as Neurociências e as Ciências do *Self*. A biossocialidade pode ser definida como sendo a produção de novas subjetividades e identidades no contexto da contemporaneidade (RABINOW, 2010; ROSE, 1996, 2007).

A percepção sobre os transtornos mentais sempre foi questão de grandes controvérsias na história da humanidade. Antes vistas como doenças da alma, do espírito ou como comportamento desviante ou vicioso, na modernidade, a loucura passa a ser vista como transtorno ou doença mental (EGHIGIAN; HORNSTEIN, 2009; FOUCAULT, 2001). O enfoque e entendimento científico e público sobre os problemas mentais começa a deslocar-se nas décadas de 1950 e 1960 da “doença mental” para a “saúde mental” em razão de diferentes motivos (EGHIGIAN; HORNSTEIN, 2009), entre eles a discussão que posteriormente dará origem aos movimentos de reforma psiquiátrica que iniciam-se em diferentes países do mundo (KEYES, 2005).

Hoje, este campo do conhecimento passa novamente por uma transformação em termos de paradigma dos transtornos mentais, que passam a ser entendidos como “doenças do cérebro”, como um novo modelo de interpretação e intervenção (INSEL et al., 2010; INSEL, 2005, 2013; INSEL; WANG, 2010; LESHNER, 1997; LONGO et al., 2016). Neste sentido, é importante ressaltar as alterações ocorridas no *Diagnostic and Statistical Manual*

of Mental Disorders (DSM-V), em que diversos comportamentos antes tidos como “naturais” ou “normais” passaram a ser considerados patológicos. Estas alterações ressaltam o caráter dinâmico e aberto dos diagnósticos dos transtornos mentais em uma Ciência que está em processo de transformação e afirmação de um paradigma. Outro fato recente é a iniciativa da American Psychiatric Association (APA) de transformar o DSM este em um “documento vivo”, na medida em que ficará disponível continuamente para a comunidade científica reivindicar novas “adequações diagnósticas”, a qualquer momento, desde que baseadas em evidências científicas sólidas (MORAN, 2017). Desta maneira, podemos dizer que as Ciências do Comportamento, enquanto área do conhecimento científico, passam por um terceiro estágio do seu desenvolvimento, sendo o primeiro o estágio da “doença mental”, o segundo o da “saúde mental e dos transtornos mentais” e o terceiro que considera os transtornos mentais como “doenças do cérebro”.

O objetivo deste artigo é, portanto, analisar as questões éticas, sociais, culturais relacionadas ao paradigma dos transtornos mentais como “doenças do cérebro” e o impacto desta no entendimento público sobre as Ciências do Comportamento, em especial a Psiquiatria e a Saúde Mental.

Em entrevista à revista Nature, o diretor do National Institute of Mental Health (NIMH) dos EUA, Joshua Gordon, declarou que seu objetivo frente à administração do NIMH é aprimorar o uso de modelos matemáticos e estatísticos para “comprovar” o paradigma de que os transtornos mentais são transtornos ou “doenças do cérebro” (ABBOTT, 2016). A busca pelas bases biológicas dos transtornos mentais não é novidade na história da Psiquiatria e havia sido anunciada anteriormente por seu antecessor no NIMH, Insel e colaboradores (INSEL et al., 2010; INSEL, 2005, 2013; INSEL; WANG, 2010), assim como pelo National Institute of Health (NIH) (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2007) e pelo National Institute on Drug Abuse (NIDA) (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2010).

Abrindo a era do “cérebro” na história contemporânea é importante destacar o documento “Presidential Proclamation 6158: Decade of the Brain”, da administração de George W. Bush, que define os anos 1990 como a “década do cérebro” (GEORGE W. BUSH, 1990), iniciando uma era de grande investimento em pesquisa básica e aplicada em

neurociências, com diferentes objetivos. Esta lei teve, e tem ainda hoje, importantes reflexos no campo das Ciências do Comportamento e na compreensão social e cultural destas ciências devido às múltiplas aplicações imbrincadas na transposição dos resultados gerados por estes novos conhecimentos. Podemos dizer, ainda, que esta iniciativa está por trás da tentativa de buscar os fatores biológicos dos transtornos mentais como resultado indireto, na medida em que se iniciam na década de 1990 pesquisas buscando as origens neurobiológicas de diferentes doenças, além de pesquisas aplicadas desenvolvidas a questões de segurança nacional.

A *BrainResearchthroughAdvancingInnovativeNeurotechnologies®* (BRAIN Initiative), iniciativa promovida pela administração Barack Obama, redefine e reafirma a década de 2010 como sendo a décadas das neurociências, assim como reafirma o compromisso com as pesquisas do cérebro e mantém forte investimento em neste campo, consolidando esta área como política científica de Estado (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2015). Estas duas iniciativas do governo norte-americano são importantes não apenas por estarem buscando soluções inovadoras para problemas médicos relevantes como as doenças de Alzheimer e de Parkinson, entre outras “doenças do cérebro” (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH, 2015), mas sobretudo por estarem promovendo uma série de mudanças na maneira como profissionais de saúde e público em geral percebem e compreendem as neurociências e as Ciências do Comportamento e o impacto social desta mudança.

Neste sentido, dois fatores sociais são importantes de serem analisados na esteira das mudanças com relação às percepções e enfrentamentos a respeito das bases biológicas dos transtornos mentais: de um lado temos a histórica disputa epistemológica para a definição de um campo de saber próprio da psiquiatria em termos biológicos (FOUCAULT, 2001; SISTI; CAPLAN; RIMON-GREENSPAN, 2013; SZASZ, 1974), e por isso a busca de um órgão e seus mecanismos biológicos como sendo a origem dos transtornos mentais (INSEL et al., 2010; INSEL, 2005, 2013; INSEL; WANG, 2010; VOLKOW; KOOB, 2015); e de outro, uma nova configuração das percepções e entendimentos dos pacientes e do público em geral a respeito das doenças e transtornos mentais. Esta nova configuração acaba por sua vez a influenciar na relação destes com os profissionais de saúde e com o próprio

sistema de saúde, uma vez que estas novas concepções de saúde e doença conformam os entendimentos públicos a respeito das ciências do comportamento.

A adição, dada como problema de saúde pública em diversos países do mundo devido as suas consequências sociais do uso problemático de substâncias psicoativas, é um dos campos que está sendo diretamente impactado com esse novo paradigma dos transtornos mentais como doenças do cérebro. Assim como a própria história dos transtornos mentais, a história da adição e dos comportamentos aditivos sempre foi envolta numa série de polêmicas, controvérsias e disputas (HALL; CARTER; FORLINI, 2015; LEWIS, 2012, 2015; VOLKOW; KOOB, 2015). É de certa maneira na esteira destes esforços promovidos por diferentes administrações, instituições e atores sociais, que Leshner no final da década de 1990 publica artigo afirmando que a adição é uma “doença do cérebro” e porque isto tem importância (LESHNER, 1997). O autor enfatiza a relevância deste entendimento em termos de pesquisa e assistência às pessoas com transtorno por uso de substâncias (LESHNER, 1997). Tal concepção é incorporada mais tarde pelo National Institute on Drug Abuse (NIDA), no início dos anos 2000 (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2010), e reafirmado posteriormente por proposta de Lei do então senador Joe Biden em 2007, definindo legalmente que a adição é uma doença do cérebro, e, portanto, a abordagem destas questões deveria ser questão de saúde pública e não mais questão de segurança pública (BIDEN, 2007). É importante ressaltar que o entendimento da adição como “doença do cérebro” não é consenso na comunidade científica, havendo diversos autores que contestam as bases científicas e epistemológicas deste paradigma de interpretação (CARTER; HALL, 2012; HALL; CARTER; FORLINI, 2015; LEWIS, 2015; VOLKOW; KOOB, 2015).

Acompanhando esta linha de pensamento, que emerge no final dos anos 1990 e início dos anos 2000 (LESHNER, 1997; LONGO et al., 2016; VOLKOW; KOOB, 2015), Botticelli e Koh (BOTTICELLI; KOH, 2016), assessores da Casa Branca para assuntos relacionados a álcool e drogas, propõem uma “reforma” na linguagem a respeito do tratamento e abordagem da adição. A finalidade desta mudança é diminuir o estigma associado à adição. O entendimento do grupo de trabalho é de que as pessoas que sofrem do transtorno por uso de substâncias não estão a buscar tratamento no sistema de saúde

devido às barreiras impostas pela maneira como o problema é percebido, tanto publicamente como pelo próprio sistema de saúde. Na mesma linha de raciocínio, relatório publicado pelo US Department of Health & Human Services aponta que muitas mortes ocorridas nos EUA por uso de substâncias psicoativas poderiam ser evitadas caso o sistema de saúde fosse mais acolhedor e menos estigmatizante com as pessoas que sofrem deste transtorno (US DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2016).

Entre as mudanças sugeridas na linguagem e abordagem destes problemas está (a) encarar os transtornos mentais como “doenças do cérebro”; portanto (b) profissionais devem evitar usar termos estigmatizantes, ou seja, produtores de mais exclusão social, tais como abuso ou abusador de álcool e outras drogas, isto é, afastar os discursos vinculados a uma possível explicação ou julgamento moral da adição e de pessoas que sofrem deste problema e que os afaste de procurar tratamento; e (c) usar o termo transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas em substituição à abuso de drogas, como ainda é ainda comumente chamado em diferentes setores do sistema de saúde, sobretudo os que não tem contato direto com este problema (BOTTICELLI; KOH, 2016; US DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES, 2016).

Esta proposta de alteração na comunicação e na linguagem com relação ao enfrentamento dos problemas de saúde pública associados aos transtornos mentais de uma maneira geral a partir do paradigma dos transtornos mentais como “doenças do cérebro” mostram o quão controverso o tema permanece em nossa sociedade. Além disto, mostra como esta alteração trará à tona importantes questões culturais, sociais e bioéticas, como podemos observar nos movimentos que começam a questionar o modelo de cuidado psiquiátrico a partir dos anos 1950, e que se consolidam nas décadas de 1970 nos EUA, Itália e França (FOOT, 2014; TARABOCHIA, 2013) e de 1990 (GONÇALVES; SENA, 2001; HIRDES, 2009) no Brasil com a mudança de perspectiva sobre o cuidado em saúde mental.

Uma primeira questão social e cultural importante a ser abordada diz respeito a maneira como pacientes e familiares passarão a formular novas compreensões sobre as doenças e transtornos mentais como “doenças do cérebro” por meio das novas formações discursivas derivadas da adoção deste modelo. Em outras palavras, quais serão os novos

entendimentos públicos e/ou coletivos da saúde mental a partir do momento em que estas mudanças comecem a serem incorporadas nas diferentes esferas da vida social. Neste sentido, as implicações em termos de biossocialidade, ou seja, em termos de produção de novas subjetividades e identidades relacionadas a estas novas percepções, adquirem relevância, na medida em que trarão novos entendimentos, identidades, subjetividades, que terão, por sua vez, impacto na organização do sistema de saúde, assim como na própria organização de pacientes e familiares.

Esta mudança por sua vez trará consequências importantes para a organização dos serviços de saúde e do próprio sistema de saúde e para políticas públicas específicas na área de saúde mental. Por exemplo, na medida em que profissionais, pacientes, familiares e sociedade incorporarem em seus imaginários simbólicos os transtornos mentais como “doença do cérebro” novas formas de organização de pacientes poderão emergir, buscando direitos que até então não eram reivindicados. Além disso, poderão emergir grupos organizados da sociedade civil para arrecadação de fundos para pesquisas de novos fármacos e novas terapêuticas para o tratamento da doença e de outros transtornos mentais, (re)organizando setores da sociedade civil que até então não possuíam força para reivindicar direitos específicos em razão da sua condição de saúde. Experiências semelhantes a esta hipótese podem ser observadas no campo da genética, do HIV e do diabetes mellitus que demonstraram como novas descobertas no campo da saúde e mudanças nas formações discursivas a respeito do processo saúde-doença provocaram transformações sociais e culturais importantes a ponto de novas identidades e subjetividades serem produzidas (BIEHL, 2006, 2008; BUNKENBORG, 2016; DO VALLE; GIBBON, 2015; GUELL, 2011; PATTERSON, 2016; WEHLING, 2011).

Não menos importante será o impacto que esta nova configuração poderá gerar no sistema de assistência social em diversos países do mundo, na medida em que novas formas de (re)afirmação do “problema de saúde” serão desenvolvidas e produzidas social e culturalmente para demonstrar o caráter biológico da “doença mental”. Experiências anteriores, embora não diretamente relacionadas com a Psiquiatria e as Ciências do Comportamento, permitem observar a ocorrência de tal processo, como os estudos desenvolvidos por Petryna com sobreviventes do desastre de Chernobyl na Ucrânia, que

reafirmam periodicamente sua condição de vítimas do desastre junto a burocracia estatal ucraniana para terem acesso a benefícios e direitos sociais garantidos em razão da sua condição de vítimas do desastre nuclear(PETRYNA, 2004, 2013). Outra experiência semelhante a de Petryna pode ser observada a partir dos trabalhos de Fassin, que analisa como imigrantes na França expõe sua condição de “doentes” através de diversos mecanismos burocráticos estatais para terem acesso ao direito a extensão do visto de permanência na França e auxílio financeiro para tratar de seu problema de saúde(FASSIN, 2003, 2012; FASSIN; RECHTMAN, 2009; LECLERC et al., 2000).Tais experiências podem nos ajudar a compreender como novas percepções e entendimentos a respeito do processo saúde-doença e do próprio corpo são produzidas e produzem alterações nas dinâmicas sociais que levantam discussões importantes a respeito do entendimento público da ciência e das implicações destas para o sistema de saúde.

No campo da Bioética, podemos apontar algumas questões que podem emergir a partir destas novas configurações discursivas relacionadas ao paradigma dos transtornos mentais como “doenças do cérebro”. Temas como autonomia e capacidade para tomada de decisão, coerção e vulnerabilidade continuarão a ser as principais questões relacionadas à saúde mental, entretanto, poderão ser introduzidas novas variáveis, ou argumentos, na discussão em decorrência da adoção do modelo de interpretação proposto a partir das neurociências.

A autonomia tem sido, nos últimos quarenta anos, um dos principais temas de discussão da Bioética e é um valor central na ética contemporânea(BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013). Surge em um momento histórico em que reivindica-se o direito de poder decidir sobre as opções terapêuticas em contraposição ao paternalismo médico, até então prática dominante na relação médico-paciente(BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013; FADEN; BEAUCHAMP, 1986).

Caplan e cols.(SISTI; CAPLAN; RIMON-GREENSPAN, 2013) definem a autonomia como sendo composta por dois componentes: (a) competência para tomada de decisões; e (b) ausência de fator interno ou externo que possa influenciar a tomada de decisão, ou seja, ausência de elementos coercitivos em tal processo. Para Caplan(CAPLAN, 2008, 2006), embora as pessoas que sofram de transtornos mentais sejam competentes para

tomada de decisão isto não garante que elas estejam tomando decisões de forma autônoma, pois a competência é apenas um dos componentes para o exercício da autodeterminação.

