

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

**BIOÉTICA, AUTONOMIA E AUTODETERMINAÇÃO EM PACIENTES
INTERNADOS PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO MENTAL E
COMPORTAMENTAL DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

LUCAS FRANÇA GARCIA

PORTO ALEGRE

2013

**BIOÉTICA, AUTONOMIA E AUTODETERMINAÇÃO EM PACIENTES
INTERNADOS PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO MENTAL E
COMPORTAMENTAL DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

LUCAS FRANÇA GARCIA

Trabalho apresentado como pré-requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre 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

PORTO ALEGRE

2013

CIP - Catalogação na Publicação

França Garcia, Lucas
BIOÉTICA, AUTONOMIA E AUTODETERMINAÇÃO EM
PACIENTES INTERNADOS PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO
MENTAL E COMPORTAMENTAL DEVIDOS AO USO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
/ Lucas França Garcia. -- 2013.
92 f.

Orientador: José Roberto Goldim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2013.

1. Bioética. 2. Desenvolvimento psicológico-moral.
3. Autonomia. 4. Dependência Química. 5.
cocaína/crack. I. Goldim, José Roberto, orient. II.
Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. José Roberto Goldim pela orientação e pelas oportunidades desafiantes de aprendizado proporcionadas durante esta longa caminhada que teve início ainda na graduação.

Aos meus Pais, Soraia Garcia e Ilton Garcia, pelo apoio e incentivo para continuar com os meus estudos.

Aos Profissionais da Unidade de Adição da Unidade Álvaro Alvim pelo acolhimento e pela oportunidade de aprendizado. Em especial a Enfermeira e Consultora em Dependência Química Alessandra Mendes Calixto, que abriu as portas dos seus grupos terapêuticos para a minha participação e que muito tem me ensinado neste quase um ano de trabalho e convivência.

Ao Professor Dr. Marcelo Schmitz e demais professores da disciplina de Psicologia Médica II: Relação Médico-Paciente do Departamento de Psiquiatria da UFRGS pela oportunidade de realizar o estágio docência.

Ao Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas pela disponibilidade e disposição na resolução dos problemas dos alunos. Em especial a Vera Susana Ribeiro, Professor Wolnei Caumo e aos bolsistas, Rodrigo e Maiara.

Aos colegas do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pela parceria em todos os momentos deste trabalho. Em especial a Bruna Genro, Fernanda Trindade e Gabriella Santos pela ajuda na construção deste trabalho e pelas discussões a respeito do tema.

Aos Professores: Dra. Maria Paz Hidalgo, Dra. Sarah Gibbons e Dr. Renato de Oliveira pelo aceite em participar da banca examinadora deste trabalho.

Aos pacientes que participaram desta pesquisa e que lutam bravamente contra este grave problema.

À Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) por financiar a estrutura da Unidade Álvaro Alvim para o tratamento de usuários de *crack*.

À CAPES e ao FIPE-HCPA pelo financiamento deste trabalho.

RESUMO

Introdução: O Transtorno mental e comportamental devidos ao uso de substância psicoativa (TUSP) é um grave problema social e de saúde pública em diversos países do mundo. No Brasil o consumo de *crack* tem sido nos últimos 20 anos um dos principais problemas de saúde pública. O objetivo deste estudo é avaliar o desenvolvimento psicológico-moral, autonomia e autodeterminação em pacientes com TUSP internados em um Hospital Universitário. **Fundamentação Teórica:** A bioética complexa é definida como “uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver”. Dentro desta perspectiva, estudar os aspectos do desenvolvimento psicológico-moral em usuários de *crack* faz-se necessária para se ter uma compreensão adequada a respeito da capacidade de tomada de decisão destes pacientes. Diversos pesquisadores trabalharam com a perspectiva do desenvolvimento psicológico-moral. Nesta pesquisa serão abordados os seguintes autores: Jean Piaget, Laurence Kohlberg e Jane Loevinger. **Métodos:** Foi aplicado um instrumento para avaliação do desenvolvimento psicológico-moral que tem como objetivo verificar a capacidade de tomada de decisão dos indivíduos. A abordagem qualitativa utilizou-se do método etnográfico e da observação participante. **Resultados:** 50% dos pacientes (n=9) foram classificados na fase de conformista, 39% (n=7) e 11% (n=2) na fase autônoma. Quanto às observações do trabalho de campo, foi possível verificar dinâmicas relacionadas a aspectos do pertencimento social, aspectos simbólicos do tratamento, a distinção entre autonomia e autodeterminação e a resignificação do sentido da autonomia para estes pacientes. **Conclusões:** Todos os pacientes avaliados por esta pesquisa foram considerados capazes de tomar decisão no seu melhor interesse, com relação ao seu nível de desenvolvimento psicológico-moral. Podemos perceber também a preservação da autonomia destes pacientes, no sentido de capacidade de decisão baseada em argumentos morais, a partir da participação destes pacientes na produção e construção das regras da Unidade de internação. **Palavras-chave:** Bioética; desenvolvimento psicológico-moral; capacidade de tomada de decisão; crack;

ABSTRACT

Introduction: Mental and behavioral disorder due to multiple drug use and use of other psychoactive substances (MPSU) is a serious social and public health problems in many countries worldwide. In Brazil, the use of crack cocaine has for the last 20 years been one of the major public health problems. The aim of this study is to evaluate the moral-psychological development, autonomy and self-determination in patients with MPSU admitted in a university hospital. **Theoretical Foundation:** Complex bioethics is defined as "a shared reflection, interdisciplinary and complex on the appropriateness of actions that involve life and living." Within this perspective, studying psychological and moral development in crack users is necessary to have a proper understanding of the patients decision-making capacity. Several researchers have worked with the prospect of moral-psychological development. This research will address the following authors: Jean Piaget, Laurence Kohlberg and Jane Loevinger. **Methods:** An instrument was used for assessing the moral-psychological development that aims to determine the ability of individuals decision-making. A qualitative approach was used with the ethnographic method through participant observation. **Results:** 50% of patients (n = 9) were placed in conformist stage, 39% (n = 7) in conscientious stage and 11% (n = 2) in autonomous stage. In the field notes, specific cultural dynamics were observed relating to aspects of social belonging, symbolic aspects of treatment, distinctions among autonomy and self-determination and redefinition of the meaning of autonomy for these patients. **Conclusions:** All patients in this study were considered able to make decisions in their best interest, in relation to their level of moral-psychological development level. We can observe also the patients preservation of their autonomy, in the sense of their capacity to make decisions based on moral arguments and from the participation of these patients in the production and their construction of the rules of the hospital unit

Keywords: bioethics, moral-psychological development, decision-making ability; crack cocaine;

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS

Quadro 1: Quadro comparativo entre as teorias de Jean Piaget, Lawrence Kohlberg e Jane Loevinger sobre o desenvolvimento psicológico-moral.	34
Tabela 1: Idades e Fases do desenvolvimento psicológico-moral	43
Tabela 2: Escolaridade e Fases do desenvolvimento psicológico-moral	44
Gráfico 1: Comparação em relação à fase do desenvolvimento psicológico-moral deste estudo com outras pesquisas já realizadas.	54

LISTA DE ABREVIATURAS

CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
GD	Grupo de Desintoxicação
GR	Grupo de Reabilitação Psicossocial
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
TUSP	Transtorno mental e comportamental devidos ao uso de substância psicoativa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1. TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: DEFINIÇÃO	16
2.1.1 A INTRODUÇÃO DO CRACK NO CENÁRIO MUNDIAL	17
2.1.2 PERFIL DO USUÁRIO E A CULTURA DO CONSUMO DE CRACK NO BRASIL	18
2.1.3 CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS DO USO DO CRACK	19
2.2 BIOÉTICA E CAPACIDADE DE TOMADA DE DECISÃO	21
2.2.1. DURKHEIM: MORAL E FATO SOCIAL	24
2.2.2 JEANT PIAGET E O DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL DE CRIANÇAS	26
2.2.3 LAURENCE KOHLBERG E A DISCUSSÃO DE DILEMAS MORAIS	28
2.2.4 JANE LOEVINGER E AS FASES DO DESENVOLVIMENTO DO EGO.....	30
3. JUSTIFICATIVA.....	35
4. OBJETIVOS.....	37
4.1. OBJETIVO GERAL	37
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
5. MÉTODOS.....	38
6. RESULTADOS	43

6.1 DESENVOLVIMENTO-MORAL E CAPACIDADE PARA TOMADA DE DECISÃO	43
6.2 OBSERVAÇÕES DE CAMPO.....	44
6.2.1 GRUPOS DE EVOLUÇÃO: ASPECTOS SIMBÓLICOS E PERTENCIMENTO A UM GRUPO	44
6.2.2 GRUPOS DE AVALIAÇÃO: AUTONOMIA E AUTODETERMINAÇÃO.....	48
6.2.3 GRUPOS REGRAS DE CONVIVÊNCIA: A RESSIGNIFICAÇÃO DA AUTONOMIA	49
7. DISCUSSÃO.....	52
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ARTIGO ORIGINAL EM PORTUGUES	69
ANEXOS	91
ANEXO 1: INSTRUMENTO UTILIZADO PARA AVALIAR O DESENVOLVIMENTO MORAL-PSICOLÓGICO	91
ANEXO 2: REGRAS GERAIS DE CONVIVÊNCIA DA UNIDADE	92
ANEXO 3: REGRAS DE CONVIVÊNCIA NO REFEITÓRIO.....	93
ANEXO 4: REGRAS DE CONVIVÊNCIA DURANTE A VISITA.....	94

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno mental e comportamental devidos ao uso de substância psicoativa(TUSP), classificação adotada pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da Organização Mundial da Saúde (CID-10)(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008), é um grave problema social e de saúde pública em diversos países do mundo (BLUMSTEIN; RIVARA; ROSENFELD, 2000; DIAS et al., 2011; FALCK; WANG; CARLSON, 2008; NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; PARRY et al., 2008; SMART, 1988a, 1988b; WECHSBERG et al., 2008).

O consumo de *crack* tem sido nos últimos 20 anos um dos principais problemas de saúde pública do Brasil (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012). Dados epidemiológicos mostram o avanço do consumo desta substância e as suas diversas consequências para os usuários, para a saúde pública e para a sociedade brasileira.

Em Levantamento Domiciliar realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) entre os anos de 2001 e 2005 mostrou que o consumo de Substâncias Psicoativas (SPA) tem crescido de maneira significativa no Brasil (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006). Para a substância deste estudo, o *crack*, os dados são igualmente significativos do ponto de vista das consequências sociais e para a saúde pública. O consumo desta substância, segundo este Levantamento, quase dobrou em nível nacional e na região sul o consumo para uso na vida passou de 0,5% para 1,1%, dobrando, em quatro anos, o número de indivíduos que faziam uso

do *crack* na sua vida diária (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006).

Este aumento do consumo de SPA, sobretudo o *crack*, traz consigo, conseqüentemente, uma série de problemas psicológicos, sociais, biológicos, neurológicos e cognitivos, como por exemplo, aumento da violência urbana e da criminalidade (RIBEIRO et al., 2006, 2007; SANTOS et al., 2001; SOUZA; ASSIS; SILVA, 1997), risco de transmissão de doenças infecciosas como HIV/AIDS (PECHANSKY et al., 2005, 2007; SANTOS et al., 2001; SOUZA; ASSIS; SILVA, 1997), entre outros .

As conseqüências para o usuário vão desde mudanças na estrutura e no funcionamento do cérebro (CUNHA et al., 2004; LARANJEIRA, 2012), alterações cognitivas, mentais, neurológicas, psicológicas a alterações na vida diária (LARANJEIRA, 2012) levando o indivíduo na maioria das vezes a procurar o tratamento para o TUSP. Entretanto, as conseqüências psicossociais são as que mais se destacam nesta discussão: prostituição, desestruturação familiar, abandono social, marginalidade, violência e criminalidade são alguns dos problemas sociais associados ao uso de SPA.

A violência urbana e a criminalidade são os problemas sociais de maior gravidade associado ao consumo de SPA. Estudo realizado por pesquisadores de São Paulo mostrou que, de 131 pacientes acompanhados em um Hospital do interior de São Paulo, aproximadamente 10% dos usuários de cocaína/*crack* estavam presos por envolvimento com atividades ilícitas ou ilegais e 21% foram vítimas de homicídio em decorrência de envolvimento em atividades ilegais (DIAS; ARAÚJO; LARANJEIRA, 2011). Estes dados demonstram a gravidade deste problema e a necessidade do investimento de recursos cada vez maiores em pesquisas que

procurem compreender este complexo fenômeno que envolve diferentes esferas da vida social.

Associada a estas consequências do uso de SPA, sobretudo o *crack*, existe uma cultura entre os usuários que os ‘predispõe’ a comportamentos de risco. Existem certas características que os identificam como usuários, devido ao dano físico e corporal que o *crack* causa nos usuários, como feridas nas mãos e nos lábios e perda de peso, entre outros danos (KESSLER; PECHANSKY, 2008; OLIVEIRA; NAPPO, 2008b). Os principais elementos constituintes desta ‘cultura’ dos usuários são comportamentos sexuais de risco, que os predispõe à contaminação de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), à exclusão social e ao tráfico de drogas e criminalidade, levando os indivíduos a viverem em um ambiente altamente opressivo e violento, em que os comportamentos esperados pelos membros destes grupos são muito bem delimitados, assim como suas respectivas sanções.

Neste sentido o aporte teórico-metodológico da bioética complexa pode ser uma ferramenta importante para a compreensão deste fenômeno. O modelo de bioética complexa é definido como *“uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver”(GOLDIM, 2006)*. Ele visa analisar, de maneira abrangente e complexa, diferentes aspectos das ações humanas que envolvem a vida, enquanto categoria biológica, e o viver, enquanto categoria moral, social, cultural e política (GOLDIM, 2006). Além disto, são poucos os estudos que problematizam a capacidade moral para tomada de decisão, a autonomia e a autodeterminação dos usuários de SPA.

As motivações para este estudo surgiram a partir da participação do Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) nas atividades da então

recém-criada Unidade de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), que oferece tratamento inovador do TUSP: *crack* no Brasil.

Estas inserções deram-se de maneira gradual e começou com a participação na Reunião Clínica da Unidade, que visa discutir aspectos logísticos, conceituais e assistenciais, e depois nos grupos terapêuticos, que trabalham questões relacionadas à construção das regras de convivência da Unidade nos diferentes espaços da Internação.

Esta dissertação deu origem ao artigo “Bioética, autonomia e autodeterminação em pacientes internados para o tratamento do Transtorno Mental e Comportamental devidos ao Uso de Substâncias Psicoativas em um Hospital Universitário” que será submetido para publicação ao periódico “American Journal of Bioethics”.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: DEFINIÇÃO

O Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas (TUSP), classificação adotada pelo Catálogo Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID-10)(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008) é um grave problema social e de saúde pública em diversos países (BLUMSTEIN; RIVARA; ROSENFELD, 2000; DIAS et al., 2011; FALCK; WANG; CARLSON, 2008; NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; PARRY et al., 2008; SMART, 1988a, 1988b; WECHSBERG et al., 2008).

O TUSP é considerado uma síndrome de curso crônico e recidivante que provoca mudanças importantes no funcionamento do cérebro acarretando alterações cognitivas, mentais, psicológicas e sociais do usuário de SPA (DEAR, 2011; KALIVAS; VOLKOW, 2005). Estas mudanças na estrutura e no funcionamento do cérebro, provocado pelo uso contínuo de cocaína/*crack*, originam e/ou potencializam comportamentos compulsivos que interferem de maneira significativa na vida cotidiana dos pacientes, além de causar comprometimentos neuropsicológicos e cognitivos importantes aos usuários (DEAR, 2011; LARANJEIRA, 2012).

Entretanto, não são somente alterações neurobiológicas que estão envolvidas no consumo de substâncias psicoativas. Outras questões importantes estão relacionadas ao TUSP: *crack* como, por exemplo, aspectos sociais, psicológicos, econômicos, culturais, políticos, morais, éticos, entre outros . Em razão disto,

podemos considerá-la uma síndrome complexa que envolve não somente o indivíduo e sua família, mas também a própria sociedade, e por isso faz-se necessária uma abordagem complexa de diversas áreas do conhecimento a respeito deste problema (DE TAR, 2011; LARANJEIRA, 2012).

2.1.1 A INTRODUÇÃO DO CRACK NO CENÁRIO MUNDIAL

O consumo de cocaína na forma fumada só foi descoberto na América Latina a partir dos anos 1970, antes disto não se tem registro desta forma de uso (PERRENOUD; RIBEIRO, 2012). Somente em meados dos anos 1980, entretanto, surgiram os primeiros relatos do consumo de cocaína pela via pulmonar nos Estados Unidos da América (EUA), nas periferias de Los Angeles, Miami e Nova Iorque (REINARMAN; LEVINE, 1997). O processo da utilização da pasta básica da cocaína na forma fumada era realizado artesanalmente, em casas abandonadas nos bairros pobres dessas grandes cidades, que deram origem à expressão “*crack houses*” (GETER, 1994). Este processo consistia no ‘cozimento’ da pasta básica da cocaína combinada com bicarbonato de sódio e outros produtos químicos, dando origem a cristais que, quando fumados em um cachimbo ou outro recipiente, estralavam, fazendo um barulho denominado, em inglês, ‘*cracking*’, daí o nome destes cristais como pedras de *crack* (KESSLER; PECHANSKY, 2008; PERRENOUD; RIBEIRO, 2012).

No Brasil, o primeiro relato do uso desta substância é datado de 1989 (DUNN et al., 1996), ou seja, quase 10 anos após a aparição nos EUA (KESSLER; PECHANSKY, 2008). Em 1991 houve a primeira apreensão da droga pela Polícia

Militar de São Paulo e os registros só aumentaram a partir de então; de 204 registros de apreensão de *crack* em 1993, estes passaram para 1.906 casos de apreensão em 1995 (INCIARDI, 1993; NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996), ou seja, em apenas dois anos houve um aumento significativo nas apreensões desta substância pela Polícia dos diferentes estados da Federação brasileira.

Novas apresentações da cocaína fumada surgiram recentemente, como o aparecimento do *oxi* – mistura de cocaína com diversos produtos entre eles gasolina, querosene e cal virgem -, que recentemente apareceu no Estado do Acre, com relatos de aparição em outros estados, como Amazonas e São Paulo (BASTOS et al., 2011).

2.1.2 PERFIL DO USUÁRIO E A CULTURA DO CONSUMO DE CRACK NO BRASIL

Os estudos apontam que os usuários de *crack* são geralmente jovens, da faixa etária entre 18 e 35 anos, do sexo masculino, solteiros, com baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e sem vínculos empregatícios formais, e boa parte já morou ou mora na rua (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS, 2006; NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; NAPPO et al., 2001; OLIVEIRA; NAPPO, 2008a, 2008b; VAN DER MEER SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Os usuários de *crack* em sua maioria apresentam uma trajetória de utilização de diferentes substâncias PSA, começando com o álcool e o tabaco, sendo a maconha a SPA mais comum na segunda fase de experimentação (VAN DER

MEER SANCHEZ; NAPPO, 2007). Pesquisa qualitativa realizada com 65 sujeitos (48 usuários de *crack* e 17 ex-usuários) verificou que a grande maioria dos entrevistados começou o uso de drogas com o álcool e o tabaco, e já usaram até 14 SPA diferentes, entre elas o *crack* (OLIVEIRA; NAPPO, 2008b).

Outro fator importante da cultura do *crack* está diretamente ligado ao envolvimento dos usuários em atividades ilegais e/ou ilícitas. Os entrevistados na pesquisa qualitativa realizada por Oliveira e Nappo relataram já terem realizados diversos atos ilícitos, como prostituição, tráfico de drogas, roubos, sequestros, venda de pertences próprios e de familiares, entre outras atividades (OLIVEIRA; NAPPO, 2008b). Estes dados demonstram semelhança com a cultura do *crack* que tem sido relatada pela literatura norte-americana, em que os usuários são jovens de classe baixa, com baixa escolaridade, solteiros e que já tiveram envolvimento com atividades ilícitas (CROSS et al., 2001).

2.1.3 CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS DO USO DO CRACK

As consequências sociais do uso do *crack* estão geralmente associadas à violência e à criminalidade. Exclusão social, processos de marginalização, tráfico de drogas, prostituição são algumas destas consequências. Por não serem aceitos pela sociedade, os usuários de SPA em geral, sobretudo os usuários de *crack*, devido ao atual estigma associado a esta substância, são excluídos e deixados à margem da vida civil, como por exemplo, exclusão do mercado de trabalho formal e dificuldade para acessar serviços públicos, sobretudo os serviços de saúde (INCIARDI, 1993; RIBEIRO et al., 2006, 2007; SANTOS et al., 2001; SOUZA; ASSIS; SILVA, 1997).

Essa exclusão, por consequência, leva o indivíduo a procurar atividades no mercado de trabalho informal, sobretudo atividades ilegais e/ou ilícitas, pois o indivíduo precisa conseguir dinheiro para usar o *crack*. Segundo a literatura internacional, e no Brasil não tem sido diferente, os usuários começam com delitos menos graves do ponto de vista penal, como pequenos roubos e furtos, e aos poucos, devido à rápida dependência que desenvolvem, se envolvem em atividades mais graves, como roubos e assaltos a mão armada, sequestros, homicídios e tráfico de drogas (RIBEIRO et al., 2012).

O envolvimento nestas atividades faz com o que o indivíduo pertença a um grupo com regras e valores muito explícitos e rígidos, levando-o a ter um entendimento muito limitado a respeito das suas possibilidades de ação. Obrigação e proibição são as categorias morais mais usualmente utilizadas por este grupo, devido a seu rígido 'código moral'. Estudos de pesquisadores de São Paulo mostraram que grande parcela dos usuários de *crack* tratados em um Hospital da região metropolitana estava presa ou havia sido vítima de homicídio (DIAS et al., 2011; RIBEIRO et al., 2006, 2007).

Outra importante consequência social do uso de SPA é a prostituição. Estudos têm indicado que a prática da troca de sexo por dinheiro ou por drogas tem sido corriqueira entre o grupo de usuários de SPA. Este comportamento coloca um sério problema, que tem sido relatado também na literatura internacional, que é a exposição a DSTs, sobretudo o HIV/AIDS. Estudos têm demonstrado que uma grande parcela dos usuários de *crack*, tanto do sexo masculino como feminino, são soropositivos e relatam a prática da prostituição como estratégia de obtenção de recursos para o consumo de SPA (PECHANSKY et al., 2005, 2007).

2.2 BIOÉTICA E CAPACIDADE DE TOMADA DE DECISÃO

A Bioética é um campo interdisciplinar do conhecimento que tem sua origem tradicionalmente creditada ao oncologista norte-americano Van Ressaenler Potter com a publicação do livro *“Bioethics: the bridge to the future”*. Nesta publicação o autor coloca que a Bioética é a ligação entre o conhecimento científico e as humanidades, ponte necessária à sobrevivência da espécie humana diante dos problemas éticos e morais decorrentes do avanço da Ciência (POTTER, 1971).

Achados recentes apontam,entretanto, que o termo bioética (*bio-ethik*, em alemão), na realidade, foi proposto pela primeira vez pelo alemão, pastor de orientação luterana, Fritz Jahr. Neste artigo publicado em 1926 relata que a Psicologia de sua época, já baseada em modelos experimentais, não lidava somente com seres humanos para o entendimento das patologias psicológicas. Modelos de pesquisa animal, como o anatomo-zootômico, assim como comparações entre a alma humana e a animal estavam sendo realizadas. Isto demonstra, segundo Jahr, que mesmo uma Ciência como a Psicologia já começava a ter preocupações éticas com relação aos outros seres vivos, inclusive com as plantas, a partir destes experimentos. Neste sentido, podemos falar de uma Bio-Psiquica, como eram chamados estes estudos por Fritz Jahr. E da Bio-Psiquica, ou seja, das preocupações éticas não só para com os seres humanos, mas também com os outros seres vivos, para a Bioética é ‘apenas um passo’ (JAHR, 1926).

É neste artigo também que o autor propõe pela primeira vez o que ele denomina de imperativo bioético, que diz: *“Respeita cada ser vivo como um Fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal!”*(JAHR, 1926)”. Nesta formulação Fritz Jahr, com forte orientação kantiana,propõe e reforça a implicação ética dos seres

humanos para com os demais seres vivos, ou seja, de que nós, seres humanos, temos obrigações éticas também com os outros animais e com as plantas(JAHR, 1926).

A partir dos anos 1970, houve um aumento significativo dos estudos em bioética. Estudos sobre ética na pesquisa (BEECHER, 1966; LADIMER, 1948, 1957; NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, 1978), sobre capacidade para tomada de decisão e consentimento informado (BERG et al., 2001; FADEN; BEAUCHAMP; KING, 1986), entre outros temas. No desenvolvimento dessa discussão surge a teoria de Beauchamp e Childress, que buscou dar respostas aos problemas éticos das ciências biomédicas, por meio do que denominaram de quatro princípios básicos da ética biomédica, quais sejam, a autonomia ou o respeito à pessoa, a não maleficência, a beneficência e a justiça (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002). A influência desta perspectiva teórica foi grande durante muito tempo e diversos trabalhos em Bioética adotaram esta perspectiva em seus trabalhos.

Com o crescente avanço da biotecnologia e da complexidade dos conflitos éticos apresentados aos pesquisadores, novos aportes teórico-metodológicos foram propostos com a finalidade de dar resposta a estes novos problemas. Entre estes novos aportes podemos citar a perspectiva dos Direitos Humanos em Bioética; a perspectiva de uma Ética das Virtudes, já presente nos anos de 1970 no até então *The Joseph and Rose Kennedy Institute for Study of Human Reproduction and Bioethics* e que posteriormente passa a se chamar de *Kennedy Institute of Ethics* e é lotado no campus da Universidade de Georgetown, em Washington; a perspectiva da alteridade de Emmanuel Levinas; entre outros referências teóricas.

A bioética complexa, modelo adotado neste trabalho, é definida como “uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver (GOLDIM, 2006)”. Este modelo visa analisar de maneira abrangente e integradora, diferentes aspectos das ações humanas que envolvem a vida, enquanto categoria biológica, e o viver, enquanto categorias moral, social, cultural e política, a partir das diferentes perspectivas teóricas, referidas acima (GOLDIM, 2006).

Dentro desta perspectiva estudar os aspectos do desenvolvimento moral e da capacidade moral para tomada de decisão em usuários de SPA faz-se necessário para se ter uma compreensão adequada a respeito da capacidade de tomada de decisão em usuários de SPA internados em um Hospital Universitário, uma vez que os estudos indicam que o usuário de *crack* tende a ser excluído dos processos decisórios mais básicos e da própria sociedade e colocado em situações de marginalidade e vulnerabilidade, impossibilitando-os de manter um convívio sustentável moralmente.

A moralidade e a formação de uma comunidade moral distinta daquela vivenciada e experimentada na cultura do uso de SPA é um dos objetivos do tratamento e do processo de recuperação de pacientes com TUSP em *crack*. A internalização de valores e de argumentos morais que orientem o comportamento, ou seja, o desenvolvimento do juízo moral do indivíduo é um processo contínuo e constante que é construído de diversas maneiras e em diferentes momentos do tratamento.

Tal processo visa a introjeção de normas e valores que orientem ações adequadas do ponto de vista moral, ou seja, daquilo que como sociedade definimos

como adequado para o desenvolvimento de um convívio social sustentável e instrumentaliza o indivíduo a utilizar argumentos morais para tomar as suas decisões de acordo com um sistema de regras e valores legitimados por ele e pela sociedade.

Diversos pesquisadores trabalharam com a perspectiva do desenvolvimento moral tanto do ponto de vista individual como social. Jean Piaget, Laurence Kohlberg e Jane Loevinger são os autores mais importantes neste campo da Psicologia do Desenvolvimento, tendo outros autores e linhas de argumentação diferentes das linhas de pesquisa adotadas por estes.

Antes de discutirmos a teoria de Jean Piaget cabe fazermos uma breve introdução a respeito da concepção de moral em Emile Durkheim, para que possamos compreender o contexto histórico de todas estas formulações, uma vez que a obra de Piaget sobre o juízo moral na criança começa por fazer uma discussão com os estudos do sociólogo francês.

2.2.1.DURKHEIM: MORAL E FATO SOCIAL

Emile Durkheim (1858-1917),sociólogo francês que consolidou a Sociologia como disciplina científica no final do século XIX, concebia a sociedade como a origem e fundamento de toda moralidade.No que tange às questões que envolvem a moral, Durkheim, em debate com a filosofia kantiana, procura estabelecer uma Ciência da Moral, baseada em fatos oriundos da sociedade e não em meras especulações filosóficas.

Em *A divisão do trabalho social*, procura analisar a divisão do trabalho a partir da compreensão da solidariedade social na sociedade moderna e da importância

desta para a manutenção da vida social em termos de coesão social. Foi a partir da especialização da divisão social do trabalho, que Durkheim caracteriza dois tipos de solidariedade: a mecânica, encontrada nas sociedades menos desenvolvidas; e a orgânica, típicas das sociedades industriais, onde há o predomínio da divisão do trabalho (DURKHEIM, 2008). Com o conceito de solidariedade social, Durkheim buscou mostrar como esta se constitui e se torna responsável pela coesão entre os diferentes indivíduos dos grupos sociais, e de que maneira ela varia segundo o modelo de organização social. Sendo a solidariedade a responsável pela coesão do grupo, a solidariedade social é também um fato moral, na medida em que as regras morais têm por objetivo integrar os indivíduos à vida em sociedade.

Neste sentido, para Durkheim a moral é

[...] tudo o que é fonte de solidariedade, tudo o que força o indivíduo a contar com seu próximo, a regular seus movimentos com base em outra coisa que não os impulsos de seu egoísmo e a moralidade é tanto mais sólida quanto mais numerosos e fortes são estes laços (DURKHEIM, 2008).

Isto quer dizer que a moral possui papel essencial na manutenção da ordem social, na medida em que é a principal fonte de integração dos indivíduos à vida coletiva. Ou seja, a ação moral, em Durkheim, é uma conduta pré-estabelecida e que se manifesta imediatamente às consciências individuais através das representações sociais que os indivíduos fazem do mundo (WEISS, 2007).

As críticas a esta visão são de que ela implica na impossibilidade de visualizar a ação transformadora dos indivíduos, pois apresenta uma capacidade quase nula

dos indivíduos agirem no plano da história cotidiana sem que suas ações estejam reduzidas a mecanismos exteriores de dominação e determinação.

Se tomarmos a hegemonia da sociedade sobre o indivíduo teremos este transformado em um mero elemento do todo, uma parte do sistema social que apenas cumpre a sua função dentro da sociedade, ou seja, é despido das características que exprimem sua essência: a razão e a liberdade (FREITAG, 1989, 1992). Em outras palavras, tomando a supremacia da sociedade sobre o indivíduo, não temos em Durkheim o espaço para o desenvolvimento da autonomia e da razão, uma vez que autonomia para Durkheim é a subordinação do indivíduo às regras do grupo assumindo a natureza social das regras morais, uma vez que tal subordinação é feita através da autoridade que é posta pelos fatos e regras morais.

2.2.2 JEAN PIAGET E O DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO-MORAL DE CRIANÇAS

Jean Piaget foi o pesquisador responsável pela inovação que se deu no início do século XX a respeito das teorias sobre o desenvolvimento psicológico-moral e do juízo moral em crianças na Psicologia. Dialogando com as filosofias e teorias morais da época, sobretudo com a teoria sociológica de Émile Durkheim a respeito da moral, propõe uma perspectiva construtivista e interacionista a respeito do desenvolvimento psicológico-moral e da construção da autonomia na criança, a partir da observação e do estudo de jogos infantis em diferentes comunidades francesas (PIAGET, 1994).

Nestas pesquisas Piaget teve como objetivo compreender como as crianças se adaptam e se adequam às regras do jogo de “bola de gude”, quais as suas concepções e interpretações a respeito desta e como os sujeitos adquirem consciência e domínio das regras do jogo. Ele pode verificar entre crianças de diferentes idades que praticam este jogo, a existência de diferenças na interpretação, no respeito e na adesão às regras do jogo da “bola de gude”.

Estas diferenças foram classificadas por ele em duas dimensões: a dimensão da prática das regras e a consciência da regra. Essas diferenças de respeito e adesão às regras do jogo foram categorizadas como (a) anomia, (b) heteronomia e (c) autonomia moral (PIAGET, 1994).

A fase da anomia é aquela em que a criança ainda não faz parte do universo moral. Nesta fase as regras derivadas da moral ainda não estão associadas a valores como o bem e o mal, ao certo e ao errado (PIAGET, 1994). Trata-se, nesta fase do desenvolvimento do juízo moral da criança, de regras de conduta, ou seja, são apenas coisas que se fazem, sem estar associada necessariamente a um sistema de valores (DE LA TAILLE, 2007; LA TAILLE, 2007; PIAGET, 1994).

Na fase de heteronomia moral, as crianças consideram as regras imutáveis e com caráter místico e divino, oriundo geralmente da autoridade dos pais. O cumprimento dá-se em decorrência das consequências associadas à sua desobediência, sem fazer um raciocínio crítico e elaborado sobre a adequação ou não desta regra em relação ao seu contexto social (PIAGET, 1994). Nesta fase as categorias de errado e punição se sobrepõem, na medida em que as crianças neste estágio moral identificavam castigo e punição como simplesmente descumprimento

da regra e prevalece a noção de obrigação (DE LA TAILLE, 2007; PIAGET, 1994; QUEIROZ; RONCHI; TOKUMARU, 2009).