Definindo as doenças mentais como “doenças do cérebro”, algumas delas crônicas, como a adição, esquizofrenia, entre outras, a pergunta é: como avaliar a capacidade para tomada de decisão de pacientes com este problema? Usaremos os mesmos parâmetros que outras “doenças do cérebro”, como demência, Alzheimer, Parkinson, por exemplo, como parâmetro de comparação? Porém estes parâmetros seriam os realmente adequados em razão do caráter comportamental e até mesmo de hábito de alguns transtornos mentais?

Outra questão importante que emerge a partir da adoção deste novo paradigma é como a coerção será avaliada? A coerção pode ser definida como todo elemento interno, ou seja orgânico, ou externo, ou seja social, econômico, entre outros, que influenciam o processo de tomada de decisão. É importante, especialmente quando falamos em tratamentos em saúde mental, ressaltar que existe uma diferença importante entre pressão social e coerção. Enquanto coerção é um elemento que coage o indivíduo, portanto apresentando um elemento de violência simbólica, que constrange o sujeito a tomar uma decisão, a pressão social é apresentada como influência que determinadas instituições e agentes sociais podem exercer no processo de tomada de decisão, nem sempre se configurando como coerção (LIDZ et al., 1995, 1998). Desta maneira, a coerção passará a ser definida a partir de parâmetros orgânicos? Os parâmetros atuais de capacidade de compreensão e argumentação serão mantidos como parte importante da avaliação da capacidade de decisão, ou a “anormalidade” do funcionamento cerebral, determinará a (in)capacidade de tomada de decisão? A coerção, que antes era baseada em um hábito ou comportamento que coloca o indivíduo em risco, passa agora a ser uma consequência de alterações na química do cérebro? Portanto, estas são algumas questões relacionadas a (in)capacidade para tomada de decisão que poderão emergir a partir da adoção do modelo dos transtornos mentais como doenças do cérebro.

Ainda com relação a discussão sobre autonomia a capacidade de tomada de decisão no campo dos transtornos mentais um tema que provavelmente voltará a ser discutido é o das diretivas antecipadas de vontade (DAVs) em saúde mental, tema ainda não abordado no contexto brasileiro. A partir da implementação do Patient Self-Determination Act em 1990,

a discussão sobre a implementação das DAVs teve um aumento exponencial em termos de discussões públicas e de pesquisa nos EUA (EMANUELSON, 1991). Esta discussão, inclusive, se expandiu sobre a possibilidade de implementação das DAVs no campo da saúde mental (HOGE, 1994). Diversos estudos apontam as dificuldades e limitações da implementação das DAVs em saúde mental, sobretudo questões relacionadas às barreiras impostas pelas instituições de saúde que tradicionalmente tratam os pacientes 'psiquiátricos' como incapazes *a priori* (APPELBAUM, 1991, 2004; BERG et al., 2001; SREBNIK; APPELBAUM; RUSSO, 2004). A própria capacidade para tomar decisões é questionada devido à natureza complexa e multifatorial dos transtornos mentais. Outro ponto relevante a ser levantado com relação às DAVs em saúde mental são as questões relacionadas à inclusão dos transtornos mentais no escopo das doenças crônicas fora de possibilidades terapêuticas de cura, como na Holanda, por exemplo, pois desta maneira abre-se a possibilidade de utilizar-se do dispositivo da eutanásia ou do suicídio medicamente assistido no campo da saúde mental, assunto extremamente delicado. Recentemente, caso publicado pela BBC da Holanda ("My alcoholic brother chose euthanasia", 2016), relata a eutanásia de um paciente com transtorno por uso de substâncias que solicitou o suicídio medicamente assistido em decorrência de sua doença.

Não menos importante, a vulnerabilidade poderá também adquirir novos contornos na discussão a partir da adoção deste novo modelo de compreensão dos transtornos mentais. A vulnerabilidade é uma condição própria de existência humana, podendo adquirir diferentes significados e aspectos, como por exemplo, vulnerabilidade individual e/ou social, estática e/ou dinâmica, biológica e/ou social (MORENO, 2004; TEN HAVE, 2016). Além disto, é um conceito de caráter polissêmico, ou seja, possui diferentes significados, que pode assumir diferentes conotações, por vezes conflituosas, o que acabou por gerar um intenso debate a respeito das bases epistemológicas deste conceito (TEN HAVE, 2015, 2016). Surge na Bioética, nas discussões relacionadas a proteção dos sujeitos que participam de pesquisas científicas (MORENO, 2004).

Quando analisamos a saúde mental e os transtornos mentais, o conceito de vulnerabilidade adquire extrema importância, devido à complexidade própria do campo da saúde mental e as diferentes esferas da vida social que interagem com esta área. Sabe-se

que as “doenças do cérebro” no discurso ainda são reconhecidas como transtornos complexos e multifatoriais, entretanto, mudanças nas formações discursivas podem fazer emergir novos entendimentos e percepções a respeito do problema alterando, desta maneira, a forma como diferentes situações e diferentes vulnerabilidades serão incorporadas nas práticas assistenciais. Por exemplo, qual o papel da vulnerabilidade biológica em contraposição à social na discussão sobre as “doenças do cérebro”? Existiria uma suscetibilidade biológica preponderante às demais vulnerabilidades associadas aos transtornos mentais? Como estas serão abordadas em termos de propostas terapêuticas a partir destes novos entendimentos que estão emergindo(BEDRICK, 2014)?

Considerações Finais

Como podemos observar existe uma mudança em curso nas Ciências do Comportamento e da Psiquiatria. Este movimento procura reafirmar o status científico de tais campos de atuação, status que já tinha sido proposto por Freud em 1895 quando escreveu o “Projeto para uma Psicologia Científica”(FREUD, 1975) e que está na gênese da emergência do nascimento da Psiquiatria e Psicologia como campo do conhecimento . A incorporação do paradigma dos transtornos mentais como “doenças do cérebro” não é consenso na comunidade científica, porém terá impacto importante na relação profissional da saúde-paciente, além do impacto no próprio sistema de saúde, que terá de se readequar em termos de novos padrões discursivos, novas demandas por parte de pacientes e familiar e novas políticas públicas orientadas por este modelo.

Para a Bioética, os desafios serão importantes, na medida em que novos entendimentos sobre o processo saúde-doença emergirão a partir deste novo paradigma, produzindo novas identidades e subjetividades, que terão de ser integradas pelo sistema público de saúde. Além disso, poderão surgir novas configurações em termos de organização de pacientes e familiares, provocando discussões até aqui latentes sobre o tema e trazendo questões importantes como autonomia e capacidade para tomada de decisão, DAVs em saúde mental, vulnerabilidade, acesso à informação e ao sistema de saúde e questões relacionadas a exclusão social e injustiças(HART, 2017). Enfim, com o avanço das neurociências e das ciências do comportamento e sua conexão estreita com a Psiquiatria

e a Psicologia, e sobretudo com os diagnósticos psiquiátricos, os desafios bioéticos tendem a crescer, ampliando constantemente a sua complexidade e necessidade de novas produções de conhecimentos neste campo interdisciplinar.

Declaração de Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Declaração de Autoria:

LG: Concepção, escrita e revisão crítica do manuscrito

CSP: Concepção e revisão crítica do manuscrito

ALP: Revisão crítica do Manuscrito

SG: Concepção e revisão crítica do manuscrito

JRG: Concepção, escrita e revisão crítica do manuscrito

Referências

- ABBOTT, A. US mental-health chief: psychiatry must get serious about mathematics. **Nature**, v. 539, n. 7627, p. 18–19, 26 out. 2016.
- APPELBAUM, P. S. Advance directives for psychiatric treatment. **Hosp Community Psychiatry**, v. 42, n. 10, p. 983–984, 1991.
- APPELBAUM, P. S. Law & psychiatry: psychiatric advance directives and the treatment of committed patients. **Psychiatr Serv**, v. 55, n. 7, p. 751–752,763, 2004.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 7th. ed. New York: Oxford University Press, 2013.
- BEDRICK, J. D. Mental Illness And Brain Disease. **Folia Medica**, v. 56, n. 4, p. 305–308, 2014.
- BERG, J. W. et al. **Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice**. 2nd. ed. New York: Oxford University Press, 2001.
- BIDEN, J. R. Recognizing Addiction as a Disease Act of 2007. . 2007.
- BIEHL, J. Will to Live: AIDS Drugs and Local Economies of Salvation. **Public Culture**, v. 18, n. 3, p. 457–472, 2006.
- BIEHL, J. Drugs for all: the future of global AIDS treatment. **Medical anthropology**, v. 27, n. 2, p. 99–105, 2008.
- BOTTICELLI, M. P.; KOH, H. K. Changing the Language of Addiction. **JAMA**, v. 316, n. 13, p. 1361, 4 out. 2016.
- BUNKENBORG, M. The uneven seepage of science: Diabetes and biosociality in China. **Health & place**, v. 39, p. 212–8, maio 2016.
- CAPLAN, A. Denying autonomy in order to create it: The paradox of forcing treatment upon addicts. **Addiction**, v. 103, n. 12, p. 1919–1921, 2008.
- CAPLAN, A. L. Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 31, n. 2, p. 117–120, 2006.
- CARTER, A.; HALL, W. **Addiction Neuroethics: The Promise and Perils of Neuroscience Research on Addiction**. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.
- DO VALLE, C. G.; GIBBON, S. HEALTH/ILLNESS, BIOSOCIALITIES AND

- CULTURE. **Vibrant : virtual Brazilian anthropology**, v. 12, n. 1, p. 67–74, 30 jun. 2015.
- DURANT, J. R.; EVANS, G. A.; THOMAS, G. P. The public understanding of science. **Nature**, v. 340, n. 6228, p. 11–14, 6 jul. 1989.
- EGHIGIAN, G.; HORNSTEIN, G. **From Madness to Mental Health: Psychiatric Disorder and Its Treatment in Western Civilization**. [s.l.] Rutgers University Press, 2009.
- EMANUELSON, L. PSDA in the clinic. **Hastings Center Report**, v. 21, n. 5, p. s6–s6, 1991.
- FADEN, R. R.; BEAUCHAMP, T. L. **A History and Theory of Informed Consent**. New York: Oxford University Press, 1986.
- FASSIN, D. Governar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. **Cuadernos de antropología social**, p. 49–78, 2003.
- FASSIN, D. **A Moral History of the Present: A Moral History of the Present**. Berkeley: University of California Press, 2012.
- FASSIN, D.; RECHTMAN, R. **The Empire of Trauma: An Inquiry into the Condition of Victimhood**. Princeton: Princeton University Press, 2009.
- FOOT, J. Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. **Critical and Radical Social Work**, v. 2, n. 2, p. 235–249, 1 ago. 2014.
- FOUCAULT, M. **Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason**. [s.l.] Routledge, 2001.
- FREUD, S. **LIVRO 12: PROJETO PARA UMA PSICOLOGIA CIENTÍFICA**. Rio de Janeiro: IMAGO EDITORA LTDA, 1975.
- GEORGE W. BUSH. Presidential Proclamation 6158: Decade of the Brain. . 1990.
- GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. DE. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48–55, 2001.
- GUELL, C. Candi(e)d action: biosocialities of Turkish Berliners living with diabetes. **Medical anthropology quarterly**, v. 25, n. 3, p. 377–94, set. 2011.
- HALL, W.; CARTER, A.; FORLINI, C. The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? **The Lancet Psychiatry**, v.

2, n. 1, p. 105–110, jan. 2015.

HART, C. L. Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice. **Nature Human Behaviour**, v. 1, n. February, p. 55, 2017.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 297–305, 2009.

HOGUE, S. K. The patient self-determination act and psychiatric care. **Bull Am Acad Psychiatry Law**, v. 22, n. 4, p. 577–586, 1994.

INSEL, T. et al. Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders. **The American Journal of Psychiatry**, v. 167, n. 7, p. 748–751, 2010.

INSEL, T. R. Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline. **JAMA**, v. 294, n. 17, p. 2221, 2 nov. 2005.

INSEL, T. R. **Toward a new understanding of mental illness**. Ted Talk. **Anais...2013** Disponível em: <https://www.ted.com/talks/thomas_insel_toward_a_new_understanding_of_mental_illness>. Acesso em: 20 dez. 2016

INSEL, T. R.; WANG, P. S. Rethinking mental illness. **Jama**, v. 303, n. 19, p. 1970–1971, 2010.

JEFFERSON, A. Mental disorders, brain disorders and values. **Frontiers in Psychology**, v. 5, n. FEB, p. 5–7, 2014.

KEYES, C. L. M. Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 73, n. 3, p. 539–548, 2005.

LECLERC, A. et al. **Les inégalités sociales de santé**. Paris: La Découverte, 2000.

LESHNER, A. I. Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. **Science**, v. 278, n. 5335, p. 45–47, 3 out. 1997.

LEWIS, M. **Memoirs of an Addicted Brain: A Neuroscientist Examines his Former Life on Drugs**, 2012.

LEWIS, M. **THE BIOLOGY OF DESIRE: Why Addiction Is Not a Disease**. [s.l: s.n.].

LIDZ, C. W. et al. Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process.

Arch Gen Psychiatry, v. 52, n. 12, p. 1034–1039, 1995.

LIDZ, C. W. et al. Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 9, p. 1254–1260, 1998.

LONGO, D. L. et al. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 4, p. 363–371, 28 jan. 2016.

MORAN, M. Portal Now Open for Making DSM a “Living Document”. **Psychiatric News**, v. 52, n. 1, p. 1–1, 6 jan. 2017.

MORENO, J. D. The natural history of vulnerability. **American Journal of Bioethics**, v. 4, n. 3, p. 52–53, ago. 2004.

“**My alcoholic brother chose euthanasia**”. Disponível em: <<http://www.bbc.com/news/world-europe-38166185>>.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. **Multi-Council Working Group - Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies (BRAIN) - National Institutes of Health (NIH)** National Institutes of Health. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://braininitiative.nih.gov/about/mcwg.htm>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. **Biological Sciences Curriculum Study. NIH Curriculum Supplement Series [Internet]**. Bethesda (MD): National Institutes of Health (US), 2007.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. **the National Institute on Drug Abuse MEDIA GUIDE: how to find what you need to know about drug abuse and addiction**. Washington D.C.: U.S. Department of Health and Human Services [HHS], 2010.

PATTERSON, A. S. Engaging therapeutic citizenship and clientship: Untangling the reasons for therapeutic pacifism among people living with HIV in urban Zambia. **Global public health**, v. 11, n. 9, p. 1121–34, out. 2016.

PETRYNA, A. Biological citizenship: the science and politics of Chernobyl-exposed populations. **Osiris**, v. 19, p. 250–65, 2004.

PETRYNA, A. **Life Exposed**. Princeton: Princeton University Press, 2013.

RABINOW, P. Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality. In: **Anthropologies of Modernity**. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd, 2010. v. 23p. 179–

193.

ROSE, N. **Inventing our selves**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

ROSE, N. **The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century**. Princeton: Princeton University Press, 2007.

SISTI, D. A.; CAPLAN, A. L.; RIMON-GREENSPAN, H. (EDS.). **Applied Ethics in Mental Health Care**. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2013.

SREBNIK, D.; APPELBAUM, P. S.; RUSSO, J. Assessing competence to complete psychiatric advance directives with the competence assessment tool for psychiatric advance directives. **Compr Psychiatry**, v. 45, n. 4, p. 239–245, 2004.

SZASZ, T. S. **The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct**. New York: Harper & Row, 1974.

TARABOCHIA, A. S. **Psychiatry, Subjectivity, Community: Franco Basaglia and Biopolitics**. Berlin: Peter Lang, 2013.

TEN HAVE, H. Respect for Human Vulnerability: The Emergence of a New Principle in Bioethics. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 12, n. 3, p. 395–408, 2015.

TEN HAVE, H. **Vulnerability : challenging bioethics**. New York, NY: Routledge, 2016.

THE ROYAL SOCIETY. **The public understanding of science**. London: The Royal Society of London, 1985.

US DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. **Facing Addiction in America: the Surgeon General’s Report on Alcohol, Drugs, and Health**. Washington, DC: [s.n.].

VOLKOW, N. D.; KOOB, G. Brain disease model of addiction: why is it so controversial? **The Lancet Psychiatry**, v. 2, n. 8, p. 677–679, ago. 2015.

WEHLING, P. The “technoscientization” of medicine and its limits: technoscientific identities, biosocialities, and rare disease patient organizations. **Poiesis & praxis: international journal of ethics of science and technology assessment**, v. 8, n. 2–3, p. 67–82, dez. 2011.

7. ARTIGO ORIGINAL 2

PERCEPÇÃO DE COERÇÃO EM UMA UNIDADE ESPECIALIZADA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Artigo a ser submetido como comunicação breve ao Jornal Brasileiro de Psiquiatria

L. F. Garcia

Sociólogo e Etnógrafo. Doutorando em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS.

A. L. P. Bittencourt

Psicóloga. Doutora em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS. Psicóloga do Instituto Federal do Rio Grande do Sul, IFSul

S. Gibbon

Antropóloga. Professora do Departamento de Antropologia, University College of London

J. R. Goldim

Biólogo. Professor do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS. Chefe do Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Endereço de correspondência:

Lucas França Garcia

E-mail: lgarcia@hcpa.edu.br

Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência, Centro de Pesquisa Experimental,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – LAB1221

CEP: 90035-003

Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo:

O objetivo deste artigo é avaliar a coerção em pacientes de uma unidade de internação para tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas. Trata-se de estudo transversal, realizado em unidade de internação masculina especializada para tratamento de pessoas com transtorno por uso de substâncias psicoativas, especificamente crack, podendo estar associado a outras substâncias. A escala de coerção, com variação de zero a quatro pontos, apresentou uma média de 0,4 e um desvio padrão de 0,778. Observou-se, no presente estudo, uma baixa percepção de coerção nos pacientes admitidos voluntariamente para tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas. As internações psiquiátricas, mesmo sendo voluntárias, são associadas ao estigma de serem consideradas como sendo coercitivas. Os dados do presente estudo, corroborados por outros já publicados, demonstram que a maioria dos pacientes não identifica uma percepção de coerção associada a esta internação voluntária.

Introdução

Diversos estudos têm sido realizados para identificar os fatores coercitivos associados a admissão hospitalar (1,2), sobretudo nas modalidades de internação involuntária e compulsória (3). No Brasil, diferentes pesquisas têm apontado as inadequações da internação involuntária e compulsória, sobretudo em termos de violação de direitos humanos dos pacientes portadores de transtornos mentais (4). São escassas, entretanto, as pesquisas que estudam os fatores coercitivos associados a internações psiquiátricas voluntárias.

A coerção pode ser definida como “toda relação entre dois ou mais indivíduos, na qual intervém um elemento de autoridade ou prestígio” (5). Desta forma, em internações psiquiátricas podemos identificar estes elementos de autoridade ou de prestígio nas figuras de familiares, de amigos, dos sistemas judiciário e de segurança pública e dos próprios profissionais da saúde (6). A coerção só ocorre “na medida em que é sofrida [...], independentemente do grau de reciprocidade existente” (5). Por isso é tão importante avaliar a percepção de coerção.

A ausência de coerção, também denominada de voluntariedade, é considerada como sendo um dos pré-requisitos para a autonomia (7). A rigor, a autonomia é a capacidade para decidir, enquanto que a autodeterminação é a aplicação desta capacidade para a ação envolvida na tomada de decisão. A coerção, desta forma, pode reduzir a autodeterminação, mesmo em pessoas com a autonomia preservada (8)

A coerção está relacionada com o impedimento da realização de uma escolha (9) e a percepção de coerção pode variar de acordo com a pressão social do agente que pratica a ação coercitiva. A pressão social é caracterizada pelas ações externas que influenciam o processo de tomada de decisão, podendo ser informais, formais e legais (1,3,10).

As discussões sobre internações em saúde mental sempre foram acompanhadas de diferentes argumentos a favor e contra a sua utilização, fundamentalmente em função das pressões sociais associadas. Existem autores que defendem a ideia de que não existe internação voluntária na Psiquiatria, pois mesmo que a admissão seja voluntária, isso não

significa que o tratamento assim o seja (11). Nesta perspectiva, toda internação psiquiátrica seria involuntária (11).

Paradoxalmente, o tratamento psiquiátrico involuntário, em algumas situações, pode ser justificado pela possibilidade de (re)criar a autonomia desta pessoa, que estava prejudicada por elementos coercitivos que o impediam de tomar uma decisão autônoma (12).

O objetivo deste artigo é avaliar a coerção em pacientes de uma unidade de internação para tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas.

Materiais e métodos

Trata-se de estudo transversal, realizado em unidade de internação masculina especializada para tratamento de pessoas com transtorno por uso de substâncias psicoativas, especificamente crack, podendo estar associado a outras substâncias. Participaram da pesquisa 224 indivíduos, com idade igual ou superior a dezoito anos. Todos os pacientes foram internados de forma voluntária.

A escolaridade foi avaliada de acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): não alfabetizado; ensino fundamental; ensino médio; ensino superior pós-graduação.

Para a avaliação da percepção de coerção foi utilizada a Escala de Expressão de Coerção na Assistência. Esta escala é derivada de instrumento desenvolvido pelo MacArthur Coercion Study, que visava avaliar a percepção de coerção em internações psiquiátricas, que já foi traduzida e validada para a língua portuguesa do Brasil (13). A escala é composta por quatro afirmativas, duas positivas e duas negativas, nas quais o participante tem a opção de concordar ou discordar da mesma. Cada resposta corresponde a um determinado escore, que no conjunto global do instrumento determina o nível de expressão de coerção de 0 a 4, sendo 0 ausência de coerção, 1 e 2, coerção fraca e 3 e 4 coerção forte. É uma escala autoaplicável, de rápida aplicação, levando em média de 2 a 5 minutos para ser respondida.

Quadro 1: Itens da Escala de Expressão de Coerção

--

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Resultados

A média da idade dos participantes foi de 34 anos, com uma mediana de 32 anos e a moda de 30 anos. Todos os participantes foram do sexo masculino, devido às características da unidade de internação. Os pacientes apresentaram uma média de 8 anos de escolaridade, sendo que a maioria tinha apenas ensino fundamental. Um participante era não alfabetizado e um tinha nível de pós-graduação.

A escala de coerção, com variação de zero a quatro pontos, apresentou uma média de 0,4 e um desvio padrão de 0,778. Este resultado caracteriza uma ausência de percepção de coerção associada ao tratamento na internação psiquiátrica. A maioria dos pacientes (74,3%) teve percepção de coerção igual a zero pontos e apenas um paciente teve uma percepção máxima de quatro pontos. A percepção de coerção fraca, um ou dois pontos, foi identificada por 23,3% dos pacientes, e a coerção forte em apenas 2,4%.

Fazendo uma avaliação de cada um dos quatro itens da escala, é possível verificar que ter a oportunidade suficiente de dizer se queria se tratar foi reconhecido por 97,6% dos pacientes, assim como 88,5% reconheceram que tiveram a oportunidade de dizer o que queriam a respeito do tratamento. A percepção de que ninguém parecia estar interessado em saber se o paciente queria se tratar foi apresentada por 13,2% dos pacientes, assim como de que a sua opinião sobre o tratamento não interessou, com 13,4% das respostas.

Discussão

A percepção de coerção pode variar dependendo do tipo de intervenção ao qual a pessoa está sendo exposta (6,10). Internações e tratamentos involuntários ou compulsórios apresentam maior nível de percepção de coerção, devido a diferentes forças e agentes

morais que estão envolvidos nestas modalidades (1,2,14). As internações voluntárias, embora em menor frequência e em menor grau, também apresentam percepção de coerção, variando de especialidade médica à tipo de intervenção ao qual o paciente está sendo submetido (2,13).

Observou-se, no presente estudo, uma baixa percepção de coerção nos pacientes admitidos voluntariamente para tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas. Em um outro estudo sobre percepção de coerção em internação psiquiátrica, 22% dos participantes identificaram algum tipo de coerção. No presente estudo 25,7% dos pacientes também tiveram esta percepção de coerção.

No estudo que validou para a Língua Portuguesa esta escala, obteve uma média de percepção de coerção de 1,0 e com desvio padrão de 1,13, em pacientes psiquiátricos com internação voluntária (13). No presente estudo, com uma amostra semelhante e com a utilização da mesma escala, a média obtida foi de 0,4, com um desvio padrão de 0,7.

Em um outro estudo realizado com esta mesma escala, porém em pacientes ambulatoriais em um hospital geral, os valores obtidos foram de $0,43 \pm 0,73$ (15). Estes valores são semelhantes aos verificados na amostra deste estudo. O ponto em comum entre estas duas amostras é a necessidade de tratamento reconhecida pelos pacientes.

Considerações Finais

As internações psiquiátricas, mesmo sendo voluntárias, são associadas ao estigma de serem consideradas como sendo coercitivas. Os dados do presente estudo, corroborados por outros já publicados, demonstram que a maioria dos pacientes não identifica uma percepção de coerção associada a esta internação voluntária. Apenas um em cada grupo de 40 pacientes reconheceu uma percepção forte de coerção. Estes valores obtidos neste estudo se assemelham aos verificados em outros tipos de atendimento na área da saúde.

Contribuições individuais

LFG: concepção do estudo, análise dos dados, escrita e revisão do manuscrito

ALP: escrita e revisão crítica do manuscrito

SG: escrita e revisão do manuscrito

JRG: concepção do estudo, análise dos dados, escrita e revisão do manuscrito

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas, da UFRGS/HCPA, pela coleta de dados realizadas para este projeto.

Referências

1. Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP, et al. Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1995;52(12):1034–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7492255>
2. O’Donoghue B, Roche E, Shannon S, Lyne J, Madigan K, Feeney L. Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatry Res* [Internet]. 2014;215(1):120–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.016>
3. Monahan J, Hoge SK, Lidz C, Roth LH, Bennett N, Gardner W, et al. Coercion and commitment. Understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry*. 1995;18(3):249–63.
4. DE CARVALHO S. A POLITICA CRIMINAL DE DROGAS NO BRASIL: ESTUDO CRIMINOLOGICO E DOGMATICO DA LEI 11.343/06 [Internet]. SARAIVA EDITORA; 2014. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=4rwXvgAACAAJ>
5. Piaget J. *The Moral Judgment Of The Child* [Internet]. New york: Taylor & Francis; 2013. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=bf39AQAQBAJ>
6. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS, et al. Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2000;101(1):73–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674953>
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013. 454 p.
8. Bajotto AP, Goldim JR. Case-Report: Autonomy and Self Determination of an Elderly Population in South Brazil. *J Clin Res Bioeth* [Internet]. 2011;2(2). Available from: <http://www.omicsonline.org/2155-9627/2155-9627-2-109.digital/2155-9627-2-109.html>
9. Wertheimer A. A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behav Sci Law*. 1993;11(3):239–58.

10. Wild TC, Cunningham JA, Ryan RM. Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addict Behav.* 2006;31(10):1858–72.
11. Szasz TS. Voluntary mental hospitalization. An unacknowledged practice of medical fraud. *N Engl J Med* [Internet]. 1972;287(6):277–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5038953>
12. Caplan A. Denying autonomy in order to create it: The paradox of forcing treatment upon addicts. *Addiction.* 2008;103(12):1919–21.
13. Tabora JG V, Baptista JP, Gomes DAR, Nogueira L, Fagundes Chaves ML. Perception of coercion in psychiatric and nonpsychiatric (medical and surgical) inpatients. *Int J Law Psychiatry.* 2004;27(2):179–92.
14. Katsakou C, Marougka S, Garabette J, Rost F, Yeeles K, Priebe S. Why do some voluntary patients feel coerced into hospitalisation? A mixed-methods study. *Psychiatry Res* [Internet]. 2011;187(1–2):275–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.001>
15. Protas JS. Adaptação da escala de percepção de coerção em pesquisa e da escala de expressão de coerção para procedimentos assistenciais em saúde. [Internet]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina; 2010. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/25121>

8. ARTIGO ORIGINAL 3

O ENTENDIMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA POR PACIENTES EM TRATAMENTO: ESTUDO QUALITATIVO

Artigo a ser submetido ao Cadernos de Saúde Pública

L. F. Garcia

Sociólogo e Etnógrafo. Doutorando em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS.

A. M. Calixto

Enfermeira. Mestre em Ensino na Saúde, UFRGS

G. S. Schumacher

Advogada. Mestre em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS

A. L. P. Bittencourt

Psicóloga. Doutora em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS. Psicóloga do Instituto Federal do Rio Grande do Sul, IFSul

S. Gibbon

Antropóloga. Professora do Departamento de Antropologia, University College of London

J. R. Goldim

Biólogo. Professor do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS. Chefe do Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Endereço de correspondência:

Lucas França Garcia

E-mail: lgarcia@hcpa.edu.br

Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência, Centro de Pesquisa Experimental,
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – LAB1221

CEP: 90035-003

Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo

A dependência química é um fenômeno social complexo, pois envolve diferentes instituições e atores sociais no seu enfrentamento. O conhecimento da perspectiva das pessoas que sofrem do transtorno por uso de substâncias psicoativas e buscam tratamento é de fundamental importância, pois através dele também podem ser produzidas evidências para a elaboração de políticas públicas. Por meio da análise qualitativa das entrevistas realizadas, em uma Unidade de Internação especializada no tratamento da dependência química, foi possível construir quatro categorias analíticas para a compreensão das percepções sobre este problema: (1) buscando tratamento, (2) causas da dependência química, (3) perdas e ganhos associados ao uso de substâncias psicoativas e (4) ter uma vida saudável. Foi possível observar que motivos e causas apresentaram uma relação de complementariedade, na medida em que as causas identificadas pelos participantes, também foram os motivos para buscar tratamento. Além disto, foi possível identificar que os participantes reconheceram utilidade no uso de substâncias psicoativas, com predomínio das perdas sobre os ganhos.

Introdução

O comportamento aditivo ou transtorno por uso de substâncias psicoativas (TUSP), popularmente conhecido como dependência química, assim como o uso problemático de substâncias psicoativas, produz reações em cadeia que vão desde aspectos biológicos a econômicos e sociais, que atingem diversos países do mundo. Estima-se que 246 milhões de pessoas, ou seja, 5% da população mundial, tenham feito uso de substâncias ilícitas no ano de 2015¹. No Brasil, estima-se que 1,3 milhão de pessoas, 2,5% da população, tenha feito uso de substâncias ilícitas, exceto maconha, nos seis meses que antecederam o Levantamento realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2016².