Na fase de autonomia moral, a regra é internalizada pelas crianças e seu propósito é colocado em questão sempre que esta não está de acordo com o conjunto de valores estabelecido pela sua comunidade moral ou pela sociedade como um todo, ou seja, o cumprimento não se dá mais em razão somente das consequências associadas à ação, mas sim da sua intencionalidade. Em outras palavras, as ações são colocadas em termos do porque agir desta maneira. Neste momento a criança percebe as regras como uma construção coletiva, estabelecida na igualdade e na reciprocidade de valores morais, podendo ela ser modificada a qualquer momento de acordo com a discussão entre necessidades individuais e coletivas. Reciprocidade, respeito mútuo e justiça são os sinais do desenvolvimento da autonomia na criança (DE LA TAILLE, 2007; PIAGET, 1994; QUEIROZ; RONCHI; TOKUMARU, 2009).

2.2.3 LAURENCE KOHLBERG E A DISCUSSÃO DE DILEMAS MORAIS

Dando continuidade aos trabalhos de Piaget, o psicólogo norte-americano Laurence Kohlberg propõe uma classificação ampliada das categorias do desenvolvimento psicológico-moral. Através de um estudo realizado com 75 jovens, de 12, 14 e 16 anos, da cidade de Chicago nos EUA, verificou que diferentes faixas etárias possuem diferentes raciocínios morais para os dilemas morais apresentados a estes indivíduos (BIAGGIO, 1997; KOHLBERG, 1981).

A partir deste estudo e de outros realizados em diferentes países e em diferentes classes sociais, Kohlberg chegou a uma ampliação da categorização proposta por Piaget a respeito do desenvolvimento psicológico-moral, em três níveis, cada um com dois estágios.

O primeiro nível, o autor denominou pré-convencional, e é composto pelos estágios 1 – obediência e punição; e 2 – trocas pessoais. Neste nível os agentes sociais ainda não são considerados autônomos do ponto de vista moral, pois tratam as regras de acordo com o seu caráter sagrado, pelo seu caráter de obrigação e não de dever moral.(BIAGGIO, 1997; KOHLBERG, 1981).Corresponde à fase de anomia moral de Piaget (GOLDIM, 1999).

O segundo nível, denominado convencional, é composto pelos estágios 3 – aprovação do grupo social; e 4 – orientação para o cumprimento da regra. Neste nível os agentes sociais ainda não possuem capacidade moral para tomada de decisão, pois tratam as regras de acordo com a expectativa da sociedade em relação ao seu papel dentro desta. Lei e ordem são categorias chaves para definir este segundo nível, pois os indivíduos cumprem as regras para manter as instituições e evitar desequilíbrios sociais (BIAGGIO, 1997; KOHLBERG, 1981). Equivale à fase de heteronomia de Piaget (GOLDIM, 1999).

O terceiro nível, denominado pós-convencional, é composto pelos estágios 5 – contrato social; e 6 – princípios éticos universais. Neste nível os indivíduos já possuem capacidade moral para tomada de decisão. Já é realizada a distinção entre valores individuais e valores coletivos, como a vida e a liberdade; as reconhece como mutáveis, podendo ser mudadas através dos mecanismos legais e contratos sociais democráticos. No ultimo estágio o desenvolvimento psicológico-moral atinge

seu nível mais alto. O indivíduo reconhece os princípios morais universais e se compromete com a sua defesa. Neste estágio pode haver um conflito entre lei e moral, diferente do nível anterior (BIAGGIO, 1997; KOHLBERG, 1981). Este nível equivale à fase de autonomia para Piaget (GOLDIM, 1999), em que o indivíduo tem consciência das regras e dos valores morais de sua comunidade e sua prática da regra é codificadora, ou seja, as regras podem ser modificadas pelos caminhos legais e democráticos, uma vez identificado o conflito entre a moral e a lei.

Na perspectiva de Kohlberg, o desenvolvimento moral é um processo contínuo de tomada de decisão e sucede-se seguindo esta sequência. Uma vez atingido um estágio superior não há possibilidade de retrocesso a categorias do desenvolvimento dos estágios anteriores (BRANCO, 2003; KOHLBERG, 1981).

A seguir passamos a discutir a perspectiva de Jane Loevinger a respeito do desenvolvimento moral a partir das suas discussões com relação às fases do desenvolvimento do Ego.

2.2.4 JANE LOEVINGER E AS FASES DO DESENVOLVIMENTO DO EGO

Jane Loevinger, psicóloga norte-americana, deu sequência aos estudos a respeito do desenvolvimento psicológico-moral a partir dos trabalhos de Piaget e de seus contemporâneos. Ela propôs uma classificação mais abrangente em relação à proposta por Piaget e Kohlberg e concluiu que as fases do desenvolvimento psicológico-moral são cumulativas, podendo o indivíduo transitar entre uma fase e outra, de acordo com as circunstâncias e o contexto em questão, diferentemente de

Kohlberg, onde uma vez atingido um determinado estágio do desenvolvimento moral o indivíduo não poderia retroceder para níveis anteriores (BRANCO, 2003).

Loevinger propôs o desenvolvimento do ego em sete fases. O primeiro estágio é o pré-social; o segundo, impulsivo; o terceiro, oportunista; o quarto estágio é o conformista; o quinto, consciencioso; o sexto, autônomo; e por fim, o sétimo, o estágio integrado. A partir do quarto estágio o indivíduo já é considerado autônomo para tomar decisões morais (LOEVINGER, 1966).

No primeiro estágio, pré-social, o indivíduo ainda não faz uma distinção entre o eu e o outro, entre o próprio e não próprio. O estilo interpessoal que caracteriza este estágio é o simbiótico, especialmente com a mãe (BRANCO, 2003; LOEVINGER, 1966; SOUZA, 1968).

O segundo estágio, denominado de impulsivo, é caracterizado pelo controle dos impulsos e pelo medo de retaliação. O estilo interpessoal é o da receptividade, da dependência e da exploração. Suas preocupações conscientes são com sentimentos corporais (sexuais e agressivos) e seu estilo cognitivo é baseado na confusão conceitual (BRANCO, 2003; LOEVINGER, 1966; SOUZA, 1968).

O terceiro estágio é o oportunista. O indivíduo tem medo de ser descoberto, exteriorização de censura e usa de expedientes para encobrir o descontrole sobre seus impulsos. Seu estilo interpessoal é pautado pela cautela, manipulação e pela exploração. Suas preocupações conscientes são obter vantagens, domínio e controle sobre os outros e autoproteção (BRANCO, 2003; LOEVINGER, 1966; SOUZA, 1968).

O quarto estágio, denominado conformista, é caracterizado pela conformidade para com as regras externas e a vergonha associada ao seu descumprimento. O

estilo interpessoal passa pelo surgimento da diferenciação de normas, pelo sentimento de pertencimento e reciprocidade a um grupo, porém superficial e limitado. As preocupações constantes são aparência, aceitabilidade social, coisas materiais, reputação e *status* e o estilo cognitivo é pautado pela simplicidade conceitual e por estereótipos (BRANCO, 2003; LOEVINGER, 1966; SOUZA, 1968).

O quinto estágio, denominado consciencioso, surge com a introspecção de regras e valores. As regras externas passam a ser internalizadas e a sua transgressão gera culpas. O estilo interpessoal torna-se intenso, significativo, responsável. As preocupações constantes estão relacionadas com obrigações, realizações, sentimentos diferenciados, motivos ou justificativas para o comportamento, respeito próprio e a autocrítica é exagerada. O estilo cognitivo é baseado na diversidade conceitual (BRANCO, 2003; LOEVINGER, 1966; SOUZA, 1968).

O sexto estágio, denominado autônomo, é caracterizado pela percepção dos conflitos internos dos impulsos em si e nos outros indivíduos e tolera as soluções encontradas pelos outros indivíduos para a resolução destes conflitos internos. Seu estilo interpessoal é intenso e revela o respeito pela autonomia das pessoas e da interdependência dos indivíduos. Suas preocupações pessoais envolvem desenvolvimento pessoal, auto realização e diferenciação de papéis sociais. O estilo cognitivo é pautado pelo aumento da complexidade conceitual, pela objetividade e pela tolerância à ambiguidade (BRANCO, 2003; LOEVINGER, 1966; SOUZA, 1968).

O sétimo e último estágio, integrado, é caracterizado pela reconciliação dos conflitos internos e uma renúncia ao inatingível é realizada. Seu estilo interpessoal valoriza a individualidade e sua preocupação consciente é a integração da

identidade com o todo social, migrando da independência para a interdependência(BRANCO, 2003; LOEVINGER, 1966; SOUZA, 1968).

O quadro a seguir, adaptado de Goldim (1999), mostra uma consolidação comparativa entre as diferentes teorias a respeito do desenvolvimento psicológico-moral.

Jean Piaget		Lawrence Kohlberg		Jane Loevinger
Prática da Regra	Consciência da Regra	Níveis	Estágios	Fases
Motora	Anomia	Pré-Convencional	Obediência e Punição	Pré-Social
			Trocas	Impulsivo
Egocêntrica	Heteronomia	Convencional	Aprovação do Grupo	Oportunista
			Deveres e Obrigações	Conformista
Cooperativa	Autonomia	Pós-Convencional	Contrato Social	Consciencioso
			Princípios Éticos Universais	Autônomo
Codificadora				Integrado

Quadro 1: Quadro comparativo entre as teorias de Jean Piaget, Lawrence Kohlberg e Jane Loevinger sobre o desenvolvimento psicológico-moral.

Fonte: Adaptado (GOLDIM, 1999)

3. JUSTIFICATIVA

Dentro desta perspectiva estudar os aspectos do desenvolvimento moral e da capacidade moral para tomada de decisão em usuários de SPA faz-se necessário para se ter uma compreensão adequada a respeito da capacidade de tomada de decisão em usuários de SPA internados em um Hospital Universitário, uma vez que os estudos indicam que o usuário de *crack* tende a ser excluído dos processos decisórios mais básicos e da própria sociedade e colocado em situações de marginalidade e vulnerabilidade, impossibilitando-os de manter um convívio sustentável moralmente.

A moralidade e a formação de uma comunidade moral distinta daquela vivenciada e experimentada na cultura do uso de SPA é um dos objetivos do tratamento e do processo de recuperação de pacientes com TUSP em *crack*. A internalização de valores e de argumentos morais que orientem o comportamento, ou seja, o desenvolvimento do juízo moral do indivíduo é um processo contínuo e constante que é construído de diversas maneiras e em diferentes momentos do tratamento.

Tal processo visa a introjeção de normas e valores que orientem ações adequadas do ponto de vista moral, ou seja, daquilo que como sociedade definimos como adequado para o desenvolvimento de um convívio social sustentável e instrumentaliza o indivíduo a utilizar argumentos morais para tomar as suas decisões de acordo com um sistema de regras e valores legitimados por ele e pela sociedade.

A TUSP é um grave problema social em diversos países do mundo. No Brasil ainda são poucos os estudos qualitativos a respeito do uso de *crack* e as suas conseqüências para a sociedade brasileira, conforme relatado nos capítulos anteriores desta dissertação. Estudos qualitativos foram realizados por pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo para a caracterização da cultura do *crack* na capital e para o entendimento das estratégias desenvolvidas pelos usuários de crack para lidar com as freqüentes situações de risco associadas ao uso de SPA (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010a, 2010b). No entanto, faltam estudos que avaliem o desenvolvimento psicológico-moral, ou seja, a capacidade de tomada de decisão dos usuários de SPA, sobretudo usuários de crack. Neste sentido, esta dissertação procura contribuir com dados referentes ao desenvolvimento psicológico-moral dos usuários de SPA internados em um Hospital Universitário para o tratamento do TUSP: *crack* e analisar a questão da capacidade de tomada de decisão nesta população vulnerável.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

- Avaliar o desenvolvimento psicológico-moral, autonomia e autodeterminação em pacientes com TUSP internados no Serviço de Psiquiatria de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para o manejo da abstinência em *crack*;

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar as etapas de desenvolvimento psicológico-moral e as características demográficas da amostra;
- Descrever as questões envolvidas com a noção de pertencimento, autonomia e autodeterminação durante a participação nos grupos terapêuticos.

5. MÉTODOS

Na busca para responder aos objetivos propostos por este trabalho, este estudo teve duas estratégias metodológicas complementares: a qualitativa e a quantitativa. A primeira buscou avaliar o desenvolvimento psicológico-moral dos sujeitos de pesquisa através da aplicação de um instrumento já validado para esta finalidade e a segunda buscou apreender a autonomia e a autodeterminação através do método etnográfico e da observação participante.

O instrumento para avaliação do desenvolvimento psicológico-moral (anexo 1) tem como objetivo verificar a capacidade de tomada de decisão dos indivíduos. A capacidade para a tomada de decisão está baseada em diversas habilidades do indivíduo em participar de tal processo. Entre estas habilidades estão a capacidade de avaliação e compreensão de risco e benefícios, do envolvimento e participação no tratamento e no processo de tomada de decisão propriamente dito. A escala é composta de quatro conjuntos de perguntas que foram respondidas pelos pacientes que aceitaram participar da pesquisa. A aplicação dos instrumentos de pesquisa foi realizada a partir da liberação do paciente para a participação nas atividades de grupo pela sua equipe assistencial de referência.

Este instrumento foi proposto e validado inicialmente por Souza (1968). Posteriormente Goldim e colaboradores fizeram a validação para uma modificação no instrumento (GOLDIM; CLOTET; RIBEIRO, 2007) e Raymundo e Goldim validaram o instrumento para aplicação em diferentes faixas etárias (RAYMUNDO; GOLDIM, 2008).

O instrumento para avaliação do desenvolvimento psicológico-moral foi aplicado em 18 pacientes durante o período de dezembro de 2012 a janeiro de 2013. Todos os participantes do estudo foram informados a respeito dos objetivos e dos procedimentos utilizados neste trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A abordagem qualitativa tem como um de seus objetivos compreender os fenômenos sociais em sua complexidade e especificidade. A estratégia utilizada neste trabalho foi o método etnográfico da observação participante (MALINOWSKI, 1976). Este método consiste em realizar uma imersão no campo de pesquisa de maneira a observar, continuamente, os aspectos culturais e sociais e as relações estabelecidas dentro do ambiente de pesquisa. Para isto, o diário de campo constituiu-se como importante ferramenta metodológica para anotações sistemáticas destes aspectos culturais, sociais, políticos, morais e ambientais e das relações sociais estabelecidas entre os indivíduos durante o trabalho de campo nos seus diferentes estágios.

Segundo Valladares (2007), a partir da obra do antropólogo norte-americano William Foote Whyte (WHYTE, 2005), podemos afirmar que a metodologia da observação participante, sobretudo em populações urbanas, deve seguir o que a autora denomina de os “dez mandamentos” da observação participante”. Eles podem ser resumido-as da seguinte maneira e refletem os caminhos seguidos nesta dissertação com relação ao método etnográfico: (a) processo contínuo e demorado para entrar na área ou campo de pesquisa; (b) as participações começaram em um campo de pesquisa desconhecido para o pesquisador, qual seja, o acompanhamento de usuários de SPA em uma Unidade de Internação; (c) interação com o grupo estudado: começar a surgir a partir das primeiras participações nos

grupos terapêuticos sobre as regras de convivência da Unidade e se estenderam, progressivamente aos grupos de avaliação e combinação de finais de semana; (d) o pesquisador deve mostrar-se como pessoa de fora do grupo, para não enganar os outros no sentido de tentar virar um nativo; (e) a observação participante depende de um informante intermediário: neste caso a introdução ao grupo estudado fez-se mediante a Consultora em dependência química da Unidade de Adição, que apresentou o pesquisador ao Grupo e sanou diversas dúvidas ao longo do trabalho, sendo que a partir da introdução no grupo de interesses outras estratégias foram necessárias para a integração e estabelecimento de vínculos de confiança com os pacientes; (f) o pesquisador é observado pelo grupo que está estudando: diversas vezes os pacientes participantes da pesquisa indagavam sobre o papel do pesquisador e sobre o porque desta investigação; (g) ouvir, escutar, ver, enfim, fazer uso de todos os sentidos é parte fundamental da observação participante, para que o vínculo de confiança com os pacientes seja estabelecido e para que os dados coletados comecem a surgir de maneira mais fluida; (h) desenvolvimento de uma rotina é parte importante da observação participante, e para isto o diário de campo (*Field notes*) surge como ferramenta necessária para a reconstrução das observações e dos cenários estudados, assim como pela presença constante junto ao grupo estudado, que reforça o vínculo de confiança entre o pesquisador e os agentes sociais; (i) o erro faz parte do trabalho de campo e deve ser trabalho como aprendizado da pesquisa, pois através dele novos rumos e estratégias podem ser desenvolvidas para que os objetivos do estudo sejam alcançados; e por fim (j) a cobrança social pelos resultados da pesquisa, variável presente não só na pesquisa de campo, mas que faz-se presente de maneira intensa na medida em que essa cobrança pela devolução dos dados se dá para uma população específica e

geralmente vulnerável socialmente, como é o caso da pesquisa realizada por Whyte e por esta dissertação.

As observações de campo foram realizadas na forma de imersão na realidade dos sujeitos de pesquisa, usuários de *crack* e outras drogas internados para tratamento do TUSP. De dezembro de 2012 a janeiro de 2013 foi realizada esta imersão com a finalidade de apreender aspectos relacionados ao desenvolvimento psicológico-moral e à autonomia dos pacientes internados na Unidade de Adição do HCPA.

A Unidade de Adição dispõe de 20 leitos masculinos para internação de usuários de *crack* que procuram as emergências psiquiátricas de Porto Alegre, que são o Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) e o Pronto Atendimento do IAPI. A equipe para atendimento destes pacientes conta com diversos profissionais da saúde, utilizando o conceito de equipe multiprofissional. Esta é composta por Psiquiatras, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Nutricionistas, Educadores Físicos e Terapeutas Ocupacionais. Procura-se dar um atendimento diferenciado e integrado aos pacientes que procuram o tratamento do TUSP neste Serviço.

O tratamento é dividido em duas etapas, com objetivos distintos, mas complementares. A primeira etapa é a denominada Grupo de Desintoxicação (GD), na qual o paciente fica por no mínimo sete dias recebendo todo o atendimento necessário e participando de atividades adequadas às suas necessidades e à sua capacidade neste primeiro momento. Após os primeiros sete dias e de acordo com a participação no programa de desintoxicação, o paciente, juntamente com a sua

equipe, pode optar pela apresentação de carta de compromisso para com o tratamento em grupo terapêutico específico para esta finalidade.

Nesta carta o paciente coloca sua motivação para continuar o tratamento e porque merece o voto de confiança dos demais pacientes e da equipe para passar para o Grupo de Reabilitação Psicossocial (GR), que tem atividades específicas de prevenção da recaída e de manejo da fissura diferentes das ofertadas ao Grupo de Desintoxicação.

As inserções nos grupos terapêuticos deram-se a partir da autorização da Consultora em Dependência Química, Enfermeira Alessandra Mendes Calixto, e com a autorização dos pacientes. Foram observados os grupos coordenados pela Consultora de segunda a sexta-feira, no período de dois meses.

Atenção especial foi dada aos grupos de evolução em que são apresentadas pelos pacientes as cartas de intenções para mudança de etapa de tratamento, aos grupos de avaliação do tratamento e aos grupos de construção e discussão das regras de convivência da Unidade.

Os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso para o Uso de Dados Institucionais, a fim de manter a privacidade e confidencialidade dos dados coletados, visando à proteção dos pacientes que participaram desta pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e se encontra cadastrado na Plataforma Brasil.

6. RESULTADOS

6.1 DESENVOLVIMENTO-MORAL E CAPACIDADE PARA TOMADA DE DECISÃO

A amostra foi composta de 18 pacientes, todos do sexo masculino, todos usuários de *crack*, com idade média de 31 anos, sendo a menor 19 e a maior 48 anos. Quanto à escolaridade 61% (n=11) cursaram apenas o ensino fundamental, 22% (n=4) cursaram o ensino médio e 17% (n=3) o ensino superior.

Em relação às fases do desenvolvimento do ego, de acordo com a classificação de Loevinger (1966), 50% (n=9) dos pacientes foram classificados na fase conformista; 39% (n=7) na fase conscienciosa; e 11% (n=2) na fase autônoma. Desta forma, todos os pacientes avaliados foram considerados capazes para tomarem decisão no seu melhor interesse.

As fases do desenvolvimento psicológico-moral dos indivíduos da amostra foram cotejadas com a variação das idades (tabela 1). Não há condições de realizar testes de associação, devido ao pequeno tamanho da amostra, porém os dados apresentam uma distribuição independente.

Tabela 1: Idades e Fases do desenvolvimento psicológico-moral

	Fases			Total
	Conformista	Conscienciosa	Autônoma	
Idade 19-29	4	3	1	8
30-39	4	3	0	7
40-49	1	1	1	3
Total	9	7	2	18

Avaliando em conjunto as fases de desenvolvimento psicológico-moral e a escolaridade dos pacientes, não há uma evidência de que ambas variáveis, na faixa etária adulta, tenham influência entre si (tabela 2). O pequeno tamanho da amostra impede a realização de testes de associação.

Tabela 2: Escolaridade e Fases do desenvolvimento psicológico-moral

		Fases			Total
		Conformista	Conscienciosa	Autônoma	
Escolaridade	Ensino Fundamental	7	3	1	11
	Ensino Médio	1	3	0	4
	Ensino Superior	1	1	1	3
Total		9	7	2	18

6.2 OBSERVAÇÕES DE CAMPO

6.2.1 GRUPOS DE EVOLUÇÃO: ASPECTOS SIMBÓLICOS E DE PERTENCIMENTO A UM GRUPO

Os Grupos de Evolução ocorrem nas segundas e quartas-feiras, e tem como objetivo realizar as evoluções internas do GR, assim como a apresentação da carta de adesão e compromisso de pacientes que desejam passar do GD para o GR. A dinâmica deste grupo funciona da seguinte maneira: pacientes que pretendem progredir de grupo de tratamento apresentam a carta para os demais pacientes e técnicos presentes neste grupo, em que este coloca a sua motivação e as suas intenções em participar do GR. Todos os presentes no grupo podem dar a sua opinião a respeito da carta e da participação do paciente nas atividades do GD. A

partir destas considerações o paciente pode ter sua carta aprovada pelo grupo, ou pode ser convidado a apresentar a carta em outro momento por ainda não estar preparado para participar das atividades do GR.

A apresentação da carta de evolução de grupo é momento importante para os pacientes devido à carga simbólica envolvida no processo. Representa para o paciente a passagem de um grupo para outro mais importante, ou nas palavras dos próprios sujeitos, do 'grupo de baixo' para o 'grupo de cima'. Essa hierarquização entre os Grupos deve-se ao fato de que passando para o GR os pacientes podem usufruir de atividades que até então eram restritas aos membros do GR, como o uso da academia, que é fora do ambiente da Internação; técnicas de dramatização de situações de risco (*Role Play*); grupos e técnicas específicas que trabalham prevenção da recaída, entre outras atividades.

Durante o período de observação deste estudo somente um paciente teve a carta de intenções recusada na primeira tentativa. O argumento do Grupo era de que o postulante ainda não estava preparado para participar das atividades do GR, uma vez que estando neste grupo a cobrança por parte da Equipe e dos demais pacientes seria maior, no sentido de engajamento e participação nas atividades.

Interessante observar durante este momento é o constrangimento, o nervosismo e a ansiedade por parte dos pacientes gerada pela apresentação da carta de compromisso com o tratamento e com o GR. Por outro lado, é interessante notar também a participação dos demais pacientes na avaliação sobre a carta do seu colega e o seu envolvimento com as atividades da Unidade e o engajamento com o tratamento, pois muitos deles relatam dificuldade tanto para apresentar a

carta, como para avaliar a dos outros pacientes por nunca terem tido uma experiência 'avaliativa' desta magnitude.

Outros dois componentes, entretanto, também são importantes do ponto de vista simbólico a respeito dos grupos de evolução. O primeiro deles está relacionado ao sistema de avaliação da participação e do engajamento do paciente no tratamento e o segundo é a entrega dos destaques da semana nos quesitos liderança, motivação e solidariedade.

O sistema de avaliação no engajamento dos pacientes está relacionado com uma pontuação diária alcançada por estes de acordo com alguns comportamentos-chave e tarefas que devem ser realizadas durante o dia. De acordo com esta pontuação o paciente ganha um *smile*, ou 'caretas' – nome dados pelos próprios atores sociais –, correspondente à sua pontuação no dia. A ordem de classificação dos *smiles* é progressiva e corresponde a quatro cores diferentes: laranja, amarela, azul e verde. Laranja correspondendo de 0 a 99 pontos; amarela, de 100 a 199; azul de 200 a 299; e verde, a partir de 300 pontos conquistados durante um dia.

Diariamente o quadro de evoluções é atualizado em relação à pontuação geral que o paciente tem até a presente data, assim como a atualização do *smile*. Nos momentos em que são feitas essas atualizações, geralmente antes dos grupos de avaliação, os pacientes ficam perto da equipe para acompanharem o seu processo de avaliação e questionar o porquê do *smile* azul ao invés do verde, por exemplo, quando este não está de acordo com a sua avaliação. Diversas vezes os técnicos da equipe foram questionados pelos pacientes a respeito do seu *smile*, o que demonstra uma preocupação importante por parte do paciente em relação a este marcador público de avaliação do seu tratamento.

Outro aspecto simbólico importante e que está relacionado com o anterior é a entrega dos certificados de destaque por motivação, liderança e solidariedade, que acontece nas sextas-feiras. Durante a semana os pacientes são indicados pela equipe nestes quesitos em urna. O voto é anônimo, sem possibilidade de identificação e é realizado pelos coordenadores de atividades nas quais os pacientes participaram durante o dia. Na sexta-feira é realizada a contagem dos votos e entregue os certificados para os pacientes. No momento da entrega, cria-se um ambiente de expectativa no grupo, uma vez que receber o certificado significa 'estar indo bem no tratamento', além de se ter uma contrapartida em pontos extras que são computados aos pacientes que ganham estes certificados. Outro ponto colocado para os pacientes a respeito dos certificados é a possibilidade de mostrar para alguém, sobretudo para os familiares, como está ou como foi o seu tratamento durante a Internação, pois a cobrança feita pelos familiares em relação ao seu tratamento é muito grande, segundo relato dos pacientes.

Em suma, como podemos ver o tratamento destes pacientes envolve uma série de questões simbólicas e de pertencimento importantes. O resgate destas perspectivas faz com que os pacientes se envolvam e participem cada vez mais do tratamento, ajudando a si próprios, mas também aos outros pacientes, na medida em que serve também de modelo para os pacientes que estão ingressando no grupo.

6.2.2 GRUPOS DE AVALIAÇÃO: AUTONOMIA E AUTODETERMINAÇÃO

Os grupos de avaliação do tratamento e de apresentação de novos pacientes ocorrem nas segundas, quartas e sextas-feiras, no horário das 14h. O objetivo deste grupo é avaliar as atividades da semana, nos grupos de quarta e sexta-feira; e do final de semana, no grupo de segunda-feira, assim como avaliar, para os que já participam das atividades, o tratamento até o momento; e para os que estão ingressando no grupo exporem os motivos pelos quais o fizeram procurar um tratamento, qual a sua motivação e qual a sua experiência com outros tratamentos. Estes grupos servem como um balizador para o planejamento e para a adequação das atividades da semana de acordo com o perfil do paciente e do grupo de pacientes.

Quando da apresentação e avaliação do tratamento dos pacientes, muitos deles relatam que sua motivação para estar em tratamento é geralmente 'a família'. E dentro da motivação familiar geralmente a figura feminina se sobressalta. Mãe e esposa são as principais motivações para o tratamento, conforme o relato dos pacientes. Outra motivação importante que aparece nos relatos são os filhos. Grande parte dos pacientes relata que depois da esposa ou da mãe, eles estão em tratamento em razão dos seus filhos.

Parte importante desta dinâmica diz respeito à discussão sobre autonomia e autodeterminação. Pode-se verificar pelo relato dos pacientes que durante a internação eles preservam sua capacidade moral de tomada de decisão, sem, contudo, poderem se autodeterminar. Geralmente a sua manutenção no tratamento e no ambiente de internação está ligada à reuniões com a equipe e com familiares. Após estas reuniões os pacientes que continuam no tratamento relatam que estão

continuando o seu tratamento por causa da sua família, sobretudo por causa de sua mãe e/ou de sua esposa, mas que sua intenção não era seguir em tratamento de internação.

Esta dinâmica abre uma discussão importante que deve ser feita quando falamos sobre autonomia em populações vulneráveis, pois o que se observa nestas populações é esta mesma dinâmica, em que os indivíduos possuem capacidade moral para tomada de decisão – ou seja, autonomia -, mas muitas vezes não possuem capacidade real de tomada de decisão – autodeterminação.

6.2.3 GRUPOS REGRAS DE CONVIVÊNCIA: A RESSIGNIFICAÇÃO DA AUTONOMIA

Os Grupos de Regras de Convivência ocorrem nas terças-feiras, às 16h, e tem como finalidade discutir as regras da Unidade e as dificuldades encontradas pelos pacientes durante o tratamento e relacionar isto com o objetivo do dia, que é prevenção da recaída. Este Grupo serve para periodicamente revisar e readequar, caso necessário, o quadro de regras de convivência dos diferentes espaços da Unidade de Internação. Serve também para que os pacientes façam uma experiência de convivência em um ambiente diversificado e saudável, diferente dos ambientes que muitos deles vinham tendo até o momento, como, por exemplo, morar na rua e ter envolvimento em atividades ilícitas.

As dinâmicas realizadas neste grupo foram diversas e variaram de acordo com o perfil e a necessidade do grupo de pacientes. Neste grupo são trabalhadas

questões teóricas para que os pacientes possam se apropriar da atividade proposta, como apresentação das diferentes condutas morais de ação e suas respectivas repercussões e sanções. Periodicamente esta questão é retomada em razão da mudança do perfil do grupo de pacientes e também por conta da rotatividade de pacientes internados.

Nesta atividade já foram realizadas diversas técnicas para que os pacientes pudessem discutir a respeito da convivência em grupo, de acordo com a necessidade do grupo. Essas técnicas vão desde reuniões em que os pacientes colocam suas opiniões e seus argumentos a respeito das regras de convivência e também do convívio para com os outros pacientes e com a equipe, até oficinas para sugerirem alterações no quadro de regras dos diferentes ambientes da Unidade de Internação.

A técnica que mais deu retorno junto aos pacientes, entretanto, foi as oficinas de construção e avaliação das regras de convivência da Unidade. Nestas, os pacientes participam ativamente do processo de discussão e construção das regras e das respectivas sanções associadas às regras de convivência na Unidade. Dentro destas oficinas foram construídas com os pacientes as regras de convivências geral (anexo 2), as do refeitório (anexo 3) e as regras durante a visita (anexo 4). Todas elas foram divididas em três categorias morais: obrigação, proibição e recomendação.

Interessante notar a dificuldades destes pacientes em lidar com categorias diferentes das de obrigação e proibição. Para eles não fica claro o que significa e, mais do que isso, as implicações das categorias morais de recomendação, permissão e desencorajamento, mesmo que estas sejam explicadas periodicamente

para eles. Embora estas duas categorias não façam parte das categorias trabalhadas nas regras da Unidade, isto é trabalhado com os pacientes na medida em que eles são estimulados a criarem regras de convivência baseadas nestas categorias para o pós-alta e sejam aplicadas na convivência com os seus familiares e demais pessoas do seu círculo social.

Esta atividade também tem importância relevante do ponto de vista simbólico. Incluir os pacientes no processo de construção das 'regras do jogo', com efeito, faz com que eles façam parte de um grupo, de uma comunidade moral. A experiência mostra-se muito difícil para os pacientes, uma vez que esta talvez seja a primeira vez que muitos deles estejam participando deste tipo de construção.

Neste sentido, os pacientes acabam fazendo uma resignificação do sentido da autonomia na medida em que esta não significa mais liberdade irrestrita para fazer tudo o que desejar, mas sim agir de acordo com um conjunto de regras e valores que foram construídos também por eles. Em suma, a legitimidade moral e social é consequência desta participação dos pacientes nos processos de construção das regras da Unidade e do Tratamento.

7. DISCUSSÃO

A baixa escolaridade dos pacientes, assim como a faixa etária verificada neste estudo é compatível com outras pesquisas realizadas com usuários de *crack* e múltiplas substâncias no Brasil (KESSLER; PECHANSKY, 2008; NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996; NAPPO et al., 2001; OLIVEIRA; NAPPO, 2008a, 2008b). Embora os dados quantitativos deste estudo sejam escassos, o aparecimento do uso desta substância em indivíduos com ensino superior também evidencia o avanço do *crack* em estratos sociais com maior poder aquisitivo e não somente em populações vulneráveis do ponto de vista econômico.

O desenvolvimento psicológico-moral foi avaliado em uma amostra de 18 pacientes com o objetivo de verificar em qual nível estes pacientes se encontravam durante o tratamento para o TUSP. Foram avaliados de acordo com a proposta de classificação das fases do desenvolvimento do ego proposto por Loevinger (LOEVINGER, 1966).