Definida como uma doença crônica e multifatorial do cérebro³, a adição é tema bastante polêmico no campo científico e político^{4,5}. As recentes discussões a respeito da definição da adição como doença do cérebro desencadearam as iniciativas do governo norte-americano em promover grupo de trabalho para propor adequações na linguagem envolvida no atendimento de pessoas com transtorno por uso de substâncias psicoativas⁶, inclusive com ajustes em termos diagnósticos no DSM V⁷. A adoção deste modelo, segundo esta corrente, estaria associada a uma redução no estigma associado ao uso problema de substâncias psicoativas.

O modelo da adição como doença do cérebro, entretanto, não é consenso na comunidade científica^{8,9}. Thomas Szasz^{10,11}, antes mesmo da proposta deste novo paradigma, argumentava que o modelo de doença ou transtorno mental não preencheria os pré-requisitos epistemológicos para definição do que é saúde-doença. Lewis¹²⁻¹⁴ observa que a partir dos pressupostos atuais das neurociências não é possível afirmar que a adição seja uma doença do cérebro, na medida em que as alterações provocadas no cérebro pelo uso de substâncias psicoativas estão ligadas a processos de aprendizagem e pela busca de prazer, sendo o comportamento aditivo resultado deste aprendizado. Lewis¹⁴ afirma que pelos padrões atuais da neurociência este modelo não preenche os pré-requisitos epistemológicos de saúde-doença, devendo ser abordada, portanto, em termos da biologia do desejo, ou do comportamento orientado pela busca ao prazer, como definido por Foddy e Savulescu⁴.

Bedrick¹⁵, por outro lado, argumenta que parece haver uma tendência ao consenso na adoção do modelo da adição como doença do cérebro. A utilização deste, segundo o autor, trará importantes consequências para a prática das Ciências do Comportamento, como por exemplo, a abordagem dos múltiplos aspectos da vulnerabilidade e da própria Psiquiatria, sendo entendida a partir deste modelo como Neurociência Clínica¹⁵. Não trata-se, portanto, de negar os aspectos biológicos da adição, mas sim discutir a adequação do modelo aos conhecimentos disponíveis até o momento¹³⁻¹⁷.

A discussão sobre a adequação do modelo da adição como doença do cérebro demonstra a importância de se pensar os problemas relacionados a dependência química a partir de uma perspectiva da complexidade. Definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”, a saúde adquire uma concepção biopsicossocial¹⁸. Nesta perspectiva, não só os aspectos biológicos são levados em consideração, mas também as questões relativas a saúde psíquica e social, o meio ambiente e a comunidade. O pensamento baseado na complexidade é importante para evitar tanto os reducionismos biológicos, quanto os psicológicos e sociais no campo da saúde, especialmente na abordagem da dependência química.

O modelo biopsicossocial, resultante da abordagem complexa, permite unir as diferentes perspectivas a respeito do tema. Por meio desta definição podemos pensar a dependência química num contexto social mais amplo, em que não apenas o indivíduo é o foco de análise, mas a comunidade ao seu redor. Neste sentido, é importante ressaltar os estudos que apresentam as características de reprodução da história familiar¹⁹⁻²¹, de desigualdade e pobreza¹⁷ e de questões de violência associadas ao uso de substâncias psicoativas. A identificação do funcionamento destas características no enquadramento da dependência química como um problema social complexo é de extrema importância para a produção de evidências científicas para a elaboração de políticas públicas para o setor, especialmente na área assistencial.

As representações e percepções sociais da dependência química são elementos fundamentais para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes. Desta maneira, conhecer as perspectivas dos pacientes que estão em tratamento para o transtorno do uso de

substâncias psicoativas faz-se necessária para a adequada abordagem do problema, assim como para a produção de dados que possam servir de evidências para políticas públicas.

O objetivo deste trabalho foi analisar as percepções de pacientes em tratamento por transtorno por uso de substâncias psicoativas sobre a própria dependência química.

Métodos

Delineamento

Foi realizada uma pesquisa qualitativa. A abordagem teórica utilizada para a análise dos dados foi a análise de conteúdo de Bardin²². Foram observadas as três etapas da análise de conteúdo de Bardin: (1) pré-análise, (2) construção das categorias temáticas e (c) análise e inferência a partir das categorias criadas.

Amostragem

O processo de amostragem foi de conveniência e os pacientes foram convidados pessoalmente pelos pesquisadores para participar do estudo (AMC e AE). Após o processo de consentimento informado, os pacientes que aceitaram participar da pesquisa foram incluídos no estudo. Não foram observadas perdas amostrais.

Coleta de dados

Os dados foram coletados em Unidade especializada para o tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas. A Unidade de Internação é vinculada ao Sistema Único de Saúde e dispõe de 20 leitos masculinos para o tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas. O Ambulatório do Serviço de Adição também é vinculado ao Sistema Único de Saúde e atende pacientes de ambos os sexos. Ambas fazem parte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

As técnicas de coleta de dados escolhidas foram a etnografia, caracterizada pela observação participante (LG) e a entrevista semiestruturada. A etnografia é caracterizada como técnica de coleta de dados em que o pesquisador realiza uma imersão no campo de pesquisa, de maneira que ocorra a ambientação e aculturação do pesquisador com relação a sua presença no grupo²³. A entrevista semiestruturada é caracterizada por ser um instrumento de coleta de dados com um roteiro de entrevista flexível, que pode ser ajustado durante o percurso da pesquisa para adequação aos objetivos do estudo, caso necessário²⁴.

A observação participante foi realizada no período de 2014-2015 e as entrevistas semiestruturadas foram realizadas durante os anos de 2015-16. Três entrevistas-piloto foram conduzidas (AMC) para verificar a adequação do instrumento de coleta de dados.

As entrevistas foram conduzidas por enfermeira com mestrado em Ensino em Saúde (AMC) e psicóloga com especialização em álcool e drogas (AE), ambas com treinamento na condução de entrevistas para estudos qualitativos. As entrevistadoras eram parte da equipe assistencial da Unidade no momento da coleta de dados.

As entrevistas foram gravadas e transcritas (LG e GS) e tiveram média de 15 minutos de duração. Devido à alta rotatividade de pacientes não foi realizado o retorno das transcrições aos participantes da pesquisa. A saturação dos dados foi discutida na medida em que as entrevistas eram realizadas e utilizou-se o critério da saturação para definir quando as coletas seriam finalizadas.

Análise e Tratamento dos dados e resultados

Os dados foram analisados e codificados por dois pesquisadores (LG e GS). As categorias emergiram da análise de dados, ou seja, os pesquisadores não seguiram um modelo pré-definido de codificação. Os dados foram analisados com o auxílio do software NVivo®, versão 11 para Windows.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, CAEE nº 27289514.8.0000.5327.

Resultados

A amostra foi composta por 36 participantes, 25 da internação e 10 do ambulatório, sendo 29 do sexo masculino (26 da internação e 9 do ambulatório) e 1 do sexo feminino (ambulatório). A idade média dos participantes foi de 44 anos, com mediana de 43 anos e desvio padrão de 11 anos. Com relação ao grau de escolaridade, 52,8% (n=19) apresentaram ensino fundamental, 41,7% (n=15) ensino médio e 5,6% (n=2) pós-graduação.

A partir da análise dos dados realizadas, com o auxílio do software de métodos mistos por dois pesquisadores independentes (LG e GS), emergiram quatrounidades temáticas: (1) buscando tratamento, (2) causas da dependência química, (3) a utilidade do uso de droga e (4) uma vida saudável.

Buscando tratamento

A busca por tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas é um caminho permeado por dificuldades^{13,25}. Perdas financeiras e familiares, prejuízos na atividade laboral, comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas devido uso problemático de substâncias psicoativas são alguns dos motivos apresentados para a busca pelo tratamento, seja em internação ou em ambulatório. Estas variáveis podem ter sido relatadas, pelo menos em parte, devido a convivência dos pacientes com profissionais de saúde, pois as mesmas estão presentes, como critérios diagnósticos para transtorno por uso de substâncias psicoativas, no DSM IV e V e no CID^{7,26}.

Bom, o fato de que eu já não estava me aguentando mais, perdas familiares, emprego, tudo que era de ruim aconteceu nesse período (E1).

Decidi porque eu vi que a coisa estava ficando feia mesmo e já tinha quase perdido a mulher e os filhos, quase, ainda não, aí eu decidi e vim (E8)

Isso me atrapalhava muito no meu trabalho, porque eu deixava de trabalhar no dia seguinte, devido a quantidade que eu consumia de álcool no dia anterior, isso foi me prejudicando [...] (E13)

Começando com perdas materiais, perdas da família, desacreditado por todo mundo assim, e que eu não tinha mais controle sobre a droga [...] (E23)

A procura por ajuda, o auxílio e a pressão de amigos e familiares são fatores importantes na busca pelo tratamento. Lidz e colaboradores²⁷ observaram que dependendo da fonte desta pressão os resultados referente ao tratamento podem ser diferentes. Para Lidz e colaboradores²⁷ e Lorem e colaboradores²⁸, as pressões podem ser divididas em três grupos: (1) informal, através de amigos e família (2) formal, aquela exercida pelas instituições de saúde, igrejas, escolas e (3) legais, exercida pelas autoridades judiciais²⁷. Observa-se também que muitas vezes uma pressão informal é o primeiro passo para o exercício de uma pressão formal²⁹. Neste sentido, a busca por tratamento, passou pela ajuda de figuras importantes no seu relacionamento pessoal, como amigos e familiares, ou seja, pressões informais, como frequentemente citado pelo sujeitos.

Experiência em tratamentos

Os participantes demonstraram ter experiência em tratamentos para o transtorno por uso de substâncias, na medida em que apenas quatro participantes relataram ser a sua primeira busca por tratamento. Muitos deles relatam ter experiência prévia de múltiplas internações em Hospitais Gerais e Psiquiátricos, assim como em comunidades terapêuticas. A comunidade terapêutica aparece nas falas dos participantes em um contexto ambíguo, ora sendo como importante instrumento de auxílio para a recuperação, ora sendo percebida como instrumento de coerção. A busca, principalmente por tratamentos em ambientes fechados, é justificada por colocá-los em um ambiente protegido do uso de substâncias

psicoativas. O tratamento ambulatorial e nos Centro de Atenção Psicossocial, também foi referido pelos pacientes, como fazendo parte de suas trajetórias de tratamento.

Essa não é a minha primeira internação, né, já tive outras, em comunidade terapêutica, mas eu estou quase, essa não foi diferente das outras (E02).

Foi a primeira vez que eu decidi me internar assim, nessa última internação. As outras três foi talvez devido as crises que eu tive (E13).

Sabino e Cavenaze³⁰ observam que 50% dos pacientes, entrevistados em seu estudo em comunidades terapêuticas, relataram que já buscaram tratamento em instituições de internação, tais como Hospitais, Clínicas, Entidades Religiosas, entre outras³⁰. Com relação aos aspectos coercitivos da internação em comunidades terapêuticas, estudos têm demonstrado o quão controverso é a utilização deste recurso no cenário brasileiro^{31,32}. A ausência de plano terapêutico, assim como de instalações e recursos humanos adequados e de forte ligação com entidades religiosas são algumas das deficiências deste tipo de instrumento³³⁻³⁵. Vale ressaltar que também existem relatos na literatura nacional e internacional, destacando as potencialidades das comunidades terapêuticas, quando estas dispõem de ambientes e recursos adequados³⁶.

Sentimento de cansaço e esgotamento

O sentimento de esgotamento compõe o imaginário simbólico dos pacientes que buscam o tratamento para o transtorno por uso de substâncias psicoativas, principalmente na modalidade de internação. O sentimento de cansaço com a vida que vinham levando, também apareceu como motivo importante para buscar o tratamento.

Eu decidi porque eu cansei da minha vida, assim, cansei mesmo. Foi muito tempo, muito tempo sofrendo. Está certo, eu tive alguns momentos de alegria, assim né, mas a maior parte da minha vida foi de ilusão porque eu perdi. Tudo que eu adquiri eu perdi. E chega uma certa hora, assim, que cai a ficha da

gente, chega uma certa hora que a gente fica cansado. Eu estou cansado, esgotado de fazer isso (E3).

Dessa vez eu já estava, eu já vi que já não estava aguentando mais (E10).

Porque eu já não estava mais aguentando aquela vida.

E eu quero uma outra vida boa para mim. Eu cansei, cansei de ficar em hospital também, chega, chega dessa vida (E16)

A percepção de esgotamento pode estar relacionado ao que Byung-Chul Han denomina de “sociedade do cansaço”³⁷. O cansaço, segundo este autor, é produzido pelo excesso de informação e pela dinâmica social atual de racionalização de todos os aspectos da vida social³⁷. Entretanto, ao mesmo tempo que funciona como uma dinâmica que paralisa indivíduos e sociedade, o cansaço também é gerador de resistência, pois a partir dele novas identidades e subjetividades são produzidas. Esta lógica parece ser o caso nas falas analisadas, pois a partir deste esgotamento, deste cansaço social, de uma vida que era levada aos seus limites, sejam eles quais forem, também é o gatilho para a busca de um dispositivo que possa ajuda-los a ver outras possibilidades.

O uso excessivo

O uso em excesso de substâncias psicoativas também apareceu como motivo para a busca pelo tratamento. A perda do controle é o principal argumento para buscar ajuda nesta perspectiva, sobretudo em um ambiente de internação, pois considera-se este um ambiente protegido, capaz de ajudar no processo de recuperação. Neste sentido, “sair curado”, reatar laços familiares, voltar a ter uma “vida normal”, aparecem como as principais expectativas relatadas pelo grupo de pacientes entrevistados.

Olha, eu acho que devido a bebida demais, bebia muito, demais. E não foi só da minha parte, foi da parte de toda família (E3).

O uso de álcool era excessivo, assim, até mesmo durante a semana. Isso me atrapalhava muito no meu trabalho, porque eu deixava de trabalhar no dia

seguinte, devido a quantidade que eu consumia de álcool no dia anterior, isso foi me prejudicando aos pouquinhos [...] (E13).

Eu tinha perdido o controle total, total, tanto que meu corpo já não queria, não aceitava mais a droga, mas a vontade de usar era maior do que o corpo estava pedindo socorro [...] (E21).

Nota-se um forte viés do enfoque moralista nesta perspectiva, na medida em que frequentemente esta perda de controle é associada a uma falta ou desvio de caráter apresentada pelos pacientes^{8,38,39}. A virtude, entendida como um comportamento adequado e esperado de uma pessoa, pode ser transformada em vício por meio de um excesso ou carência desta característica⁴⁰⁻⁴². A utilização da palavra vício e, conseqüentemente, viciado, decorre desta interpretação, no sentido de ser um comportamento pessoal criticado socialmente, pois pode gerar más ações⁴³. Esta visão dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas ainda está muito presente no imaginário simbólico da população em geral³⁸.