Os resultados obtidos tiveram uma variação semelhante à verificada em outros estudos, com os pacientes apresentando fases variando de conformista a autonomia, demonstrando o caráter cumulativo desta proposta. A fase conformista foi a predominante no grupo estudado, tendo sido verificada em 50% (n=9) dos pacientes, diferentemente dos estudos realizados por pesquisadores brasileiros em adultos, adolescentes e idosos em que a fase conscienciosa foi a predominante (BAJOTTO; GOLDIM, 2011a; GOLDIM; CLOTET; RIBEIRO, 2007; GOLDIM, 1999; RAYMUNDO; GOLDIM, 2008). Ela é caracterizada pela preocupação com as coisas materiais, aparência, reputação, *status* social e aceitabilidade social (BRANCO, 2003; LOEVINGER, 1966; SOUZA, 1968), além de terem como objetivo obter

vantagens e/ou ganhos pessoais nas suas relações com as outras pessoas (GOLDIM, 1999). Essa diferença em relação às demais pesquisas pode ser em decorrência na escassez dos dados coletados, ou das estratégias desenvolvidas pelos usuários de *crack* para enfrentar as diversas situações de risco decorrentes do consumo desta SPA, em que estes desenvolvem habilidades e estratégias específicas que é característica deste estágio do desenvolvimento (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010a, 2010b), como por exemplo, a preocupação com o status social, com a aceitação em um grupo social, com a reputação, entre outras preocupações relatadas para a sobrevivência em um mundo altamente coercitivo, em que o desrespeito às regras do grupo é acompanhado por um forte de sentimento de culpa.

Embora os dados relativos à classificação dos níveis do desenvolvimento psicológico-moral sejam escassos, os resultados obtidos para esta amostra demonstram que todos os pacientes avaliados tinham capacidade de tomada de decisão preservada, assim como os estudos realizados com outras populações vulneráveis como idosos, participantes de pesquisa e adolescentes conforme gráfico 1 (BAJOTTO; GOLDIM, 2011a; GOLDIM; BAJOTTO, 2012; GOLDIM; CLOTET; RIBEIRO, 2007; GOLDIM, 1999; RAYMUNDO; GOLDIM, 2008).

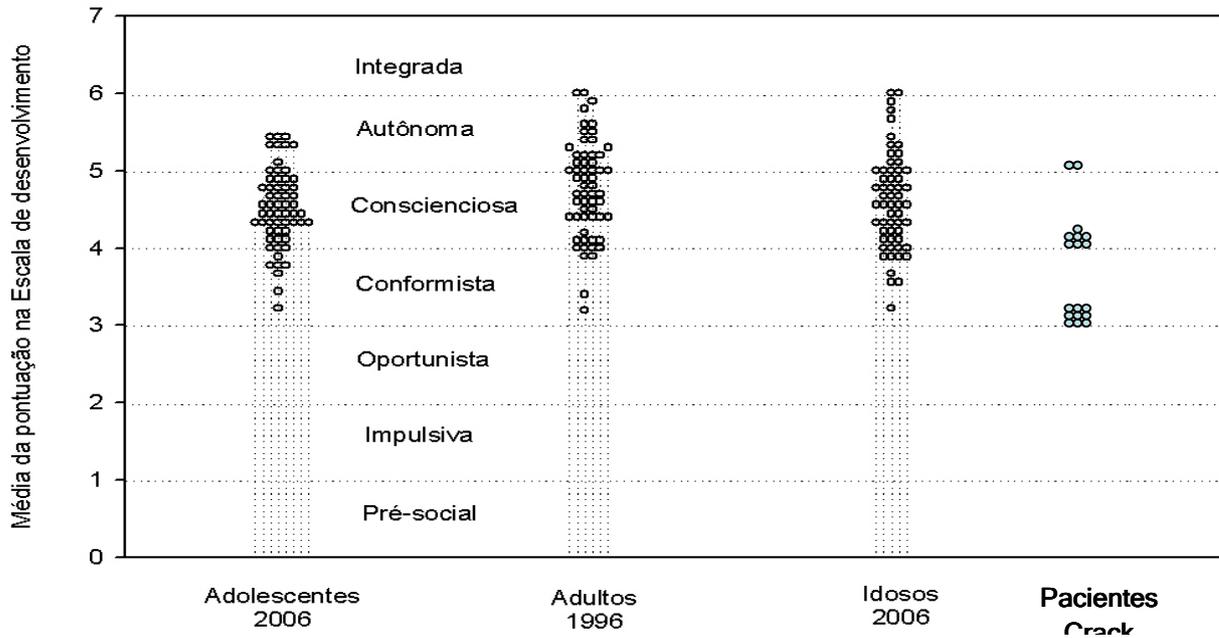


Gráfico 1: Comparação em relação à fase do desenvolvimento psicológico-moral deste estudo com outras pesquisas já realizadas.

Vale ressaltar que, em outras amostras, foi demonstrado que o desenvolvimento psicológico-moral dos indivíduos independe da escolaridade e faixa etária (RAYMUNDO; GOLDIM, 2008). Estes dados obtidos com os pacientes da Unidade de Adição contrariam o que é divulgado na mídia e o argumento baseado no senso comum a respeito da capacidade de decisão ser prejudicada em usuários de substâncias psicoativas, sobretudo do *crack*.

Na fase predominante nesta pesquisa, a conformista, os indivíduos são caracterizados pela conformidade com as regras externas e a vergonha associada ao seu descumprimento e suas preocupações constantes são com aparência, aceitabilidade e *status* social (BRANCO, 2003; LOEVINGER, 1966; SOUZA, 1968). Estas características, encontrada em 50% (n=9) dos pacientes estudados, complementam um importante aspecto levantado por estes mesmos pacientes nos grupos terapêuticos, que é a questão da identidade e da necessidade de pertencimento a um grupo social.

Durkheim (2008), em seus estudos sobre a divisão do trabalho social coloca, de certa maneira, a necessidade humana de aceitabilidade e de pertencimento a uma comunidade ou grupo social. Neste trabalho, são identificados pelo autor dois tipos de solidariedade social, que estão ligados a diferentes tipos de pertencimento social. O primeiro tipo de pertencimento está ligado à solidariedade mecânica e o pertencimento é dado a partir da participação do indivíduo de acordo com as regras da consciência coletiva. Observa-se neste sentido, uma predominância da consciência coletiva e do ser social sobre os desejos do indivíduo. Em outras palavras, o desejo do indivíduo é o desejo da coletividade, o desejo do grupo, caracterizando uma clara situação de positivismo moral. No segundo tipo, resultante da solidariedade orgânica das sociedades complexas, o pertencimento se dá não só pelas semelhanças entre os indivíduos, mas também pelas interdependências do todo social (ARON, 2008; DURKHEIM, 2008).

Diversos pacientes relataram nos grupos terapêuticos uma necessidade grande de serem aceitos e fazerem parte de um grupo, o que é constatado pelo nível de desenvolvimento psicológico-moral de maior frequência: o conformista. Os discursos a respeito da importância de se fazer parte de um grupo social são diversos e variados e demonstram a importância desta questão para os pacientes internados. Relatos como 'na minha comunidade se eu não fizer *tal coisa* eu não vou ser aceito pelos demais' foram frequentes na participação nos grupos terapêuticos e durante as conversas informais mantidas com os pacientes durante o período das observações, demonstrando como a consciência coletiva é muito mais importante do que os desejos do indivíduo de mudar de estilo de vida. Entretanto, a convivência em um ambiente de internação é importante para demonstrar aos pacientes que novas possibilidades de pertencimento são possíveis. Na medida em que para

passar do GD para o GR, para o “grupo de cima”, os pacientes têm que reconhecer seu papel dentro da complexa rede de interdependências colocadas no tratamento da TUSP em um ambiente de internação, é demonstrada a possibilidade de convivência em ambientes de socialização diferentes das vivenciadas pelos pacientes até então.

Outra questão importante diz respeito aos aspectos simbólicos envolvidos no tratamento da TUSP em pacientes internados no Serviço de Adição do HCPA. Levi-Strauss, em 1949, publicou um clássico artigo no periódico *‘Revue de l’Histoire des religions’*, em que propõe a utilização do conceito de eficácia simbólica. Para Levi-Strauss, esta reside na manipulação terapêutica, pelo xamã, da estrutura ‘simbólica’ do ‘paciente’, provocando uma ‘reorganização estrutural no ‘doente’ capaz de ‘curá-lo’. A eficácia simbólica consistiria, com efeito, nesta propriedade indutora dos xamã, entre os processos orgânicos, psíquicos, inconscientes e pensamento refletido (LÉVI-STRAUSS, 2008).

Não utilizaremos aqui eficácia simbólica no sentido de processos de cura xamanística. Utilizaremos o conceito no sentido colocado por Lévi-Strauss, quando este trabalha com a carga simbólica dos rituais associada aos processos xamanísticos de cura. Nesta parte, Levi-Strauss faz uma comparação entre os atos xamanísticos e os atos do médico, em que este não só fala com o seu paciente, mas opera também por operações concretas, ‘verdadeiros ritos que atravessam a tela da consciência sem encontrar obstáculo, para levar sua mensagem diretamente ao inconsciente’ (LÉVI-STRAUSS, 2008). É a partir desta operação entre o simbólico e o concreto que utilizaremos o conceito de eficácia simbólica, proposto pelo antropólogo francês.

Neste sentido, podemos verificar nos grupos de avaliação do tratamento e das atividades realizadas durante a semana, uma carga simbólica bastante importante em diversos momentos do tratamento, que tem significativo impacto durante a internação destes pacientes.

A primeira delas diz respeito à eficácia simbólica do quadro de evolução por *smiles*, meio pelo qual os pacientes são avaliados em relação à sua participação e engajamento no tratamento e é publicizado aos demais pacientes. A eficácia simbólica desta ação reside no fato de ser uma maneira concreta de dar significado a algo importante do ponto de vista psicológico, que é a motivação para a manutenção do tratamento.

Outro resultado encontrado em relação à carga simbólica é o da entrega dos certificados de destaque semanais em relação aos quesitos motivação, liderança e solidariedade. A eficácia simbólica deste ato reside no fato deste processo servir como motivação para o paciente que recebe o certificado, assim como motivação para os demais pacientes, pois estes comportamentos são reconhecidos e 'premiados' pela equipe que os acompanha diariamente. Além disto, serve também como importante ferramenta de modelagem social, na medida em que os pacientes que são premiados e certificados nestes quesitos, servem como modelos a serem seguidos pelos outros pacientes, no que diz respeito à participação e engajamento no tratamento.

Outro achado desta pesquisa está na constatação de que todos os 18 pacientes avaliados foram considerados capazes para a tomada de decisão. Em outras palavras, todos os indivíduos avaliados possuem autonomia para tomar decisões em seu melhor interesse. Além disto, a partir das observações de campo

foi possível verificar também a resignificação do sentido da autonomia para estes pacientes.

Para Kant somente a moralidade é capaz de tornar o ser racional um fim em si mesmo. Segundo ele, a moralidade é a relação das ações dos indivíduos de acordo com a legislação universal que só pode ser atingida por meio do imperativo categórico, que diz: *“Procede apenas segundo aquela máxima, em virtude da qual podes querer ao mesmo tempo que ela se torne em lei universal”(KANT, 1960)*. Sendo assim, a autonomia da vontade para Kant é o agir racional de acordo com o respeito a esta lei moral universal, ou seja, de acordo com este imperativo categórico (KANT, 1960).

Segundo as diferentes teorias do desenvolvimento psicológico-moral a autonomia está ligada à capacidade dos indivíduos em tomar decisões baseadas em argumentos morais. Piaget estudou o desenvolvimento psicólogo-moral de crianças a partir da observação e entrevistas a respeito do jogo de bolas de gude e classificou o desenvolvimento psicológico-moral em duas dimensões, (a) prática e (b) consciência das regras, que correspondem a três fases do desenvolvimento psicológico-moral: anomia, heteronomia e autonomia (PIAGET, 1994). Kohlberg, dando sequência a esta discussão, ampliou esta classificação a partir dos resultados do seu estudo, aplicando dilemas morais aos sujeitos de pesquisa. Sua classificação é constituída de três dimensões, pré-convencional, convencional e pós-convencional, sendo cada uma destas dimensões subdivididas em dois estágios (KOHLEBERG, 1981). Por fim, Loevinger propôs a questão da construção das regras e da autonomia a partir do desenvolvimento das fases do ego. Sua classificação, ampliada em relação à Piaget e à Kohlberg, prevê sete níveis do desenvolvimento psicológico-moral (LOEVINGER, 1966), conforme o quadro 1.

Para a Bioética a autonomia é um conceito-chave. O respeito à autonomia, a partir da tradição do *Belmont Report*, relatório encomendado pelo governo norte-americano para criação de diretrizes éticas para a pesquisa com seres humanos (NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, 1978), foi importante no desenvolvimento da discussão sobre o papel da autonomia ou da capacidade de tomada de decisão dos indivíduos nas pesquisas biomédicas e na assistência à saúde no cenário norte-americano. Beauchamp e Childress ressaltaram a importância do respeito à autonomia das pessoas, no sentido do respeito pelos profissionais da área biomédica com relação às escolhas autônomas dos indivíduos no cenário da assistência e pesquisa em saúde (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

No entanto, falta na literatura uma distinção clara em relação à capacidade moral de tomada de decisão, ou autonomia, e à capacidade real de tomada de decisão – autodeterminação. Esta distinção faz-se necessária para entender algumas dinâmicas importantes a respeito da capacidade de tomada de decisão da população em geral, sobretudo populações vulneráveis como crianças e adolescentes, presidiários, usuários de SPA, idosos, entre outras vulnerabilidades sociais e econômicas importantes.

Goldim e Bajotto (2011b) em um relato de caso a partir de um estudo com população idosa de um município do interior do Rio Grande do Sul constatou esta distinção entre autonomia e autodeterminação na medida em que vários dos idosos pesquisados foram considerados capazes a partir da aplicação do instrumento de avaliação do desenvolvimento psicológico-moral, entretanto não tomavam decisões por si próprios, pois quem tomava as decisões por eles eram seus familiares (BAJOTTO; GOLDIM, 2011b). O primeiro conceito diz respeito à

capacidade de tomada de decisão do ponto de vista moral dos indivíduos; e o segundo a capacidade real de tomada de decisão. Um indivíduo autônomo pode ter a sua autodeterminação restringida por elementos de coerção associada.

Estes dados corroboram com o que foi observado nos diferentes grupos terapêuticos. Esta distinção é válida do ponto de vista teórico e prático, na medida em que procura dar conta de uma diferença importante na capacidade de tomada de decisão dos indivíduos, uma vez que estas categorias não estão diretamente ligadas.

Nos relatos dos pacientes podemos verificar esta distinção, sobretudo quando estes relatam as suas motivações para o tratamento em um ambiente de internação. Muitas vezes é colocado que só estão em tratamento ou que procuraram o tratamento por uma insistência dos familiares e que a manutenção do tratamento na internação é em decorrência desta insistência por parte dos familiares, sobretudo familiares do sexo feminino, especialmente mães e esposas.

Outro achado desta pesquisa foi a construção e ressignificação da autonomia realizada pelos pacientes. Na medida em que estes fizeram parte da produção e construção destas regras, a partir de diversas técnicas, eles puderam realizar um exercício de autonomia, no sentido de aplicar regras que vão ser válidas não só para cada um deles, mas para os outros indivíduos também. Podemos notar, assim, de certa maneira, um exercício da máxima kantiana, em que agimos de acordo com uma lei que possa ser seguida pelos outros, ou seja, uma “lei universal”.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados obtidos e avaliados na presente dissertação, é possível verificar que:

- Do ponto de vista do desenvolvimento psicológico-moral, todos os indivíduos participantes desta pesquisa foram considerados aptos a tomarem decisões em seu melhor interesse;
- Do ponto de vista das observações de campo, podemos perceber também a preservação da autonomia destes pacientes, no sentido de capacidade de decisão baseada em argumentos morais, a partir da participação destes pacientes na produção e construção das regras da Unidade de internação. Neste sentido, percebeu-se a importância desta construção para a ressignificação da autonomia moral, no sentido colocado por Emmanuel Kant do imperativo categórico.

Novos estudos nesta interface entre o desenvolvimento psicológico-moral e pacientes com TUSP devem ser realizados a fim de apreender outras questões relacionadas à autonomia destes pacientes, sobretudo no que diz respeito à construção de novas identidades a partir do reconhecimento da TUSP como uma doença e não mais apenas como uma escolha moral e/ou social. Neste sentido, uma das perspectivas futuras deste trabalho é continuar o acompanhamento e

observações a respeito do desenvolvimento psicológico-moral, da autonomia e da autodeterminação nesta população, assim como de aspectos relacionados à biopolítica e biossocialidade. Estes aspectos poderão dar subsídios significativos para o entendimento de como os indivíduos com esta síndrome reorganizam e ressignificam suas identidades a partir da compreensão da gravidade e da complexidade desta síndrome.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARON, R. **As etapas do pensamento sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

BAJOTTO, A. P.; GOLDIM, J. R. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 753-761, 2011a.