Nesta visão, acredita-se que por conta de um uso em excesso, acaba-se por perder o controle da vida em geral⁴⁴. Por meio da análise destas falas, percebe-se que o problema relatado é o uso em excesso, logo, um uso controlado ou racional, ou um uso que vise atingir o “caminho do meio”, parece adequado seguindo esta linha de raciocínio. Levar em consideração a perspectiva do usar substâncias psicoativas em “excesso” e do “perder o controle” são importantes de serem estudadas mais a fundo, sobretudo em tratamentos em ambientes fechados, na qual a orientação principal é a abstinência. Nesta perspectiva, o uso de substâncias é inversamente relacionado ao controle pessoal. Ou seja, quanto menos controle, maior o uso; ou quanto maior o controle externo imposto ao indivíduo, menor o uso de substância. A retirada total das substâncias é a resposta ao uso excessivo, como se só houvessem os dois extremos da relação uso-controle.

Causas da dependência química

A história familiar

A identificação das percepções sobre as causas da dependência química pode ajudar a orientar o tratamento do transtorno por uso de substâncias, assim como as próprias políticas públicas que tratam sobre o tema. Quando perguntados sobre quais as causas da dependência química, a repetição da história familiar aparece como importante fator explicativo. Estar em um ambiente em que as pessoas mais próximas usam substâncias é identificado, mesmo que de forma ambígua, pelos participantes como facilitador para o desenvolvimento da dependência química.

Eu comecei com o meu pai, quando nós morávamos no interior. Lá fora se chamada de 'bolicho' os armazéns né. Então eu ia buscar. [...] Ele bebia bastante também e foi dali que eu comecei a experimentar, mas ele não sabia não. Dali em diante que começou a minha [dependência do álcool] (E01).

Na minha opinião vem lá da infância, lá da infância. [...] já na minha infância também meu pai já bebia muito também e eu vendo também meu pai bebendo e batendo na minha mãe, aquela “coisa” toda [...] (E03)

A questão do álcool é de família. Eu sou de uma família que nós somos entre nove, cinco irmãs e quatro irmãos, e o meu pai era alcoolista, então eu acredito que esses genes eu tenha adquirido dele [...] (E12).

A dinâmica familiar tem sido apresentada como um dos principais meios pelos quais a dependência química se produz socialmente, ao lado da desigualdade social. A exposição a um ambiente familiar em que o uso de substâncias psicoativas é feito deste muito cedo, apareceu frequentemente nas falas dos participantes da pesquisa. Esta exposição esteve ligada às primeiras experimentações, assim como as primeiras situações de brigas familiares²¹.

A dinâmica da reprodução social, de acordo com Bourdieu⁴⁵, tem servido como meio de perpetuação da estrutura social e do próprio sistema de poder. Na dependência química também podemos observar esta dinâmica. Por exemplo, se ampliarmos o problema do indivíduo para a família, da família para a sociedade, podemos notar que a dinâmica de codependência familiar serve como meio da reprodução social de uma estrutura extremamente desigual, em termos de distribuição de bens e recursos materiais e simbólicos. O reconhecimento desta dinâmica de reprodução social da desigualdade, por meio da dependência química, não isenta uma perspectiva de responsabilidade pelo uso de drogas, mas sim de corresponsabilidade⁴⁶. Nesta perspectiva, tanto usuários como sociedade tem responsabilidade a respeito do tema.

História pessoal e perdas

As perdas aparecem novamente nas falas dos participantes, quando estes relatam sobre a relação entre a sua história de vida pessoal e as causas da dependência. A relação ambígua entre o motivo do tratamento e a causa da dependência química demonstra o quão complexa e difusa é a percepção, por parte dos pacientes, a respeito de quais são as origens de seu problema.

Até depois do falecimento do meu irmão a gente era uma família unida e eu tinha essa fase[...]. Depois que eu perdi ela foi tudo por água a baixo. Ai eu não tive mais ninguém e comecei a usar mais (E17).

Tive bastante perdas. Nestes anos, eu perdi avós, perdi mãe, perdi irmã. Perdi uma irmã com câncer com 44 anos, ne. Então foram bastante coisas que eu acredito que assim ajudaram bastante né com as recaídas, assim né, que durante esse tempo eu acabei tendo umas recaídas (E18).

Uma trajetória e história de vida pessoal marcada por diversas perdas, sobretudo familiares, emergiu como variável explicativa de como os participantes compreendem o processo saúde-doença do transtorno por uso de substâncias psicoativas²⁵. As perdas

estavam associadas com um sentimento de isolamento, pelo falecimento de entes queridos próximos, e com isso o uso de substâncias aparecendo como meio para lidar com este problema. A perda de uma pessoa de referência é uma alteração brusca da própria noção de futuro de uma pessoa. Esta alteração, entendida como uma má notícia, gera um choque inicial e um comportamento de negação e isolamento⁴⁷. O uso de substâncias apenas reforça a lógica da negação.

Perdas e ganhos associados ao uso de drogas

O uso de drogas pode acarretar perdas e ganhos à vida e ao viver de uma pessoa. As pessoas reconhecem que a droga afeta negativamente a sua vida biológica. Contudo, o uso de substâncias psicoativas também pode ser considerado como um comportamento orientado pela busca ao prazer^{4,48}. Este uso representa um papel ou uma função no viver dos participantes, assumindo uma utilidade prática decorrente da sua utilização. Neste sentido, compreender esta utilidade é importante para identificarmos o sistema de valores e a hierarquia utilizados na orientação deste comportamento.

Foi possível identificar duas utilidades vinculadas ao uso de substâncias psicoativas relatados pelos pacientes: (1) como meio para se atingir um determinado fim (2) e como consequência de algum acontecimento marcante em suas vidas.

Desta maneira, a essência do uso de substância parece estar ligada com questões relacionadas a melhor socialização com as pessoas, com a felicidade momentânea orientada por um comportamento guiado pela busca de prazer, que a droga proporcionava. Os pacientes reconhecem utilidade no uso de substâncias psicoativas em suas vidas, com predominância de uma visão negativa sobre esta mesma utilidade.

Para mim, quando eu usava o álcool, eu achava que eu podia tudo né, que eu era melhor que os outros, que eu podia ser uma pessoa que podia mandar nisso naquilo, enfim, foi isso que aconteceu (E01).

É. Eu usava muito para me alegrar, me deixar alegre, mas isso aí não é vida (E16).

Eu acho que é o prazer, o prazer que ela proporciona. A principal causa, eu creio que seja o prazer (E26).

Os participantes identificam, em sua maioria, os aspectos negativos que o papel da droga desempenhou em suas vidas, apresentando a negação como principal forma de reflexão sobre a função desta em suas vidas⁴⁹. Vargas observa que para analisarmos o uso de drogas na atualidade não é mais necessário fazer as perguntas de porquê as pessoas usam drogas e qual o significado do uso de drogas em suas vidas, mas sim buscar entender o próprio viver destas pessoas⁵⁰. Desta maneira, as experiências associadas ao uso de substâncias psicoativas constituem-se como a forma mais adequada para pensar a complexa relação entre sujeito-droga⁵¹.

Uma vida saudável

O estar em tratamento, seja na modalidade de internação ou em ambulatório, representa um momento de reflexão e de possibilidade de mudanças. No tratamento da dependência química, a mudança de comportamento aparece como variável importante no processo de recuperação. Uma vida saudável associa-se a ideia de não-retorno aos hábitos do passado, a levar uma vida “normal”, no sentido de abstinência do uso de substâncias psicoativas, e de “sair curado”⁵².

A minha vida, a minha saúde agora saudável vai ser difícil, não, difícil não é, mas com a função do vírus né, mas é para mim vem junto, pelo esforço que eu já tentei há muito tempo, tento até hoje, não desisto e de ter uma vida normal como todo mundo, todos têm (E01)

Eu espero sair daqui curado, né, recuperado e ser o que eu era antes, né, trabalhava e estava em casa com [a família], agora o álcool quase me dominou, né, eu vou sair dessa com ajuda aqui, né (E08).

Olha, ter uma vida saudade para mim [...] é, ter responsabilidade ne, trabalhar, me alimentar nas horas certas, dormir na hora certa e não é só

trabalho, a vida também é feita de lazer, sabe [...]. É a coisa essencial para tu manteres uma vida normal (E21).

As percepções de qualidade de vida e de viver estiveram ligadas a busca de um resgate do convívio com suas famílias e amigos, de maneira que possa haver uma religação dos laços que foram perdidos devido ao uso de substâncias psicoativas, demonstrando a importância da família no processo de recuperação¹⁹. Além disto, o retorno a uma atividade laborativa aparece como importante aspecto relacionado ao processo de recuperação, sendo o trabalho uma forma de ser reintegrado à sociedade e uma importante ferramenta na reabilitação^{53,54}.

Uma vida saudável parece estar ligada a uma ideia de (re)integração na sociedade. O reconhecimento, na perspectiva de Axel Honneth⁵⁵, aparece como importante motor na explicação do fenômeno da dependência química, na medida em que muitos dos usuários que fazem uso problemático do uso de substâncias psicoativas são invisíveis socialmente, como demonstra Barbosa³⁵, ou são tratados como se não tivessem vontade própria. Desta maneira, uma vida saudável passa pela busca por reconhecimento através de uma (re)integração na sociedade, via família, principalmente. O resgate dos vínculos familiares parece ser a primeira dinâmica de recuperação visando o reconhecimento do indivíduo, enquanto participe da sociedade. Neste sentido, destaca-se que o “normal” aparece com frequência nas falas dos participantes, pois “ser normal é fazer parte da sociedade”.

Limitações do estudo

As principais limitações do estudo são (1) amostra composta majoritariamente de pessoas do sexo masculino; (2) pacientes com história de múltiplos tratamentos, sobretudo na modalidade de internação hospitalar ou em comunidades terapêuticas, portanto, com uma exposição prévia aos objetivos e pressupostos básicos do tratamento do transtorno por uso de substâncias psicoativas. Estes tratamentos prévios podem instrumentalizar, pelo menos em parte, as respostas dadas pelos participantes da pesquisa.

Considerações finais

A dependência química é um fenômeno complexo e que deve ser abordado a partir de diferentes perspectivas. A compreensão adequada sobre as percepções de pacientes em tratamento para o transtorno por uso de substâncias psicoativas faz-se necessária para o entendimento adequado do tema, assim como para a produção de evidências qualitativas para a elaboração de políticas públicas neste setor.

Foi possível identificar quatro categorias a partir das entrevistas realizadas: (1) buscando o tratamento, (2) causas da dependência química, (3) perdas e ganhos associados ao uso de drogas e (4) vida saudável.

Buscar o tratamento esteve relacionado com (a) dificuldades, em diferentes níveis, como por exemplo, acesso a recursos adequados ao sistema de saúde, (b) auxílio e pressão de familiares, amigos, igreja e do trabalho e (c) a um sentimento de esgotamento e cansaço social pelo uso excessivo de substâncias.

As causas da dependência química apareceram associadas as consequências do uso em excesso. Entre as causas podemos identificar (a) a repetição da história familiar, (b) uma história pessoal marcada por perdas marcantes e (c) a dinâmica da reprodução social no desenvolvimento da dependência.

Com relação as perdas e ganhos, observa-se um comportamento orientado pela busca do prazer, sendo este classificado como (a) meio para atingir determinado fim e (b) como consequência de algum evento marcante na sua vida. Observou-se uma predominância da percepção de perdas sobre os ganhos.

Uma vida saudável é reconhecida como parte importante do processo de recuperação. A busca pela “normalidade” e pela cura e a reintegração familiar e social destacam-se como dispositivos importantes no processo de recuperação.

Pode-se observar que a família está presente em todas as categorias. Ora aparecendo como motivador, ora como causa, ora como perda e ora como importante peça no complexo processo de recuperação, a família desempenha papel importante e ambíguo no desenvolvimento da dependência química. Ao mesmo tempo em que emerge como

importante causa da (re)produção da dependência química, está também aparece como importante fator no processo de recuperação, na perspectiva dos pacientes.

Este modelo demonstra a importância de pensar a estrutura de reprodução da dependência química na elaboração de políticas públicas, pois, somente superando esse círculo de repetição é que uma melhor assistência ao usuário de substâncias psicoativas e um melhor uso dos recursos materiais e simbólicos será atingido.

Declaração de Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Referências

- 1 UNODC. *World Drug Report 2015*. 2015.
- 2 Bastos FI, Bertoni N. *Pesquisa nacional sobre o uso de crack*. 2014
doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- 3 Leshner AI. Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science (80-)* 1997; **278**:
45–47.
- 4 Foddy B, Savulescu J. A Liberal Account of Addiction. *Philos Psychiatr Psychol*
2010; **17**: 1–22.
- 5 Sisti DA, Caplan AL, Rimon-Greenspan H (eds.). *Applied Ethics in Mental Health
Care*. The MIT Press: Cambridge, Massachusetts, 2013
doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- 6 Botticelli MP, Koh HK. Changing the Language of Addiction. *JAMA* 2016; **316**:
1361.
- 7 American Psychiatric Association (APA). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico
de Transtornos Mentais*. Artmed Editora: Porto Alegre, 2014.
- 8 Carter A, Hall W. *Addiction Neuroethics: The Promise and Perils of Neuroscience
Research on Addiction*. Cambridge University Press: Cambridge, 2012.
- 9 Hall W, Carter A, Forlini C. The brain disease model of addiction: is it supported by
the evidence and has it delivered on its promises? *The Lancet Psychiatry* 2015; **2**:
105–110.
- 10 Szasz TS. The ethics of addiction. *Int J Psychiatry* 1972; **10**: 541–546.
- 11 Szasz TS. *Ceremonial chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and
Pushers*. Anchor: New York, 1974.
- 12 Marc Lewis. Why it's high time that attitudes to addiction changed | Aeon Essays.
aeon. 2016.[https://aeon.co/essays/why-its-high-time-that-attitudes-to-addiction-
changed?utm_term=0_411a82e59d-cc05178cc4-
68761957&utm_content=buffer67189&utm_medium=social&utm_source=twitter.co
m&utm_campaign=buffer](https://aeon.co/essays/why-its-high-time-that-attitudes-to-addiction-changed?utm_term=0_411a82e59d-cc05178cc4-68761957&utm_content=buffer67189&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer) (accessed 27 Dec2016).
- 13 Lewis M. *Memoirs of an Addicted Brain: A Neuroscientist Examines his Former*