BAJOTTO, A. P.; GOLDIM, J. R. Case-Report: Autonomy and Self Determination of an Elderly Population in South Brazil. **Journal of Clinical Research & Bioethics**, v. 2, n. 2, p. 1-4, 2011b.

BASTOS, F. I. et al. Smoked crack cocaine in contemporary Brazil: the emergence and spread of “oxi”. **Addiction (Abingdon, England)**, v. 106, n. 6, p. 1191-2, jun. 2011.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. . **Princípios de Ética Biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BEECHER, H. K. Ethics and Clinical Research. **The New England Journal of Medicine**, v. 274, n. 24, p. 1354-60, 1966.

BERG, J. W. et al. **Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice: Legal Theory and Clinical Practice**. New York: Oxford University Press, USA, 2001.

BIAGGIO, A. M. B. Kohlberg e a “Comunidade Justa”: promovendo o senso ético e a cidadania na escola. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 10, n. 1, p. 47-69, 1997.

BLUMSTEIN, A.; RIVARA, F. P.; ROSENFELD, R. The rise and decline of homicide--and why. **Annual review of public health**, v. 21, p. 505-41, jan. 2000.

BRANCO, M. L. A construção da autonomia moral: a contribuição da teoria do desenvolvimento do ego de Jane Loevinger. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 13, n. 25, p. 5-12, jun. 2003.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. Brasília: [s.n.].

CROSS, J. C. et al. Supporting the habit: income generation activities of frequent crack users compared with frequent users of other hard drugs. **Drug and alcohol dependence**, v. 64, n. 2, p. 191-201, 1 out. 2001.

CUNHA, P. J. et al. Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 2, p. 103-106, jun. 2004.

DE LA TAILLE, Y. **Moral e Ética: Dimensões Intelectuais e Afetivas**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DETAR, D. T. Understanding the disease of addiction. **Primary care**, v. 38, n. 1, p. 1-7, v, mar. 2011.

DIAS, A. C. et al. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. **Journal of substance abuse treatment**, v. 41, n. 3, p. 273-8, out. 2011.

DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 938-948, out. 2011.

DUNN, J. et al. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. **Substance use & misuse**, v. 31, n. 4, p. 519-27, mar. 1996.

DURKHEIM, É. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FADEN, R. R.; BEAUCHAMP, T. L.; KING, N. M. P. **A History and Theory of Informed Consent**. New York: Oxford University Press, 1986.

FALCK, R. S.; WANG, J.; CARLSON, R. G. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? **Drug and alcohol dependence**, v. 98, n. 1-2, p. 24-9, nov. 2008.

FREITAG, B. A questão da moralidade: da razão prática de Kant à ética discursiva de Habermas. **Tempo Social; Rev. Social. USP, S. Paulo**, v. 1, n. 2, 1989.

FREITAG, B. **Itinerários de Antígona: a questão da moralidade**. Campinas: Papyrus, 1992.

GETER, R. S. Drug User Settings: A Crack House Typology. **Substance Use & Misuse**, v. 29, n. 8, p. 1015-1027, jan. 1994.

GOLDIM, J. . Bioética: origens e complexidade. **Rev HCPA**, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006.

GOLDIM, J. R. **O Consentimento Informado e a adequação de seu uso na pesquisa em seres humanos**. [Dissertação de Messtrado. Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.

GOLDIM, J. R.; BAJOTTO, A. P. Consentimento informado: cuidado para recrutamento de populações vulneráveis. **Revista de Bioética**, v. 20, n. 2, p. 226-231, 2012.

GOLDIM, J. R.; CLOTET, J.; RIBEIRO, J. P. Adequacy of informed consent in research carried out in Brazil. **Eubios. Journal of Asian and International Bioethics**, v. 17, p. 117-80, 2007.

INCIARDI, J. . Crack cocaine in the Americas. In: MONTEIRO, M. .; INCIARDI, J. A. (Eds.). **Brazil-United States, Binational Research**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 1993. p. 63-75.

JAHN, F. [Life Sciences and Ethics: Old knowledge in new clothing]. **Die Mittelschule. Zeitschrift für das gesamte mittlere Schulwesen**, v. 40, p. 604-606, 1926.

KALIVAS, P. W.; VOLKOW, N. D. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. **The American journal of psychiatry**, v. 162, n. 8, p. 1403-13, ago. 2005.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1960.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade A psychiatric view on the crack phenomenon nowadays. **Rev Psiquiatr RS**, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

KOHLBERG, L. **Essays on Moral Development**. San Francisco: Harper and Row, 1981.

LA TAILLE, Y. DE. Desenvolvimento humano: contribuições da psicologia moral. **Psicologia Clínica**, v. 18, n. 1, p. 11-36, mar. 2007.

LADIMER, I. Ethics governing the Service of Prisoners as subjects in medical experiments. **JAMA**, v. 136, n. 7, p. 457-8, 1948.

LADIMER, I. Human Experimentation: medicolegal aspects. **The New England Journal of Medicine**, v. 257, n. 1, p. 18-24, 1957.

LARANJEIRA, R. Bases do tratamento da dependência de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Eds.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 23-9.

LOEVINGER, J. The meaning and measurement of ego development. **American Psychologist**, v. 21, n. 3, p. 195-206, 1966.

LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: **Antropologia estrutural**. São Paulo: Cosac-Naify, 2008. p. 215-36.

MALINOWSKI, B. Objeto, Método e alcance desta pesquisa. In: **Os Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1976. .

NAPPO, S. A. et al. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. **Journal of psychoactive drugs**, v. 33, n. 3, p. 241-53, 2001.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. F. C.; NOTO, A. R. Crack Use in Sao Paulo. **Substance Use & Misuse**, v. 31, n. 5, p. 565-579, jan. 1996.

NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. **The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects**. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012, 1978.

OLIVEIRA, L. G. DE; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 6, 2008a.

OLIVEIRA, L. G. DE; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 664-671, ago. 2008b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. 10ª rev.** Brasília: Datasus, 2008.

PARRY, C. et al. Rapid assessment of drug-related HIV risk among men who have sex with men in three South African cities. **Drug and alcohol dependence**, v. 95, n. 1-2, p. 45-53, maio. 2008.

PECHANSKY, F. et al. [Substance use, risk situations, and HIV seroprevalence among individuals seeking free HIV testing in Porto Alegre, Brazil]. **Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health**, v. 18, n. 4-5, p. 249-55, 2005.

PECHANSKY, F. et al. Using thought mapping and structured stories to decrease HIV risk behaviors among cocaine injectors and crack smokers in the South of Brazil. **Revista brasileira de psiquiatria (São Paulo, Brazil)**: 1999, v. 29, n. 3, p. 233-40, set. 2007.

PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. Histórico do Consumo de Crack no Brasil e no Mundo. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. R. (Eds.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 33-38.

PIAGET, J. **O juízo moral na criança**. São Paulo: Summus, 1994.

POTTER, V. **Bioethics: bridge to the future**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971.

QUEIROZ, S. S. DE; RONCHI, J. P.; TOKUMARU, R. S. Constituição das regras e o desenvolvimento moral na teoria de piaget: uma reflexão Kantiana. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 1, p. 69-75, 2009.

RAYMUNDO, M. M.; GOLDIM, J. R. Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent. **Journal of Medical Ethics**, v. 34, p. 602-5, 2008.

REINARMAN, C.; LEVINE, H. G. The Crack Attack: politics and media in the crack scare. In: **Crack in America: Demon Drugs and Social Justice**. Berkeley: University of California Press, 1997. p. 18-52.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. **BMC public health**, v. 10, n. 1, p. 671, jan. 2010a.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 210-218, 2010b.

RIBEIRO, M. et al. Causes of death among crack cocaine users. **Revista brasileira de psiquiatria (São Paulo, Brazil)**: 1999, v. 28, n. 3, p. 196-202, set. 2006.

RIBEIRO, M. et al. Crack cocaine: a five-year follow-up study of treated patients. **European addiction research**, v. 13, n. 1, p. 11-9, jan. 2007.

RIBEIRO, M. et al. Perfil do Usuário e História Natural do Consumo. In: **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. .

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. R. **O Tratamento do Usuário de Crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SANTOS, S. M. et al. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 5, p. 1141-1151, out. 2001.

SMART, R. . "Crack" cocaine use in Canada: a new epidemic? **Am J Epidemiol**, v. 127, n. 6, p. 1315-7, 1988a.

SMART, R. . Inhalant use and abuse in Canada. **NIDA Res Monogr**, v. 85, p. 121-39, 1988b.

SOUZA, E. R. DE; ASSIS, S. G. DE; SILVA, C. M. F. P. DA. Violência no Município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 1, n. 5, p. 389-398, maio. 1997.

SOUZA, E. L. P. Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. **Boletim da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, v. 3, n. 7, p. 5-16, 1968.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 22, n. 63, p. 153-155, fev. 2007.

VAN DER MEER SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. A. From the first drug to crack: the sequence of drugs taken in a group of users in the city of São Paulo. **Substance use & misuse**, v. 42, n. 1, p. 177-88, jan. 2007.

WECHSBERG, W. M. et al. Alcohol, cannabis, and methamphetamine use and other risk behaviours among Black and Coloured South African women: a small randomized trial in the Western Cape. **The International journal on drug policy**, v. 19, n. 2, p. 130-9, abr. 2008.

WEISS, R. **A Teoria Moral de Emile Durkheim**XIII Congresso da Sociedade Brasileira de Sociologia. **Anais...**Recife: Sociedade Brasileira de Sociologia, 2007

WHYTE, W. F. **Sociedade de esquina: estrutura social de uma área urbana pobre e degradada**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

ARTIGO ORIGINAL EM PORTUGUES

ESTE ARTIGO SERÁ SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO NO AMERICAN JOURNAL OF BIOETHICS – FATOR DE IMPACTO: 3.986

BIOÉTICA, AUTONOMIA E AUTODETERMINAÇÃO EM PACIENTES INTERNADOS PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO MENTAL E COMPORTAMENTAL DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVASEM UM HOSPITALUNIVERSITÁRIO

AUTORES:

Lucas Franca-Garcia¹, Fernanda da Rocha Trindade², Alessandra Mendes Calixto³ e José Roberto Goldim⁴

Endereço para correspondência:

Rua Ramiro Barcelos, 2350
Centro de Pesquisa Experimental
Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência
Porto Alegre/RS
Email: lucasfgarcia@gmail.com

¹ Sociólogo. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

² Física Médica. Mestre em Medicina: Ciências Médicas pelo Programa de Pós-Graduação em Medicina Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisadora do Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Consultora em Dependência Química, do Serviço de Psiquiatria de Adições, da Unidade Alvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁴ Biólogo. Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

RESUMO:

Introdução: O Transtorno mental e comportamental devidos ao uso de substância psicoativa (TUSP) é um grave problema social e de saúde pública em diversos países do mundo. No Brasil o consumo de crack tem sido nos últimos 20 anos um dos principais problemas de saúde pública. O objetivo deste estudo é avaliar o desenvolvimento psicológico-moral, autonomia e autodeterminação em pacientes com TUSP internados em um Hospital Universitário. **Fundamentação Teórica:** A bioética complexa é definida como “uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver”. Dentro desta perspectiva, estudar os aspectos do desenvolvimento psicológico-moral em usuários de *crack* faz-se necessária para se ter uma compreensão adequada a respeito da capacidade de tomada de decisão destes pacientes. Diversos pesquisadores trabalharam com a perspectiva do desenvolvimento psicológico-moral. Nesta pesquisa serão abordados os seguintes autores: Jean Piaget, Laurence Kohlberg e Jane Loevinger. **Métodos:** Foi aplicado um instrumento para avaliação do desenvolvimento psicológico-moral que tem como objetivo verificar a capacidade de tomada de decisão dos indivíduos. A abordagem qualitativa utilizou-se do método etnográfico e da observação participante. **Resultados:** 50% dos pacientes (n=9) foram classificados na fase de conformista, 39% (n=7) e 11% (n=2) na fase autônoma. Quanto às observações do trabalho de campo, foi possível verificar dinâmicas relacionadas a aspectos do pertencimento social, aspectos simbólicos tratamento, distinção entre autonomia e autodeterminação e a ressignificação do sentido da autonomia para estes pacientes. **Conclusões:** Todos os pacientes avaliados por esta pesquisa foram considerados capazes de tomar decisão no seu melhor interesse, com relação ao seu nível de desenvolvimento psicológico-moral. Podemos perceber também a preservação da autonomia destes pacientes, no sentido de capacidade de decisão baseada em argumentos morais, a partir da participação destes pacientes na produção e construção das regras da Unidade de internação. **Palavras-chave:** Bioética; desenvolvimento psicológico-moral; capacidade de tomada de decisão; crack;

INTRODUÇÃO

O Transtorno mental e comportamental devidos ao uso de substância psicoativa (TUSP) é um grave problema social e de saúde pública em diversos países do mundo (Blumstein, Rivara, & Rosenfeld, 2000; Dias et al., 2011; Falck, Wang, & Carlson, 2008; Solange A. Nappo, Galduróz, & Noto, 1996; Parry et al., 2008; Smart, 1988a, 1988b; Wechsberg et al., 2008).

No Brasil este panorama não é diferente. O consumo de *crack* tem sido nos últimos 20 anos um dos principais problemas de saúde pública (M. Ribeiro & Laranjeira, 2012). Dados epidemiológicos mostram o avanço do consumo desta substância (Cebriid, 2006) e as suas diversas consequências para os usuários, para a saúde pública e para a sociedade.

A TUSP é considerada uma síndrome de curso crônico e recidivante que provoca mudanças importantes no funcionamento do cérebro acarretando alterações cognitivas, mentais, psicológicas e sociais do usuário de SPA (Detar, 2011; Kalivas & Volkow, 2005). Estas mudanças na estrutura e no funcionamento do cérebro, provocado pelo uso contínuo de cocaína/*crack*, originam e/ou potencializam comportamentos compulsivos que interferem de maneira significativa na vida cotidiana dos pacientes, além de causar comprometimentos neuropsicológicos e cognitivos importantes aos usuários de cocaína/*crack* (Detar, 2011; Laranjeira, 2012).

Entretanto não são somente alterações neurobiológicas que estão envolvidas no consumo de substâncias psicoativas. Outras questões importantes estão relacionadas à dependência química do *crack* como, por exemplo, aspectos sociais,

psicológicos, econômicos, culturais, políticos, morais, éticos, entre outros estão associados a este problema. Em razão disto, podemos considerá-la uma síndrome complexa que envolve não somente o indivíduo e sua família, mas também a própria sociedade, e por isso faz-se necessária uma abordagem complexa de diversas áreas do conhecimento a respeito deste problema (Detar, 2011; Laranjeira, 2012).

O objetivo deste estudo é avaliar o desenvolvimento psicológico-moral, autonomia e autodeterminação em pacientes com TUSP internados no Serviço de Psiquiatria de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para o manejo da abstinência em *crack*.

BIOÉTICA E DESENVOLVIMENTO MORAL

A Bioética é um campo interdisciplinar do conhecimento que tem sua origem tradicionalmente creditada ao oncologista norte-americano Van Ressaenler Potter com a publicação do livro "*Bioethics: bridge to the future*". Nesta publicação o autor coloca que a Bioética é a ligação entre o conhecimento científico e as humanidades, ponte necessária à sobrevivência da espécie humana diante dos problemas éticos e morais decorrentes do avanço da Ciência (Potter, 1971).

Achados recentes apontam, entretanto, que o termo bioética (*bio-ethik*, em alemão), na realidade, foi proposto pela primeira vez pelo pastor alemão de orientação luterana Fritz Jahr. Neste artigo, Jahr relata que a Psicologia de sua época, já baseada em modelos experimentais, não lidava somente com seres humanos para o entendimento das patologias psicológicas. Modelos de pesquisa com animais, como o anatomo-zootômico, assim como comparações entre a alma

humana e a animal estavam sendo realizadas já na sua época. Isto demonstra, segundo ele, que mesmo em uma Ciência como a Psicologia, que tratava essencialmente do ser humano, já começava a ter preocupações éticas com relação aos outros seres vivos, inclusive com as plantas, a partir destes experimentos. Neste sentido, podemos falar de uma Bio-Psíquica, como são chamados estes estudos por Fritz Jahr. E da Bio-Psíquica, ou seja, das preocupações éticas não só para com os seres humanos, mas também com os outros seres vivos, para a Bioética é 'apenas um passo' (Jahr, 1926).

É neste artigo, também, que o autor propõe pela primeira vez o que ele denomina de imperativo bioético, que diz: "*Respeita cada ser vivo como um Fim em si mesmo e trata-o, se possível, como tal!*"(Jahr, 1926)". Nesta formulação Fritz Jahr, com forte orientação kantiana, propõe e reforça a implicação ética dos seres humanos para com os demais seres vivos, ou seja, de que nós, seres humanos, temos obrigações éticas também com os outros animais e com as plantas(Jahr, 1926).

A partir dos anos 1970, houve um aumento significativo dos estudos em bioética. Estudos sobre ética na pesquisa (Beecher, 1966; Ladimer, 1948, 1957; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978), sobre capacidade para tomada de decisão e consentimento informado (Berg, Appelbaum, Lidz, & Parker, 2001; Faden, Beauchamp, & King, 1986), entre outros assuntos. No desenvolvimento desta discussão, a teoria de Beauchamp e Childress adquire papel importante. Ela buscou dar respostas aos problemas éticos das ciências biomédicas, por meio do que denominaram de quatro princípios básicos da ética biomédica, quais sejam, a autonomia ou o respeito à pessoa, a não maleficência, a beneficência e a justiça

(Beauchamp & Childress, 2002). A influência desta perspectiva foi grande durante muito tempo e muitos trabalhos em Bioética adotaram esta perspectiva em seus trabalhos.

A bioética complexa, modelo adotado neste trabalho, é definida como “uma reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver (Goldim, 2006)”. Este modelo visa analisar de maneira abrangente e integradora, diferentes aspectos das ações humanas que envolvem a vida, enquanto categoria biológica, e o viver, enquanto categorias moral, social, cultural e política a partir das diferentes perspectivas teóricas apresentadas acima (Goldim, 2006).

Dentro desta perspectiva, estudar os aspectos do desenvolvimento moral e da capacidade moral para tomada de decisão em usuários de SPA faz-se necessário para se ter uma compreensão adequada a respeito da capacidade de tomada de decisão em usuários de SPA internados em um Hospital Universitário, uma vez que o usuário de *crack* tende a ser excluído dos processos decisórios mais básicos e da própria sociedade e colocado em situações de marginalidade e vulnerabilidade.

A moralidade e a formação de uma comunidade moral distinta daquela vivenciada e experimentada na cultura do uso de SPA é um dos objetivos do tratamento e da recuperação de pacientes com TUSP em *crack*. A internalização de valores e do desenvolvimento de argumentos morais que (re)orientem o comportamento é um processo contínuo e constante que é construído de diversas maneiras e em diferentes momentos do tratamento.

Tal processo visa a introjeção de normas e valores que orientem ações adequadas do ponto de vista moral, ou seja, daquilo que como sociedade definimos

como adequado para o desenvolvimento de um convívio social sustentável e instrumentaliza o indivíduo a utilizar argumentos morais para tomar as suas decisões de acordo com um sistema de regras e valores legitimados por ele e pela sociedade.

Diversos pesquisadores trabalharam com a perspectiva do desenvolvimento moral tanto do ponto de vista individual como social. Jean Piaget, Laurence Kohlberg e Jane Loevinger são os autores mais importantes neste campo da Psicologia do Desenvolvimento.

Segundo as diferentes teorias do desenvolvimento psicológico-moral a autonomia está ligada a capacidade dos indivíduos em tomar decisões baseadas em argumentos morais. Piaget estudou o desenvolvimento psicólogo-moral de crianças a partir da observação e entrevistas a respeito das regras do jogo de bolas de gude e classificou o desenvolvimento psicológico-moral em duas dimensões, (a) prática e (b) consciência das regras, que correspondem a três fases do desenvolvimento psicológico-moral: anomia, heteronomia e autonomia (Piaget, 1994). Kohlberg, dando sequência a esta discussão ampliou esta classificação a partir dos resultados de seu estudo aplicando dilemas morais aos sujeitos de pesquisa. Sua classificação é constituída de três dimensões, pré-convencional, convencional e pós-convencional, sendo cada uma destas dimensões subdivididas em dois estágios (Kohlberg, 1981). Por fim, Loevinger propôs a questão da construção das regras e da autonomia a partir do desenvolvimento das fases do ego. Sua classificação, ampliada em relação à Piaget e à Kohlberg, prevê sete níveis do desenvolvimento psicológico-moral (Loevinger, 1966). O quadro abaixo, adaptado de (José Roberto Goldim, 1999), mostra uma consolidação comparativa entre as diferentes teorias a respeito do desenvolvimento psicológico-moral.

Jean Piaget		Lawrence Kohlberg		Jane Loevinger
Prática da Regra	Consciência da Regra	Níveis	Estágios	Fases
Motora	Anomia	Pré-Convencional	Obediência e Punição	Pré-Social
			Trocas	Impulsivo
Egocêntrica	Heteronomia	Convencional	Aprovação do Grupo	Oportunista
			Deveres e Obrigações	Conformista
Cooperativa	Autonomia	Pós-Convencional	Contrato Social	Consciencioso
			Princípios Éticos Universais	Autônomo
Codificadora				Integrado

Quadro 2: Quadro comparativo entre as teorias de Jean Piaget, Lawrence Kohlberg e Jane Loevinger sobre o desenvolvimento psicológico-moral.

Fonte: Adaptado (José Roberto Goldim, 1999)

MÉTODOS

Estudo observacional quali-quantitativo. O instrumento para avaliação do desenvolvimento psicológico-moral tem como objetivo verificar a capacidade de tomada de decisão dos indivíduos. A capacidade para a tomada de decisão está baseada em diversas habilidades do indivíduo em participar de tal processo. Entre estas habilidades estão a capacidade de avaliação e compreensão de risco e benefícios, do envolvimento e participação no tratamento e no processo de tomada de decisão propriamente dito. A escala é composta de quatro conjuntos de perguntas que deverão foram respondidas pelos pacientes. Este instrumento foi proposto e validado inicialmente por Souza (Souza, 1968), posteriormente uma modificação no instrumento foi validada por Goldim e colaboradores (Goldim, Clotet, & Ribeiro, 2007) e Raymundo e Goldim validaram o instrumento em diferentes faixas etárias (Raymundo & Goldim, 2008). Este instrumento foi aplicado em 18 pacientes durante o período de dezembro de 2012 a janeiro de 2013. Todos os participantes do estudo foram informados a respeito dos objetivos e dos procedimentos utilizados neste trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A abordagem qualitativa utilizou-se do método etnográfico e da observação participante (Malinowski, 1976; Whyte, 2005). Este método consiste em realizar uma imersão no campo de pesquisa de maneira a observar, continuamente, os aspectos culturais e sociais e as relações estabelecidas dentro do ambiente de pesquisa.

As observações de campo foram realizadas na forma de imersão na realidade dos sujeitos de pesquisa, usuários de *crack* e outras drogas internados para tratamento. De dezembro de 2012 a janeiro de 2013 foi realizada esta imersão com

a finalidade de apreender aspectos relacionados ao desenvolvimento psicológico-moral e à autonomia dos pacientes internados na Unidade de Adição do HCPA.

Os pesquisadores assinaram Termo de Compromisso para o Uso de Dados Institucionais, a fim de manter a privacidade e confidencialidade dos dados coletados, visando à proteção dos pacientes que participaram desta pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta de 18 pacientes, todos do sexo masculino, todos usuários de crack, com idade média de 31 anos, sendo a menor 19 e a maior 48 anos. Quanto à escolaridade 61% (n=11) cursaram apenas o ensino fundamental, 22% (n=4) cursaram o ensino médio e 17% (n=3) o ensino superior.

Em relação às fases do desenvolvimento do ego, de acordo com a classificação de Loevinger (Loevinger, 1966), 50% (n=9) dos pacientes foram classificados na fase conformista; 39% (n=7) na fase conscienciosa; e 11% (n=2) na fase autônoma. Desta forma, todos os pacientes avaliados foram considerados capazes para tomarem decisão no seu melhor interesse.

As fases do desenvolvimento psicológico-moral dos indivíduos da amostra foram cotejadas com a variação das idades. Não há condições de realizar testes de associação, devido ao pequeno tamanho da amostra, porém os dados apresentam uma distribuição independente.

Avaliando em conjunto as fases de desenvolvimento psicológico-moral e a escolaridade dos pacientes não há uma evidência de que ambas variáveis, na faixa etária adulta, tenham influência entre si. O pequeno tamanho da amostra impede a realização de testes de associação.

A baixa escolaridade dos pacientes, assim como a faixa etária verificada neste estudo é compatível com outras pesquisas realizadas com usuários de *crack* e múltiplas substâncias no Brasil (Kessler & Pechansky, 2008; Nappo, Galduróz, Raymundo, & Carlini, 2001; Nappo et al., 1996; Oliveira & Nappo, 2008a, 2008b). Embora os dados quantitativos deste estudo sejam escassos, o aparecimento do uso desta substância em indivíduos com ensino superior, também evidencia o avanço do *crack* em estratos sociais com maior poder aquisitivo e não somente em populações vulneráveis do ponto de vista econômico.

O desenvolvimento psicológico-moral foi avaliado em uma amostra de 18 pacientes com o objetivo de verificar em qual nível estes pacientes se encontravam durante o tratamento para o TUSP. Foram avaliados de acordo com a proposta de classificação das fases do desenvolvimento do ego proposto por Loevinger(1966).

Os resultados obtidos tiveram uma variação semelhante a verificada em outros estudos, com os pacientes apresentando fases variando de conformista a autonomia, demonstrando o caráter cumulativo desta proposta. A fase conformista foi a predominante no grupo estudado, tendo sido verificada em 50% (n=9) dos pacientes, diferentemente dos estudos realizados por pesquisadores brasileiros em que a fase conscienciosa foi a predominante(Bajotto & Goldim, 2011a; Goldim et al., 2007; Goldim, 1999; Raymundo & Goldim, 2008). Ela é caracterizada pela preocupação com as coisas materiais, aparência, reputação, *status* social e aceitabilidade social (Branco, 2003; Loevinger, 1966; Souza, 1968), além de terem

como objetivo obter vantagens e/ou ganhos pessoais nas suas relações com as outras pessoas (Goldim, 1999). Essa diferença em relação às demais pesquisas pode ser em decorrência na escassez dos dados coletados, ou das estratégias desenvolvidas pelos usuários de *crack* para enfrentar as diversas situações de risco decorrentes do consumo desta SPA, em que estes desenvolvem habilidades e estratégias específicas que é característica deste estágio do desenvolvimento (Ribeiro, Sanchez, & Nappo, 2010; Ribeiro, Sanchez, & Nappo, 2010), como por exemplo, a preocupação com o *status* social, com a aceitação em um grupo, com a reputação, entre outras preocupações relatadas para a sobrevivência em ambientes altamente coercitivos, em que o desrespeito às regras do grupo é acompanhado por um forte sentimento de culpa.

Embora os dados relativos à classificação dos níveis do desenvolvimento psicológico-moral sejam escassos, os resultados obtidos para esta amostra demonstram que todos os pacientes avaliados tinham capacidade de tomada de decisão preservada, assim como os estudos realizados com outras populações vulneráveis como idosos, participantes de pesquisa e adolescentes (Bajotto & Goldim, 2011a; Goldim & Bajotto, 2012; Goldim et al., 2007; Goldim, 1999; Raymundo & Goldim, 2008). Vale ressaltar que, em outras amostras, foi demonstrado que o desenvolvimento psicológico-moral dos indivíduos independe da escolaridade e faixa etária (Raymundo & Goldim, 2008)

Na fase predominante nesta pesquisa, a conformista, os indivíduos são caracterizados pela conformidade com as regras externas e a vergonha associada ao seu descumprimento e suas preocupações constantes são com aparência, aceitabilidade e *status* social (Branco, 2003; Loevinger, 1966; Souza, 1968). Estas características, encontrada em 50% (n=9) dos pacientes estudados, complementam

um importante aspecto levantado por estes mesmos pacientes nos grupos terapêuticos, que é a questão da identidade e da necessidade de pertencimento a um grupo social.

Durkheim (2008), em seus estudos sobre a divisão do trabalho social coloca, de certa maneira, a necessidade humana de aceitabilidade e de pertencimento a uma comunidade ou grupo social. Neste trabalho, são identificados pelo autor dois tipos de solidariedade social, que estão ligados a diferentes tipos de pertencimento social. O primeiro tipo de pertencimento está ligado à solidariedade mecânica e o pertencimento é dado a partir da participação do indivíduo de acordo com as regras da consciência coletiva. Observa-se neste sentido, uma predominância da consciência coletiva e do ser social sobre os desejos individuais. Em outras palavras, o desejo do indivíduo é o desejo da coletividade, o desejo do grupo, caracterizando uma clara situação de positivismo moral. No segundo tipo, resultante da solidariedade orgânica das sociedades complexas, o pertencimento se dá não só pelas semelhanças entre os indivíduos, mas também pelas interdependências do todo social (Aron, 2008; Durkheim, 2008).

Diversos pacientes relataram nos grupos terapêuticos uma necessidade grande de serem aceitos e fazerem parte de um grupo, o que é constatado pelo nível de desenvolvimento psicológico-moral de maior frequência: o conformista. Os discursos a respeito da importância de se fazer parte de um grupo social são diversos e variados e demonstram a importância desta questão para os pacientes internados. Relatos como 'na minha comunidade se eu não fizer *tal coisa* eu não vou ser aceito pelos demais' foram frequentes na participação nos grupos terapêuticos e durante as conversas informais mantidas com os pacientes durante o período das observações, demonstrando como a consciência coletiva é muito mais importante do

que os desejos do indivíduo de mudar de estilo de vida. Entretanto, a convivência em um ambiente de internação é importante para demonstrar aos pacientes que novas possibilidades de pertencimento são possíveis. Na medida em que para passar do GD para o GR, para o “grupo de cima”, os pacientes têm que reconhecer seu papel dentro da complexa rede de interdependências colocadas no tratamento da TUSP em um ambiente de internação, é demonstrada a possibilidade de convivência em ambientes de socialização diferentes das vivenciadas pelos pacientes até então.

Outra questão importante diz respeito aos aspectos simbólicos envolvidos no tratamento do TUSP em pacientes internados no Serviço de Adição do HCPA. Levi-Strauss, em 1949, publicou um artigo no periódico *‘Revue de l’Histoire des religions’*, em que propõe a utilização do conceito de eficácia simbólica. Para Levi-Strauss, esta reside na manipulação terapêutica pelo xamã da estrutura ‘simbólica’ do ‘paciente’, provocando uma ‘reorganização estrutural no ‘doente’ capaz de ‘curá-lo’. A eficácia simbólica consistiria, com efeito, nesta propriedade indutora dos xamã, entre os processos orgânicos, psíquicos, inconscientes e pensamento refletido (Lévi-Strauss, 2008).

Não utilizaremos aqui eficácia simbólica no sentido de processos de cura xamanística. Utilizaremos o conceito no sentido colocado por Lévi-Strauss, quando este trabalha com a carga simbólica dos rituais associada aos processos xamanísticos de cura. Nesta parte, Levi-Strauss faz uma comparação entre os atos xamanísticos e os atos do médico, em que este não só fala com o seu paciente, mas opera também por operações concretas, ‘verdadeiros ritos que atravessam a tela da consciência sem encontrar obstáculo, para levar sua mensagem diretamente ao inconsciente’ (Lévi-Strauss, 2008). É a partir desta operação entre o simbólico e o

concreto que utilizaremos o conceito de eficácia simbólica, proposto pelo antropólogo francês.

Neste sentido, podemos verificar nos grupos de avaliação do tratamento e das atividades, uma carga simbólica bastante importante em diversos momentos do tratamento, que tem significativo impacto durante a internação destes pacientes.

A primeira delas diz respeito à eficácia simbólica do quadro de evolução por *smiles*, meio pelo qual os pacientes são avaliados em relação a sua participação e engajamento no tratamento e é publicizado aos demais pacientes. A eficácia simbólica desta ação reside no fato de ser uma maneira concreta de dar significado a algo importante do ponto de vista psicológico, que é a motivação para a manutenção do tratamento.

Outro resultado encontrado em relação à carga simbólica é o da entrega dos certificados de destaque semanais quanto aos quesitos motivação, liderança e solidariedade. A eficácia simbólica deste ato reside no fato deste processo servir como motivação para o paciente que recebe o certificado, assim como motivação para os demais pacientes, pois estes comportamentos são reconhecidos e 'premiados' pela equipe que os acompanha diariamente. Além disto, serve também como importante ferramenta de modelagem social, na medida em que, os pacientes premiados e certificados nestes quesitos, servem como modelos a serem seguidos pelos outros pacientes, no que diz respeito a participação e engajamento no tratamento.

Outro achado desta pesquisa está na constatação de que todos os 18 pacientes avaliados foram considerados capazes para a tomada de decisão. Em outras palavras, todos os indivíduos avaliados possuem autonomia para tomar decisões em seu melhor interesse. Além disto, a partir das observações de campo

foi possível verificar também a ressignificação do sentido da autonomia para estes pacientes.

Para Kant somente a moralidade é capaz de tornar o ser racional um fim em si mesmo. Segundo ele, a moralidade é a relação das ações dos indivíduos de acordo com a legislação universal que só pode ser atingida por meio do imperativo categórico, que diz: "*Procede apenas segundo aquela máxima, em virtude da qual podes querer ao mesmo tempo que ela se torne em lei universal*(Kant, 1960)". Sendo assim, a autonomia da vontade para Kant é o agir racional de acordo com o respeito a esta lei moral universal, ou seja, de acordo com este imperativo categórico (Kant, 1960).