- Life on Drugs. 2012; : 336.
- 14 Lewis M. *THE BIOLOGY OF DESIRE: Why Addiction Is Not a Disease*. 2015.
- 15 Bedrick JD. Mental Illness And Brain Disease. *Folia Med (Plovdiv)* 2014; **56**: 305–308.
- 16 Hart C. *High Price: A Neuroscientist's Journey of Self-Discovery That Challenges Everything You Know About Drugs and Society*. HarperCollins, 2013<https://books.google.com.br/books?id=r8HKMgEACAAJ>.
- 17 Hart CL. Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice. *Nat Hum Behav* 2017; **1**: 55.
- 18 World Health Organization. Constitution of the world health organization. *Basic Doc* 1946; : 1–19.
- 19 Schenker M, Minayo MC de S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad Saude Publica* 2004; **20**: 649–659.
- 20 Orford J, Velleman R, Natera G, Templeton L, Copello A. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Soc Sci Med* 2013; **78**: 70–77.
- 21 Bortolon CB, Signor L, Moreira T de C, Figueiró LR, Benchaya MC, Machado CA *et al*. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. *Cien Saude Colet* 2016; **21**: 101–107.
- 22 Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Edições 70: Lisboa, 2008<https://books.google.com.br/books?id=AFpxPgAACAAJ>.
- 23 Atkinson P, Coffey A, Delamont S, Lofland J, Lofland L. *Handbook of Ethnography*. SAGE Publications Ltd: 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London England EC1Y 1SP United Kingdom, 2001 doi:10.4135/9781848608337.
- 24 Alasuutari P, Bickman L, Brannen J. *The SAGE Handbook of Social Research Methods*. SAGE Publications Ltd: 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom, 2008 doi:10.4135/9781446212165.
- 25 Raikel E, Garrot W (eds.). *Addiction Trajectories*. Duke University Press: Durham, 2013.
- 26 Organização Mundial da Saúde (OMS). *CID-10 - CLASSIFICAÇÃO DE*

- TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO*. ARTMED: Porto Alegre, 1994.
- 27 Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS *et al*. Sources of coercive behaviours in psychiatric admissions. *Acta Psychiatr Scand* 2000; **101**: 73–79.
- 28 Lorem GF, Hem MH, Molewijk B. Good coercion: Patients’ moral evaluation of coercion in mental health care. *Int J Ment Health Nurs* 2015; **24**: 231–240.
- 29 Wild TC. Social control and coercion in addiction treatment: Towards evidence-based policy and practice. *Addiction* 2006; **101**: 40–49.
- 30 Sabino NDM, Cazenave S de OS. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estud Psicol* 2005; **22**: 167–174.
- 31 Bolonheis-Ramos RCM, Boarini ML. [Therapeutic communities: ‘new’ outlooks and public health proposals]. *História, ciências, saúde--Manguinhos* 2015; **22**: 1231–48.
- 32 Perrone PAK. A comunidade terapeutica para recuperacao da dependencia do alcool e outras drogas no Brasil: mao ou contramao da reforma psiquiatrica? *Cien Saude Colet* 2014; **19**: 569–580.
- 33 Raupp LM, Milnitsky-Sapiro C. A ‘reeducação’ de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicol Teor e Pesqui* 2008; **24**: 361–368.
- 34 RIBEIRO FML, MINAYO MC de S. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface* 2015; **19**: 515–526.
- 35 Barbosa AS. *Internação contra a vontade de pessoas que usam substâncias psicoativas no Brasil: relações entre Poder, Direito e Verdade*. 2015.<http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/3799>.
- 36 Malivert M, Fatséas M, Denis C, Langlois E, Auriacombe M. Effectiveness of Therapeutic Communities: A Systematic Review. *Eur Addict Res* 2012; **18**: 1–11.
- 37 Han B-C. *Sociedade do Cansaço*. Vozes: Rio de Janeiro, 2015.

- 38 Poland J, Graham G (eds.). *Addiction and Responsibility*. MIT Press: Cambridge, Massachusetts, 2011.
- 39 Clausen J, Levy N. *Handbook of neuroethics*. 2015 doi:10.1007/978-94-007-4707-4.
- 40 Aristoteles. *Ética a Nicômacos*. 2nd ed. Editora da UnB: Brasília, 1992.
- 41 Paviani J. Notas sobre o conceito de virtude em platão. *Veritas* 2012; **57**: 86–98.
- 42 Platão. *Diálogos: Protágoras, Górgias, Fedão*. Editora da UFPA: Belém, 2002.
- 43 Abelard P. *Ethical Writings: 'Ethics' and "Dialogue Between a Philosopher, a Jew and a Christian"*. Hackett Publishing: Indianapolis, 1995.
- 44 Ferreira ACZ, Capistrano FC, Souza EB de, Borba L de O, Kalinke LP, Maftum MA. Motivações de dependentes químicos para o tratamento: percepção de familiares. *Rev Bras Enferm* 2015; **68**: 474–481.
- 45 Bourdieu P. *A economia das trocas simbólicas*. Perspectiva, 2007<https://books.google.com.br/books?id=agUpHQAACAAJ>.
- 46 Lévinas E. *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. Vozes, 1997<https://books.google.com/books?id=GR1NAQAACAAJ&pgis=1> (accessed 27 Mar2015).
- 47 Kübler-Ross E. *Sobre a morte o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 7th ed. Martins Fontes: São Paulo, 1996.
- 48 Kennett J, Matthews S, Snoek A. Pleasure and addiction. *Front Psychiatry* 2013; **4**: 1–11.
- 49 Melo JRF, Maciel SC. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. *Psicol Ciência e Profissão* 2016; **36**: 76–87.
- 50 Vargas EV. Uso de drogas: a alter-ação como evento. *Rev Antropol* 2006; **49**. doi:10.1590/S0034-77012006000200003.
- 51 Vargas EV. *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de drogas*. 2001.
- 52 Crauss RMG, Abaid JLW. A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. *Context Clínicos* 2012; **5**: 62–72.
- 53 Santiago E, Yasui S. O trabalho como dispositivo de atenção em saúde mental :

- trajetória histórica e reflexões sobre sua atual utilização. *Rev Psicol da UNESP* 2011; **10**: 195–210.
- 54 Rodrigues RC, Marinho TPC, Amorim P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Cien Saude Colet* 2010; **15**: 1615–1625.
- 55 Honneth A. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. Ed. 34: São Paulo, 2003.

9. ARTIGO ORIGINAL 4

MAPEAMENTO DA BIOÉTICA LATINOAMERICANA: TEMAS, ABORDAGENS TEÓRICAS E HISTÓRIA

Artigo a ser traduzido e submetido ao World Developing Bioethics

L. F. Garcia

Sociólogo. Doutorando em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS. Pesquisador Visitante do Medical Ethics and Health Policy da University of Pennsylvania

J. D. Moreno

Bioeticista. Professor da University of Pennsylvania. Senior Fellow do Center for American Progress

J. R. Goldim

Biólogo. Professor do Programa de Pós-graduação em Medicina: Ciências Médicas, UFRGS. Chefe do Serviço de Bioética, HCPA

Endereço de correspondência:

Lucas França Garcia

E-mail: lgarcia@hcpa.edu.br

Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência, Centro de Pesquisa Experimental, Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rua Ramiro Barcelos, 2350 – LAB1221

CEP: 90035-003

Porto Alegre, RS, Brasil

Resumo

O objetivo deste artigo é produzir um mapa da Bioética na América Latina, apresentando os temas mais debatidos, as abordagens teórico-metodológicas mais utilizadas para a abordagem dos problemas bioéticos e perspectivas da Bioética latino-americana para as próximas décadas. Foi desenvolvido um estudo de métodos mistos, com abordagem descritiva para os dados quantitativos e análise de conteúdo de Bardin para os dados qualitativos.

Introdução

As origens e a história da Bioética têm sido estudadas por diversos pesquisadores do campo e tem demonstrado um desenvolvimento rápido nas últimas quatro décadas¹⁻³. Além disto, os percussores da Bioética são hoje melhor conhecidos, possibilitando, desta maneira, uma abordagem de diferentes perspectivas sobre a história deste campo interdisciplinar do conhecimento⁴⁻⁶. Dito isto, podemos traçar dois desenvolvimentos históricos que estão na origem da Bioética: um primeiro datado do início do século XX na Europa e um segundo momento em meados e final deste mesmo século nos EUA.

O desenvolvimento da Bioética na Europa tem suas raízes com o trabalho desenvolvido pelo teólogo e médico suíço Albert Schweitzer e o princípio da reverência à vida, afirmando o valor intrínseco de toda a vida, não só a humana^{6,7}. Sem grande impacto direto no desenvolvimento da bioética nas décadas posteriores, o trabalho de Schweitzer é importante pelo resgate do conceito de sacralidade da vida, que será depois parte fundamental do conjunto de valores da bioética, sobretudo da europeia. Na Alemanha, em período quase concomitante ao de Schweitzer, Fritz Jahr, filósofo e teólogo, utiliza pela primeira vez a palavra bioética (Bio=Ethik) em 1926^{6,8-10}. A utilização deste termo estava relacionada com a proposição de um imperativo bioético, que dizia “respeita todo ser vivo essencialmente como um fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal”⁹.

Tradicionalmente a criação da palavra Bioética tem sido creditada ao oncologista e químico Van Rensselaer Potter⁶. Criado em 1969, entretanto, pelos renomados professores Daniel Callahan e Wyllard Gaylin, o Hastings Center, em Nova York, foi o primeiro *think tank* dedicado a refletir sobre os aspectos éticos da crescente incorporação de tecnologias no cenário da saúde¹¹. É na virada da década de 1960 para 1970, portanto, que a palavra Bioética começa a adquirir, destaque na comunidade científica^{6,11}. Neste sentido, são dois os movimentos que ocorreram nos EUA, juntamente com a criação deste Centro, e que permitiram o desenvolvimento propriamente dito do campo que hoje conhecemos como

Bioética. O primeiro com Van Rensselaer Potter, na Universidade de Wisconsin e o segundo com a criação do *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, pelo renomado ginecologista holandês André Hellegers, vinculado à Universidade de Georgetown^{1,11}.

Na década de 1970, Potter propõe uma nova disciplina que uniria o conhecimento das Humanidades (sobretudo da Filosofia e das Ciências Sociais) com o conhecimento científico (sobretudo os ligados às Ciências Biológicas) necessários para a sobrevivência humana e que se denominaria, portanto, Bioética^{6,12,13}. Através da obra de Potter, é possível identificar Aldo Leopold como um dos percussores da Bioética norte-americana por meio de suas contribuições a respeito da discussão sobre a ética da terra^{5,14}. O então *Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*, hoje *Kenney Institute of Ethics*, desempenha ainda hoje papel de extrema relevância nas discussões em Bioética, sobretudo pela contribuição dada por Beauchamp e Childress através do Princípioalismo¹⁵.

Henry K. Beecher também é figura importante no desenvolvimento da Bioética nos EUA. Seus trabalhos em ética na pesquisa em meados dos anos 1960 denunciando abusos cometidos em pesquisas com seres humanos nos EUA mesmo após a promulgação do Código de Nuremberg¹⁶⁻¹⁹, propiciaram um terreno fértil para o desenvolvimento das discussões de ética em pesquisa. A sua atuação como líder do grupo, proposto pela Universidade de Harvard, que discutiu o critério encefálico para a caracterização da morte, em 1968, mudou a própria concepção dos limites da vida e da morte, com ampla repercussão para a Bioética Clínica^{20,21}. A bioética sofreu a sua influência nos debates que se sucederam nas décadas seguintes.

Quando olhamos para o desenvolvimento da Bioética no continente latino-americano, notamos um desenvolvimento tardio quando comparado ao desenvolvimento europeu e norte-americano. É somente na segunda metade da década de 1980 que surgem as primeiras disciplinas de pós-graduação e instituições abordando de maneira sistemática a Bioética¹¹.

Um trabalho sistemático de avaliação e mapeamento da produção intelectual latino-americana ainda não foi realizado, embora algumas iniciativas de descrição e análise da história da bioética no contexto do continente e de países específicos tenham sido realizadas com sucesso²²⁻²⁸. Desta maneira, o objetivo deste artigo é contribuir para a produção de um mapeamento da Bioética na América Latina, apresentando os principais temas debatidos, as abordagens teórico-metodológicas mais utilizadas para a abordagem dos problemas bioéticos e perspectivas da Bioética latino-americana para as próximas décadas.

Método

Estudo de métodos mistos, que utilizou estatística descritiva para a caracterização da amostra e análise de indicadores de bibliométricos e análise de conteúdo de Bardin para a análise qualitativa dos dados²⁹.

Os métodos mistos são definidos como um delineamento de pesquisa em que o pesquisador coleta, analisa e integra dados de ambas as metodologias, qualitativa e quantitativa. Pode ser adaptado ou modificado para alcançar os objetivos definidos pela equipe de pesquisa³⁰.

Com relação a análise de conteúdo, foram obedecidas as três etapas proposta por Bardin, quais sejam: (a) a pré-análise, momento em que os pesquisadores realizam a leitura flutuante do material, seleção dos documentos da amostra, definição dos objetivos, elaboração dos primeiro indicadores e a busca de unidades de significados; (b) a exploração do material, em que foram definidas as categorias e as unidades de significado, criando, portanto, o modelo de codificação utilizado na pesquisa e (c) tratamento dos resultados, ou seja, a inferência e interpretação dos dados coletados, momento em que os dados foram analisados reflexivamente²⁹.

A amostra foi composta por artigos publicados na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) até outubro de 2015. A escolha desta base de dados deu-

se por ser o maior repositório digital de artigos da América Latina e por ser amplamente utilizado pela comunidade de pesquisadores de Bioética para divulgar seus trabalhos.

Os descritores utilizados para a busca dos artigos foram Bioética (português), Bioética (espanhol) e Bioethics (inglês).

Os critérios de inclusão no estudo foram (a) artigos disponíveis para consulta, (b) autores de origem latino-americana ou de Portugal, Espanha, devido à grande colaboração que os pesquisadores em Bioética na América Latina mantêm com estes países, (c) artigos de língua português, inglesa ou espanhola.

Foram excluídos do estudo (a) editoriais, (b) resenhas de livros e (c) artigos nos quais o foco não era o campo de discussões da Bioética.

Os dados bibliométricos foram coletados no repositório do Web of Science, coleção Scielo, no mês de outubro de 2015 e foram posteriormente exportados para planilha Excel.

Os artigos foram baixados na íntegra para o software de análise de métodos mistos QSR NVivo® versão 10 para Windows, durante os meses de outubro e novembro de 2015.

Resultados

Foram encontrados 1458 registros no repositório Scielo.org, dos quais 1346 estavam disponíveis para download no momento da coleta de dados. Destes, 1167 preencheram os critérios de inclusão e foram analisados quali-quantitativamente. A figura 1 mostra o fluxograma de busca de informações, tanto no Web of Science, como na Scielo.org.

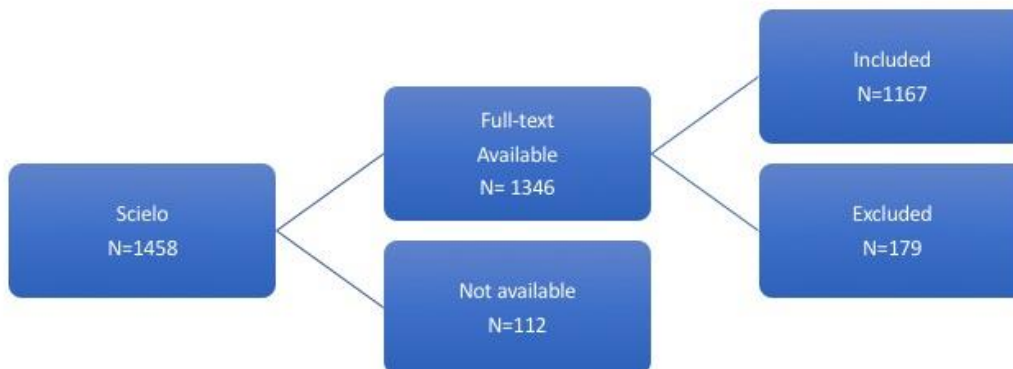


Figura 2: fluxograma de busca dos dados

Para a descrição dos dados quantitativos foram analisados a totalidade dos artigos encontrados (n=1458). Com relação aos países com maior número de publicações destacam-se Brasil (n=460), Colômbia (n=166) e Chile (n=151) concentrando metade da publicação em Bioética no continente. Com relação às instituições de ensino e pesquisa, destacam Universidade de São Paulo (n=83), Universidade do Chile (n=73), Universidade de Brasília (n=72). Com relação aos periódicos, destacam-se a Acta Bioética do Chile (n=214), Revista Latinoamericana de Bioética da Colômbia (n=112) e Revista Bioética do Brasil (n=91).

De acordo com a classificação de assuntos e campos de estudo do Web of Science os assuntos mais predominantes foram ética médica (n=488), tópicos de ciências sociais (n=354) e meio ambiente e saúde pública (n=279). Juntos estes três assuntos correspondem a 2/3 das publicações com o descritor Bioética na América Latina.

Quando olhamos para as estatísticas de impacto da produção latino-americana em Bioética, observa-se uma soma total de 1654 citações, obtendo uma média de citação

desta produção de 1,14, gerando um índice H de 13, ou seja, apenas 13 artigos receberam 13 ou mais citações no período analisado.

A partir da análise de conteúdo de Bardin²⁹, com o auxílio do software de análise de métodos mistos QSR NVIVO, emergiram do material coletado quatro temáticas principais da produção em Bioética na América Latina, quais sejam: (a) questões envolvendo início e final de vida, (b) ética na pesquisa com seres humanos, (c) relação profissional da saúde e paciente, com destaque para as relações entre médico-paciente e (d) formação ética dos profissionais de saúde, com destaque para as áreas de Medicina, Odontologia e Enfermagem. Além disto, quando analisamos quantitativamente os temas mais discutidos observamos que ética profissional é o assunto mais frequente na produção latino-americana (n=407), seguidos de educação e ensino em Bioética, ou seja, a formação ético-moral dos profissionais da saúde (n=195), questões envolvendo início e final de vida (n=190), ética em pesquisa (n=177) e questões de saúde pública (n=144).

Quando analisamos as questões envolvendo início e final de vida, observamos uma predominância de discussões a respeito de questões envolvendo o estatuto do embrião, aborto, cuidados paliativos e terminalidade. Muitos países, sobretudo os com forte tradição católica como Chile e Argentina, por exemplo, as questões relacionadas ao estatuto do embrião e ao aborto, focavam muito a inadequação de procedimentos deste tipo devido a violação do princípio da sacralidade da vida humana. Com relação aos temas de terminalidade e cuidados paliativos, as discussões giravam em torno de questões como futilidade terapêutica, o cuidado em final de vida como direito humano (figura 2).



Figura 3: nuvem de palavras geradas no NVIVO com as 50 palavras mais frequentes relacionadas as questões de início e final de vida

Quando analisamos a ética da pesquisa com seres humanos, podemos observar que as discussões estão voltadas para o marco regulatório específico de cada país. Podemos notar também a discussão sobre a relação dos marcos nacionais com o marco regulatório internacional. Observa-se também a discussão crítica sobre a (in)adequação de determinadas regulamentações internacionais, como a adoção do *double standard*, por exemplo, nas declarações de Helsinki. A capacitação de profissionais para trabalhar em Comitês de Ética em Pesquisa também é tema importante e frequente na discussão da bioética latino-americana. Neste sentido, cabe ressaltar importantes intercâmbios entre a Universidade do Chile, através da PAHO, e da Universidade de Miami, através do Fundo Fogarty, patrocinado pelo National Institute of Health (NIH) dos EUA. Através deste intercâmbio foi possível a capacitação de recursos humanos qualificados para atuarem em Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) em diversos países da América Latina.

Quando analisamos a categoria de ética profissional, a ética médica merece destaque em razão da frequência com que apareceu no material coletado. A ética do profissional da odontologia e da enfermagem também foi frequente, porém, as discussões em sua grande maioria estavam concentradas em questões relacionadas a relação médico-paciente. Neste sentido, destacam-se as questões envolvendo o consentimento informado e a autonomia e o dever de informação por parte dos profissionais da saúde. As questões de responsabilidade associadas a relação paciente-profissional da saúde também apareceram com importante destaque na literatura, sobretudo as de responsabilidade jurídica (figura 3).



Figura 4: nuvem de palavras geradas no NVIVO com as 50 palavras mais frequentes relacionadas as questões ética em pesquisa

Com relação a categoria de formação ética dos profissionais de saúde, podemos destacar dois pontos como os mais importantes. O primeiro relacionado com a preocupação com o ensino de ética e bioética nos diferentes níveis de formação, graduação e pós-graduação, *strictu* e *latu sensu*, assim como a formação continuada destes profissionais. A segunda preocupação diz respeito aos modelos de ensino-

aprendizagem que as escolas da área biomédica estão desenvolvendo no continente latino americano. Neste sentido merece destaque que diversos artigos analisavam os currículos dos cursos da área da saúde e a inserção, ou não, das disciplinas de ética profissional e/ou bioética (figura 4).



Figura 5: nuvem de palavras geradas no NVIVO com as 50 palavras mais frequentes relacionadas as questões de ética profissional

Quando analisados os principais referenciais teóricos utilizados pela comunidade de especialistas em Bioética no continente, podemos observar que o Princípioalismo, tanto de Beauchamp e Childress¹⁵ como de Gracia³¹⁻³³ foi o referencial mais utilizado para

analisar problemas em bioética (n=426). O segundo referencial teórico mais utilizado foram os Direitos Humanos (n=291), seguido pelo referencial legal e do Biodireito (n=105).

É importante ressaltar que estes números não são absolutos, de maneira que um mesmo artigo pode ter sido utilizado um ou mais referenciais para justificar o problema abordado.

Discussão

É no Brasil que encontramos o primeiro núcleo de Bioética no continente latino-americano, com a criação em 1988 da disciplina de Bioética no Programa de Pós-Graduação em Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Quatro anos mais tarde é criado o Programa de Atenção aos Problemas Bioéticos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), programa este que em 2013 torna-se Serviço de Bioética Clínica³⁴. No Brasil, a partir destas duas experiências multiplicaram-se os grupos de pesquisas e programas de atenção a problemas de Bioética, estando presentes em diversos estados como Brasília, São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, entre outros^{11,26}. Embora desde os anos 1970 o Instituto de Humanidades Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires já viesse explorando temas de ética médica indiretamente relacionados a bioética, é somente nos anos 1990 que o este instituto vem a incorporar a bioética em seu nome. Importante frisar que a experiência do Instituto, que posteriormente dá origem a Escola Latino-americana de Bioética (ELABE), com papel fundamental na difusão da bioética em nosso continente através do trabalho de Mainetti¹¹.

A criação do Instituto de Bioética na Universidade do Chile com apoio da Organização Pan-americana de Saúde é outro fato importante na história da disciplina no continente³⁵⁻³⁷. Além do apoio da PAHO, fundamental para o desenvolvimento deste centro no Chile, é importante observar a influência do teólogo norte-americano John Drane no fomento das discussões sobre bioética no Chile e em especial na Universidade

do Chile, juntamente com Fernando Lolas Stepke²². Não menos importante são a criação da Rede Latinoamericana de Bioética, financiada pela UNESCO, assim como a cátedra de Bioética, também na UNESCO, na Universidade de Brasília.

Embora os referenciais teóricos desenvolvidos na América Latina não tenham aparecido com relativa frequência comparado aos grandes referenciais utilizados pela Bioética é importante ressaltar que existem pelos menos três grandes referenciais próprios do continente: a Bioética Complexa ou da Complexidade³⁸, a Bioética de Intervenção^{39,40} e a Bioética da Proteção^{41,42}.

A bioética complexa ou da complexidade aparece relacionada a obra de Edgar Morin e os teóricos da teoria sistêmica e são observados principalmente no Brasil e no Chile. É definida, em sua corrente brasileira, como uma “reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações envolvendo a vida e o viver”³⁸. Surge como uma alternativa integradora utilizando diferentes referenciais teóricos, como principlismo, ética das virtudes, direitos humanos, entre outros, para a análise dos problemas bioéticos.

A bioética da proteção e da intervenção surgem a partir da crítica ao referencial principlista de Beauchamp e Childress. Seu argumento é de que baseada em um modelo individualista de resolução de problemas, este referencial não poderia dar conta das questões relacionadas à saúde pública. Como os principais conflitos e problemas bioéticos da América Latina, na visão dos autores, está relacionado a saúde pública, tal referencial não poderia ser adequado para as múltiplas realidades latino-americanas.

A bioética da intervenção, proposta por Garrafa e Porto, pode ser caracterizada como “uma proposta que rompe com os paradigmas atuais e reinaugura um utilitarismo orientado pela busca da equidade entre os diferentes setores da sociedade, capaz de dissolver a divisão estrutural entre centro-periferia do mundo, assumindo o consequencialismo baseado na solidariedade como forma de superar a desigualdade^{39,40}”.

A bioética da proteção pode ser entendida como uma “ética aplicada constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de

interesses entre quem temos meios que o capacitam (ou tornam competente) para realizar sua vida e quem, ao contrário não os tem⁴¹”. O foco de análise da bioética de proteção está nos conflitos gerados no âmbito da saúde pública com especial atenção aos vulnerados, ou seja, as pessoas que estão em situações de vulnerabilidade⁴².

Quando analisamos o desenvolvimento da bioética latino-americana com a americana, podemos observar um certo desenvolvimento paralelo entre elas, quando comparados os estágios de desenvolvimento. Por exemplo, nos primeiros 20 anos de Bioética no continente americano, Potter faz uma crítica ao modelo de bioética proposto pelo *Kennedy Institute of Bioethics*, na medida em que este privilegia questões de ética médica e de bioética clínica, e não questões de saúde pública e coletiva, que estariam diretamente relacionadas às questões de sobrevivência da espécie humana, tão cara para Potter⁵. Esta divergência tem início nos primórdios da Bioética, quando da publicação em 1971 de um comentário de Potter sobre a nova disciplina proposta por ele e a notícia de criação do Instituto Kennedy. Estes dois textos, ambos assumindo a criação do termo Bioética, de forma independente, é que geraram o desconforto de Potter e o abandono do termo Bioética na denominação do Instituto^{43,44}.

Quando analisamos, sistematicamente, os principais temas e discussões da literatura bioética na América Latina, podemos notar o mesmo padrão de desenvolvimento histórico dos demais países, com forte dedicação a assuntos de ética médica e de bioética clínica como principais temas de análise. Tal semelhança pode ser reflexo de que a bioética nasceu com a preocupação sobre problemas enfrentados pelos profissionais no seu dia-a-dia.

Neste sentido, os contextos iniciais da Bioética, tanto nos EUA, como na América Latina, são semelhantes, na medida em que também incorporavam as discussões sobre o impacto da ação do ser humano na natureza e da crescente utilização de novas tecnologias na saúde. Desta forma, assuntos de saúde pública, como alocação de recursos, acesso ao sistema de saúde, entre outros, também são trabalhados pela bioética latino-americana, apenas em menor número.

Limitações

Este estudo teve como principais limitações (a) busca de dados em somente uma base de dados, embora esta escolha tenha sido justificada metodologicamente; (b) não foram analisados livros, capítulos de livros, dissertações e teses, que constituem fontes de importantes de divulgação e de consulta da produção em bioética na América Latina; e (d) todos os artigos analisados são publicados para um público interno, ou seja, para a audiência de pesquisadores e especialistas de origem hispânica ou lusófona.

Considerações

Embora a Bioética seja um campo em crescimento na América Latina, o seu impacto em termos acadêmico ainda é muito baixo (h-index=13).

Assim como em países desenvolvidos, os grupos e centros de pesquisa em Bioética na América Latina estão concentrados nos grandes centros urbanos. No Brasil, por exemplo, possuímos 4 programas de pós-graduação em Bioética, sendo 3 destes na área de avaliação interdisciplinar e 1 na área de saúde pública. Este panorama precisa mudar caso uma bioética verdadeiramente latino-americana seja desejada e seja preocupada com os assuntos regionais, na medida em que a agricultura é parte fundamental da economia da maioria dos países da região. Além disto, é necessário o aprofundamento do desenvolvimento de abordagens a respeito de assuntos tipicamente regionais, tais como saúde indígena, saúde de populações migrantes, entre outros assuntos característicos da América Latina.

A grande maioria dos países da Região, que têm produção científica em Bioética, possuem Comitês ou Comissões Nacionais de Bioética e apresentam importante papel na

discussão de políticas públicas de saúde nos respectivos países. O Brasil é um dos únicos destes países a não ter uma Comissão Nacional de Bioética.

Desta maneira, como desafios da Bioética na América Latina podemos colocar o aumento do impacto da produção, tanto em termos regionais, ou seja, endógeno, como em termos internacionais. Para isto, será necessário a criação de redes de colaboração com Centros de Excelência em Bioética em outros países, sobretudo em Universidades reconhecidas pela sua excelência acadêmica. A mudança das políticas de publicação de textos em português, espanhol e inglês dos periódicos latino-americanos, tal como a Revista Bioética vem fazendo, é de extrema importância para a internacionalização da bioética latino-americana e aumentar o diálogo e a cooperação entre centros de pesquisa.

Por fim, outro desafio, como já apontando pela literatura do continente, é aprimorar a educação e o ensino de bioética no continente, criando cursos de pós-graduação *strictu e lato sensu*, não somente nos grandes centros urbanos, mas em centros rurais que necessitem de tal aporte.

Declaração de Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Declaração de Autoria:

LG: Concepção, coleta e análise dos dados, escrita e revisão crítica do manuscrito

JDM: Concepção, análise e revisão crítica do manuscrito

JRG: Concepção, análise dos dados e revisão crítica do manuscrito

Agradecimentos:

Trabalho apresentado como *Working in Progress* em julho de 2016 no Departamento de Medical Ethics and Health Policy da University of Pennsylvania. Os autores agradecem as contribuições dadas pelos participantes.

Referências

1. Jonsen, A. R. *The birth of Bioethics*. (Oxford University Press, 1998).
2. Walter, J. K. & Klein, E. P. *The Story of Bioethics: From Seminal Works to Contemporary Explorations*. (Georgetown University Press, 2003).
3. Rothman, D. J. *Strangers at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision making. Social institutions and social change 2nd*, (Aldine de Gruyter, 2003).
4. *Contemporary debates in bioethics*. (Wiley-Blackwell, 2014).
5. Potter, V. Leopold, Aldo Land Ethic Revisited - 2 Kinds of Bioethics. *Perspect. Biol. Med.* **30**, 157–169 (1987).
6. Goldim, J. R. Revisiting the beginning of bioethics: the contribution of Fritz Jahr (1927). *Perspect. Biol. Med.* **52**, 377–380 (2009).
7. Goldim, J. R. & Fernandes, M. S. From reverence for life to bioethics : Albert Schweitzer, a bioethics precursor. *Jahr* **2**, 505–509 (2011).
8. Rinčić, I. & Muzur, A. Fritz Jahr: The Invention of Bioethics and Beyond. *Perspect. Biol. Med.* **54**, 550–556 (2011).
9. Jahr, F. [Bio-Ethics: A Review of the Ethical Relationships of Humans to Animals and Plants]. *Kosmos* **24**, 2–4 (1927).
10. Jahr, F. [Life sciences and ethics: Old knowledge in new clothing]. *Die Mittelschule. Zeitschrift Für Das Gesamte Mittlere Schulwes.* **40**, 604–6 (1926).
11. Clotet, J. *Bioética: uma aproximação*. (Edipucrs, 2006).
12. Potter, V. R. Bioethics, Science of Survival. *Perspect. Biol. Med.* **14**, 127–+ (1970).
13. Potter, V. R. Bioethics: bridge to the future. (1971).
14. Potter, V. R. Fragmented ethics and ‘Bridge bioethics’. *Hastings Cent. Rep.* **29**, 38–40 (1999).
15. Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. (Oxford University Press, 2013).

16. Moreno, J. D. Acid Brothers: Henry Beecher, Timothy Leary, and the psychedelic of the century. *Perspect. Biol. Med.* **59**, 107–121 (2016).
17. Beecher, H. K. EXPERIMENTATION IN MAN. *J. Am. Med. Assoc.* **169**, 461 (1959).
18. BEECHER, H. K. Some fallacies and errors in the application of the principle of consent in human experimentation. *Clin. Pharmacol. Ther.* **3**, 141–6 (1962).
19. Beecher, H. K. Ethics and Clinical Research. *N. Engl. J. Med.* **274**, 1354–1360 (1966).
20. Beecher, H. K. After the Definition of Irreversible Coma. *N. Engl. J. Med.* **281**, 1070–1071 (1969).
21. Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *JAMA* **205**, 337 (1968).
22. Lolas Stepke, F. REHISTORAR LA BIOÉTICA EN LATINOAMÉRICA: LA CONTRIBUCIÓN DE JAMES DRANE. *Acta Bioeth.* **11**, 161–167 (2005).
23. Pessini, L., Sobral, A. & Goncalves, M. S. *Bioética na Ibero-América: história e perspectivas*. (Centro Universitário São Camilo, 2007).
24. Álvarez-Díaz, J. A. ¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica? *Rev. Latinoam. Bioética* **12**, 10–27 (2012).
25. Hodelín Tablada, R. Bioética anglosajona en su 40 aniversario: el traspaso hacia América Latina y su llegada a Cuba. *Medisan* **15**, 1674–1686 (2011).
26. Garrafa, V. RADIOGRAFÍA BIOÉTICA DE BRASIL. *Acta Bioeth.* **6**, (2000).
27. Garrafa, V. Apresentando a bioética. *Direito e Justiça* **13** (2003).
28. Irrazábal, G. Acerca de la emergencia y consolidación de la bioética como disciplina desde una perspectiva sociológica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* **22**, 1121–1140 (2015).
29. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. (Edições 70, 2008).
30. Creswell, J. W. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. (SAGE Publications, Inc., 2014). doi:10.2307/3152153

31. Gracia, D. *Fundamentos de bioética*. (Editorial Triacastela, 2007).
32. Gracia, D. *Bioética Clínica*. (El B{ú}ho, 1998).
33. Guillén, D. G. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. (Eudema, 1991).
34. Genro, B. P., Francisconi, C. F. & Goldim, J. R. [Clinical Bioethics: twenty years of experience in the Hospital de Clínicas of Porto Alegre]. *Rev. da AMRIGSRevista da AMRIGS* **58**, 83–88 (2014).
35. 10 YEARS PAHO BIOETHICS UNIT (1994-2004). *Acta Bioeth.* **10**, 7–10 (2004).
36. Lolas Stepke, F. BIOETHICS AT THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION: Origins, development, and challenges. *Acta Bioeth.* **12**, 113–119 (2006).
37. Lolas Stepke, F. ACTA BIOETHICA: UNA DÉCADA DE HISTORIA. *Acta Bioeth.* **16**, 115–118 (2010).
38. Goldim, J. R. [Complex bioethics: a comprehensive approach to decision making process]. *Rev. AMRIGS* **53**, 58–63 (2009).
39. Porto, D. & Garrafa, V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Rev. Bioética* **13**, 1122–1132 (2009).
40. Garrafa, V. & Porto, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* **17**, 399–416 (2003).
41. Schramm, F. R. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev. Bioética* **16**, 11–23 (2008).
42. Schramm, F. R. & Kottow, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saude Publica* **17**, 949–956 (2001).
43. Panorama: INSTITUTE FOR BIOETHICS ESTABLISHED AT GEORGETOWN UNIVERSITY. *Bioscience* **21**, 1090–1092 (1971).
44. Potter, V. R. Reflections: Bioethics. *Bioscience* **21**, 1088–1088 (1971).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados obtidos e nas reflexões propostas é possível concluir que:

1. A rede em que opera a biopolítica da adição e da saúde mental envolve diferentes esferas da sociedade, a vida e o viver, em diferentes níveis de complexidade. Além disto, é um campo que está em constante mudança, onde os conceitos de *communitas* e *immunitas* estão associados e em constante processo de interação e desagregação. O referencial da Bioética Complexa, como instrumento metodológico, e o referencial teórico da Biopolítica, em suas diferentes vertentes, mostraram-se adequados para a análise dos problemas no campo da adição e da saúde mental. Para analisar esta complexa rede, é necessária a apropriação de diferentes estratégias metodológicas, assim como de diferentes referenciais teóricos para a abordagem do próprio problema. Pensar a Bioética como biopolítica talvez seja a maneira mais prudente de se analisar os problemas relacionados à dependência química.

2. Está em curso uma mudança de paradigma nas Ciências do Comportamento e da Psiquiatria. Propõe-se o modelo dos transtornos mentais são doenças do cérebro. Este paradigma é um dos meios pelos quais a biopolítica da adição. Este movimento procura reafirmar o status científico de tais campos de atuação.

Para a Bioética, os desafios trazidos pela adoção deste modelo serão importantes, provocando discussões sobre o tema e levantes questões como autonomia e capacidade para tomada de decisão, DAVs em saúde mental, vulnerabilidade, acesso à informação e ao sistema de saúde e questões relacionadas a exclusão social e injustiças. Com o avanço das neurociências e das ciências do comportamento, e sua conexão estreita com a Psiquiatria e a

Psicologia, e sobretudo com os diagnósticos psiquiátricos, os desafios bioéticos tendem a crescer, ampliando constantemente a sua complexidade e necessidade de novas produções de conhecimentos neste campo interdisciplinar.

3. As internações psiquiátricas, mesmo sendo voluntárias, são associadas ao estigma de serem consideradas como sendo coercitivas. Além disto, a internação, em suas diferentes modalidades, constitui-se em um dos mecanismos da biopolítica. Os dados do presente estudo demonstram que a maioria dos pacientes não identifica uma percepção de coerção associada a esta internação voluntária, pois apenas um em cada grupo de 40 pacientes reconheceu uma percepção forte de coerção.
4. A dependência química é um fenômeno complexo. A compreensão adequada sobre as percepções de pacientes em tratamento para o transtorno por uso de substâncias psicoativas faz-se necessária para o entendimento adequado do tema, assim como para a produção de evidências qualitativas para a elaboração de políticas públicas neste setor. Foi possível identificar quatro categorias a partir das entrevistas realizadas: (1) buscando o tratamento, (2) causas da dependência química, (3) perdas e ganhos associados ao uso de drogas e (4) vida saudável. A família apareceu como figura importante nas quatro categorias que emergiram da análise dos dados, desempenhando diferentes papéis, muitas vezes até mesmo ambíguos. Este modelo demonstra a importância de pensar a estrutura de reprodução da dependência química na elaboração de políticas públicas, pois, somente superando esse círculo de repetição é que uma melhor assistência ao usuário de substâncias psicoativas e um melhor uso dos recursos materiais e simbólicos será atingido.

5. A Bioética é um campo em crescimento na América Latina, embora suas estatísticas de impacto sejam tímidas. Para as próximas décadas, os desafios serão aumentar o impacto de sua produção, tanto em termos regionais, como em termos internacionais. A criação de redes de colaboração com Centros de Excelência em Bioética em outros países, sobretudo em Universidades reconhecidas pela sua excelência acadêmica, será importante passo na busca deste objetivo. A publicação de mesmo artigo, nas três principais línguas do continente, tal como com a Revista Bioética vem fazendo, é de extrema importância para a internacionalização da Bioética latino-americana. Por fim, outro desafio é aprimorar a educação e o ensino de Bioética no continente, criando cursos de pós-graduação *strictu e lato sensu*.

Desta maneira, é possível afirmar que a Bioética Complexa como instrumento metodológico é importante ferramenta para a compreensão da dependência química. Por meio desta abordagem podemos identificar e utilizar diferentes teorias éticas para analisar a adição e os diferentes aspectos relacionados ao tema. Além disto, a Biopolítica aparece como ferramenta crítica capaz de dar conta da complexidade dos aspectos relacionados a vida e ao viver de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Tanto na abordagem clássica de Foucault, quanto na de Agamben, Hardt e Negri e de Esposito, é possível pensar os instrumentos pelos quais a biopolítica opera no campo da adição.

11. PERSPECTIVAS FUTURAS

São necessários mais estudos abordando a biopolítica da saúde mental e da adição. A Bioética Complexa é importante ferramenta metodológica para a análise deste tema. Estudos abordando as políticas de alteridade, numa perspectiva de Emanuel Levinas, e as políticas de reconhecimento, na perspectiva de Axel Honneth, são necessárias para pensarmos possibilidades de abordagem do problema de maneira abrangente e numa perspectiva de corresponsabilidade.

É necessário pensar as consequências previstas e não-previstas da biopolítica da saúde mental a nível global e regional e suas relações com outros campos do conhecimento, como Direito Penal, Segurança Pública, Sistema Penitenciário, Saúde Pública. A Bioética pode ser um importante campo de diálogo entre estas diferentes perspectivas.

ANEXOS

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCPA

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 140101

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

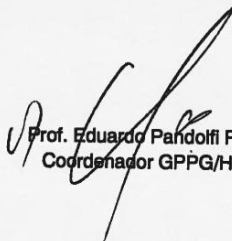
JOSE ROBERTO GOLDIM
MARIANA ESCOBAR
CHARLISE PASUCH DE OLIVEIRA
ALESSANDRA MENDES CALIXTO
CASSIO LAMAS PIRES

Título: CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA E NOVAS IDENTIDADES EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA BIOÉTICA COMPLEXA

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 19 de março de 2014.


Prof. Eduardo Paíndolfi Passos
Coordenador GPPG/HCPA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
VERSÃO PARA PACIENTES**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Construção da autonomia e novas identidades em dependência química: uma reflexão a partir da bioética complexa”**, realizada pelo Laboratório de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) tendo como pesquisador responsável o Prof. Dr. José Roberto Goldim.

Esta pesquisa tem como objetivo principal investigar como é construída a sua autonomia, qual a sua percepção de novas possibilidades de identidades e novos estilos de vida, e a sua percepção de coerção em relação ao tratamento da dependência química.

Sua participação será por meio do preenchimento de um questionário contendo perguntas sobre dados sócio-demográficos, e de dois instrumentos auto-aplicáveis, sobre coerção e autonomia. A resposta destes instrumentos terá duração média de 30 minutos ao todo. Caso você tenha dificuldade de leitura e/ou compreensão o pesquisador se disponibilizará para auxiliar no preenchimento dos instrumentos. Além disto, você poderá ser convidado a participar de uma entrevista com a duração média de 30 minutos, em dia e horário a combinar, para discutir questões relacionadas à sua trajetória de vida e de tratamento, assim como percepções a respeito do tratamento da dependência química.

Os benefícios da sua participação neste estudo estão na possibilidade de esclarecer alguns aspectos relacionados à sua autonomia e autodeterminação, ou seja, em relação a sua capacidade para tomar suas próprias decisões em relação ao seu tratamento, além de aspectos relacionados à sua percepção de identidade associada ao tratamento da dependência química. Esta discussão também poderá ser útil para você esclarecer dúvidas a respeito da dependência química e possibilitar uma discussão a respeito da autonomia.

Você poderá sentir algum desconforto em discutir estes aspectos durante a entrevista. A qualquer momento você pode decidir não participar mais deste estudo, sem precisar justificar e sem que isto prejudique qualquer forma de tratamento que lhe é oferecido.

Todos os dados pessoais serão confidenciais. Os resultados do estudo poderão ser publicados em revista científica ou discutidos com profissionais da saúde de maneira coletiva, sem citar seu nome, ou qualquer outra forma que possibilite a sua identificação.

A sua participação é voluntária. Você só participará se quiser e a sua participação não implicará em qualquer tipo de remuneração. Você poderá solicitar novos esclarecimentos ou tirar suas dúvidas ligando para o Laboratório de Bioética (51 33597615) ou para o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA que aprovou este projeto (51 33598304), que funciona de segunda à sexta das 8 às 17 horas. Este termo de consentimento livre e esclarecido é elaborado em duas vias, ficando uma em sua posse e outra na posse do pesquisador responsável.

Declaro que fui informado dos objetivos de forma clara e de como vou participar deste estudo, e que as minhas dúvidas foram respondidas

Porto Alegre, _____ de _____, de 20____.

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE PERCEPÇÃO DE COERÇÃO EM ASSISTÊNCIA

Escala de Percepção de Coerção em Assistência

PRONTUÁRIO: _____
 SEXO: ()F ()M
 IDADE: ___ ANOS PROFISSÃO: _____
 ESCOLARIDADE: ___ ANOS DE ESTUDO
 NÃO ALFABETIZADO
 ENSINO FUNDAMENTAL (PRIMÁRIO/ 1º GRAU)
 ENSINO MÉDIO (GINÁSIO/ 2º GRAU)
 ENSINO SUPERIOR (FACULDADE)
 PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO/ DOUTORADO)

Leia as seguintes frases e assinale se concorda ou discorda da afirmação:

	Concordo	Discordo
Tive oportunidade suficiente de dizer se queria me tratar.		
Tive oportunidade de dizer o que queria a respeito do tratamento.		
Ninguém parecia interessado em saber se eu queria me tratar.		
Minha opinião sobre o tratamento não interessou.		

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- Quais as experiências vivenciadas pelos pacientes que procuram um tratamento na modalidade de internação para a DQ?
- Quais são as implicações do tratamento grupal, em grupo e individual sobre os conceitos de identidade em pacientes internados em uma Unidade de desintoxicação?
- o contexto amplo das crenças em saúde sobre as “causas da DQ”;
- o significado, a representação do uso e consumo de SPAs na trajetória de vida e de tratamento dos pacientes internados no Serviço de Psiquiatria das Adições do HCPA;
- o significado, a representação e a importância da “história familiar com relação à DQ;
- como estas percepções estão associadas às atitudes relativas a outros estilos de vida opostos ao da “vida de ativa” ou a outros fatores de risco associados à DQ;