Para a Bioética a autonomia é um conceito-chave. O respeito à autonomia, a partir da tradição do *Belmont Report*, relatório encomendado pelo governo norte-americano para criação diretrizes éticas para a pesquisa com seres humanos (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978), foi importante no desenvolvimento da discussão sobre o papel da autonomia ou da capacidade de tomada de decisão dos indivíduos nas pesquisas biomédicas e na assistência à saúde no cenário norte-americano. Beauchamp e Childress ressaltaram a importância do respeito à autonomia das pessoas, no sentido do respeito pelos profissionais da área biomédica com relação às escolhas autônomas dos indivíduos no cenário da assistência e pesquisa em saúde (Beauchamp & Childress, 2002).

No entanto, falta na literatura uma distinção clara em relação à capacidade moral de tomada de decisão, ou autonomia, e à capacidade real de tomada de decisão – autodeterminação. Esta distinção faz-se necessária para entender algumas dinâmicas importantes a respeito da capacidade de tomada de decisão da

população em geral, sobretudo populações vulneráveis como crianças e adolescentes, presidiários, usuários de SPA, idosos, entre outras vulnerabilidades sociais e econômicas importantes.

Goldim e Bajotto (2011b) em um relato de caso a partir de um estudo com população idosa de um município do interior do Rio Grande do Sul constatou esta distinção entre autonomia e autodeterminação na medida em que vários dos idosos pesquisados foram considerados capazes a partir da aplicação do instrumento de avaliação do desenvolvimento psicológico-moral, entretanto não tomavam decisões por si próprias, pois quem tomava as decisões por eles eram seus familiares(Bajotto & Goldim, 2011b). O primeiro conceito diz respeito à capacidade de tomada de decisão do ponto de vista moral dos indivíduos; e o segundo a capacidade real de tomada de decisão. Um indivíduo autônomo pode ter a sua autodeterminação restringida por elementos de coerção associada.

Estes dados vêm de encontro ao que foi observado nos diferentes grupos terapêuticos. Esta distinção é válida do ponto de vista teórico e prático, na medida em que procura dar conta de uma diferença importante na capacidade de tomada de decisão dos indivíduos, uma vez que estas categorias não estão diretamente ligadas.

Nos relatos dos pacientes podemos verificar esta distinção, sobretudo quando estes relatam as suas motivações para o tratamento em um ambiente de internação. Muitas vezes é colocado que só estão em tratamento ou que procuraram o tratamento por uma insistência dos familiares e que a manutenção do tratamento na internação é em decorrência desta insistência por parte dos familiares, sobretudo familiares do sexo feminino, especialmente mães e esposas.

Outro achado desta pesquisa foi a construção e ressignificação da autonomia realizada pelos pacientes. Na medida em que estes fizeram parte da produção e construção destas regras, a partir de diversas técnicas, eles puderam realizar um exercício de autonomia, no sentido de aplicar regras que vão ser válidas não só para cada um deles, mas para os outros indivíduos também. Podemos notar, assim, de certa maneira, um exercício da máxima kantiana, em que agimos de acordo com uma lei que possa ser seguida pelos outros, ou seja, uma “lei universal”.

CONCLUSÕES:

Com base nos dados avaliados foi possível verificar que do ponto de vista do desenvolvimento psicológico-moral, todos os indivíduos participantes desta pesquisa foram considerados aptos a tomarem decisões em seu melhor interesse. Além disto, a partir das observações de campo, podemos perceber também a preservação da autonomia destes pacientes, no sentido de capacidade de decisão baseada em argumentos morais, a partir da participação destes pacientes na produção e construção das regras da Unidade de internação, dando legitimidade moral a estas regras. Neste sentido, percebeu-se a importância desta construção para a ressignificação da autonomia moral, no sentido colocado por Emmanuel Kant do imperativo categórico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aron, R. (2008). *As etapas do pensamento sociológico*. São Paulo: Martins Fontes. Retrieved from <http://books.google.com.br/books?id=spxIPwAACAAJ>
- Bajotto, A. P., & Goldim, J. R. (2011a). Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(4), 753–761. doi:10.1590/S1809-98232011000400014
- Bajotto, A. P., & Goldim, J. R. (2011b). Case-Report: Autonomy and Self Determination of an Elderly Population in South Brazil. *Journal of Clinical Research & Bioethics*, 2(2), 1–4. doi:10.4172/2155-9627.1000109
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. . (2002). *Princípios de Ética Biomédica*. São Paulo: Edições Loyola.
- Beecher, H. K. (1966). Ethics and Clinical Research. *The New England Journal of Medicine*, 274(24), 1354–60.
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Parker, L. S. (2001). *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice: Legal Theory and Clinical Practice*. New York: OxfordUniversityPress, USA. Retrieved from <http://books.google.com.br/books?id=b6w7V7gCkSIC>
- Blumstein, A., Rivara, F. P., & Rosenfeld, R. (2000). The rise and decline of homicide--and why. *Annual review of public health*, 21, 505–41. doi:10.1146/annurev.publhealth.21.1.505
- Branco, M. L. (2003). A construção da autonomia moral: a contribuição da teoria do desenvolvimento do ego de Jane Loevinger. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 13(25), 5–12. doi:10.1590/S0103-863X2003000200002
- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. (2006). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. Brasília.
- Detar, D. T. (2011). Understanding the disease of addiction. *Primary care*, 38(1), 1–7, v. doi:10.1016/j.pop.2010.11.001
- Dias, A. C., Araújo, M. R., Dunn, J., Sesso, R. C., De Castro, V., & Laranjeira, R. (2011). Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *Journal of substance abuse treatment*, 41(3), 273–8. doi:10.1016/j.jsat.2011.03.008
- Durkheim, É. (2008). *Da divisão do trabalho social*. São Paulo: Martins Fontes. Retrieved from <http://books.google.com.br/books?id=3ugyPwAACAAJ>

- Faden, R. R., Beauchamp, T. L., & King, N. M. P. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: OxfordUniversity Press. Retrieved from <http://books.google.com.br/books?id=jgi7OWxDT9cC>
- Falck, R. S., Wang, J., & Carlson, R. G. (2008). Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug and alcohol dependence*, 98(1-2), 24–9. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.04.004
- Goldim, J.R. (2006). Bioética: origens e complexidade. *Rev HCPA*, 26(2), 86–92.
- Goldim, José Roberto. (1999). *O Consentimento Informado e a adequação de seu uso na pesquisa em seres humanos*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Goldim, José Roberto, & Bajotto, A. P. (2012). Consentimento informado: cuidado para recrutamento de populações vulneráveis. *Revista de Bioética*, 20(2), 226–231.
- Goldim, José Roberto, Clotet, J., & Ribeiro, J. P. (2007). Adequacy of informed consent in research carried out in Brazil. *Eubios. Journal of Asian and Internacional Bioethics*, 17, 117–80.
- Jahr, F. (1926). [Life Sciences and Ethics: Old knowledge in new clothing]. *Die Mittelschule. Zeitschrift für das gesamte mittlere Schulwesen*, 40, 604–606. Retrieved from http://goobiweb.bbf.dipf.de/viewer/image/ZDB982364040_0040/612/LOG_0349/
- Kalivas, P. W., & Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *The American journal of psychiatry*, 162(8), 1403–13. doi:10.1176/appi.ajp.162.8.1403
- Kant, I. (1960). *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade A psychiatric view on the crack phenomenon nowadays. *Rev Psiquiatr RS*, 30(2), 96–98. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03.pdf>
- Kohlberg, L. (1981). *Essays on Moral Development*. San Francisco: Harper and Row.
- Ladimer, I. (1948). Ethics governing the Service of Prisoners as subjects in medical experiments. *JAMA*, 136(7), 457–8.
- Ladimer, I. (1957). Human Experimentation: medicolegal aspects. *The New England Journal of Medicine*, 257(1), 18–24.
- Laranjeira, R. (2012). Bases do tratamento da dependência de crack. In M Ribeiro & R. Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack* (pp. 23–9). Porto Alegre: Artmed.

- Loevinger, J. (1966). The meaning and measurement of ego development. *American Psychologist*, 21(3), 195–206. doi:10.1037/h0023376
- Lévi-Strauss, C. (2008). A eficácia simbólica. *Antropologia estrutural* (pp. 215–36). São Paulo: Cosac-Naify. Retrieved from <http://books.google.com.br/books?id=msxZPwAACAAJ>
- Malinowski, B. (1976). Objeto, Método e alcance desta pesquisa. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural.
- Nappo, S A, Galduróz, J. C., Raymundo, M., & Carlini, E. A. (2001). Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. *Journal of psychoactive drugs*, 33(3), 241–53. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11718317>
- Nappo, Solange A., Galduróz, J. F. C., & Noto, A. R. (1996). Crack Use in Sao Paulo. *Substance Use & Misuse*, 31(5), 565–579. doi:10.3109/10826089609045827
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). *The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects*. Washington: DHEW Publications (OS) 78-0012. Retrieved from <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>
- Oliveira, L. G. de, & Nappo, S. A. (2008a). Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(6). doi:10.1590/S0101-60832008000600002
- Oliveira, L. G. de, & Nappo, S. A. (2008b). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 664–671. doi:10.1590/S0034-89102008005000039
- Parry, C., Petersen, P., Dewing, S., Carney, T., Needle, R., Kroeger, K., & Treger, L. (2008). Rapid assessment of drug-related HIV risk among men who have sex with men in three South African cities. *Drug and alcohol dependence*, 95(1-2), 45–53. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.12.005
- Piaget, J. (1994). *O juízo moral na criança*. São Paulo: Summus.
- Potter, V. (1971). *Bioethics: bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Raymundo, M. M., & Goldim, J. R. (2008). Moral-psychological development related to the capacity of adolescents and elderly patients to consent. *Journal of Medical Ethics*, 34, 602–5.
- Ribeiro, L. a, Sanchez, Z. M., & Nappo, S. a. (2010). Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. *BMC public health*, 10(1), 671. doi:10.1186/1471-2458-10-671

- Ribeiro, L. A., Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2010). Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 210–218. doi:10.1590/S0047-20852010000300007
- Ribeiro, Marcelo, & Laranjeira, R. R. (2012). *O Tratamento do Usuário de Crack*. Porto Alegre: Artmed.
- Smart, R. . (1988a). “Crack” cocaine use in Canada: a new epidemic? *Am J Epidemiol*, 127(6), 1315–7.
- Smart, R. . (1988b). Inhalant use and abuse in Canada. *NIDA Res Monogr*, 85, 121–39.
- Souza, E. L. P. (1968). Pesquisa sobre as fases evolutivas do ego. *Boletim da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 3(7), 5–16.
- Wechsberg, W. M., Luseno, W. K., Karg, R. S., Young, S., Rodman, N., Myers, B., & Parry, C. D. H. (2008). Alcohol, cannabis, and methamphetamine use and other risk behaviours among Black and Coloured South African women: a small randomized trial in the Western Cape. *The International journal on drug policy*, 19(2), 130–9. doi:10.1016/j.drugpo.2007.11.018
- Whyte, W. F. (2005). *Sociedade de esquina: estrutura social de uma área urbana pobre e degradada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Retrieved from <http://books.google.com.br/books?id=RKET5cRugsQC>

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO UTILIZADO PARA AVALIAR O DESENVOLVIMENTO MORAL-PSICOLÓGICO

NOME: _____ GRUPO: _____
 SEXO ()M ()F IDADE: _____ anos
 PROFISSÃO: _____ DATA DE PREENCHIMENTO: ____/____/____
 ESCOLARIDADE () Analfabeto () 3º grau incompleto
 () 1º grau incompleto () 3º grau completo
 () 1º grau completo () Especialização
 () 2º grau incompleto () Mestrado
 () 2º grau completo () Doutorado

Assinale 3 afirmações que correspondam ao seu gosto pessoal:

- () Poder contar com amigos que me ajudam.
- () Realizar um trabalho bem feito.
- () Estar numa posição de dar ordens.
- () Fazer o que é moralmente certo.
- () Não alimentar preconceitos.
- () Ser coerente com o que digo e faço.
- () Ter amigos protetores.
- () Retribuir os favores que me fazem.
- () Estar em harmonia comigo mesmo.
- () Ter relações influentes.
- () Não se deixar influenciar por convenções sociais.
- () Ser generoso para com os outros.

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:

- () Compromissos assumidos.
- () Não ser dominado pelos outros.
- () Aprimoramento pessoal.
- () Desejos sexuais.
- () Estar bem trajado.
- () Harmonia interior.

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:

- () Prestígio.
- () Coerência.
- () Autonomia.
- () Auto-crítica exagerada.
- () Competição.
- () Impulsividade.

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais freqüentemente com relação a si mesmo:

- () Medo à vingança.
- () Boa reputação.
- () Conflito de necessidades.
- () Independência.
- () Ter um rendimento ótimo.
- () Obter vantagens.

ANEXO 2: REGRAS GERAIS DE CONVIVÊNCIA DA UNIDADE

É proibido:	Ação correspondente *
1. agredir ou ameaçar agredir;	Restrição à UD – considerar alta administrativa
2. assediar sexualmente outras pessoas	Restrição à UD – considerar alta administrativa
3. utilizar qualquer droga ou fumar;	Rediscussão da manutenção do tratamento
4. furtar, roubar ou esconder pertences ou equipamentos;	Restrição ao quarto – considerar registros legais
5. causar danos ao patrimônio;	Restrição ao quarto – considerar registros legais
6. fazer xingamentos ou intimidar outros pacientes e equipe assistencial;	Restrição ao quarto
7. entrar nos outros quartos e no posto de enfermagem;	Restrição ao quarto
8. realizar trocas, doações, empréstimos, negócios ou apostas;	Deixa de ter a gratificação conquistada por tempo de tratamento
9. circular pela Unidade descalço ou sem camisa;	Deixa de ter a gratificação conquistada por tempo de tratamento
10. incitar (encorajar) o uso de substâncias;	Deixa de ter a gratificação conquistada por tempo de tratamento
11. usar o celular de forma não autorizada pela equipe;	Deixa de ter a responsabilidade por atividades e coordenações oferecidas
12. usar adornos (brincos, manta, boné, anéis, correntes, piercings e outros)	Deixa de ter a responsabilidade por atividades e coordenações oferecidas
13. chamar por apelidos não autorizados;	Deixa de ter a responsabilidade por atividades e coordenações oferecidas
14. comer fora do refeitório ou armazenar alimentos no quarto;	Deixa de ter a responsabilidade por atividades e coordenações oferecidas
15. lavar roupas pessoais. Exceto roupas íntimas: cuecas e meias (não pendurar roupas na janela)	Deixa de ter a responsabilidade por atividades e coordenações oferecidas
16. Apoiar os pés nas cadeiras	Advertência Verbal
É obrigatório:	
1. utilizar os medicamentos prescritos;	Rediscussão da manutenção do tratamento
2. permitir que seus pertences sejam revistados pela equipe assistencial;	Rediscussão da manutenção do tratamento
3. cumprir as combinações e tarefas definidas nos grupos e com equipe;	Deixa de ter a gratificação conquistada por tempo de tratamento
4. participar das atividades estabelecidas;	Deixa de ter a gratificação conquistada por tempo de tratamento
5. cumprir os horários;	Deixa de ter a responsabilidade por atividades e coordenações oferecidas
6. manter organizados a cama e os pertences pessoais;	Deixa de ter a responsabilidade por atividades e coordenações oferecidas
7. discutir sobre o tratamento e alta somente com a equipe de referência;	Não participa de atividades
8. manter os espaços coletivos limpos e organizados.	Não participa de atividades

*** Esta é a ação MÍNIMA a ser executada em cada situação. Ações posteriores devem ser consideradas e poderão ser executadas**

ANEXO 3: REGRAS DE CONVIVÊNCIA NO REFEITÓRIO

É proibido:	Ação correspondente
1 - "limpar" o nariz dentro do ambiente de alimentação;	Interromper a refeição
2 - eliminar "flatos" durante as refeições;	Interromper a refeição do grupo
3 - "arrotar" durante as refeições;	Advertência verbal- se recorrência interromper a refeição
4 - mexer nos cabelos ao servir-se no buffet;	Advertência verbal- se recorrência interromper a refeição
5 - cantar e assoviar durante as refeições;	Advertência verbal- se recorrência interromper a refeição
6 - bater com os talheres no prato de forma que perturbe;	Advertência verbal- se recorrência interromper a refeição
7- falar enquanto se serve.	Advertência verbal- se recorrência interromper a refeição
8 - falar sobre tratamento e substâncias;	Advertência verbal- se recorrência interromper a refeição
É obrigatório:	
1 - lavar as mãos antes das refeições;	Advertência verbal
2 - falar em tom moderado, não gritar;	Advertência verbal
3 - colaborar com a limpeza;	Advertência verbal
4 - proteger o rosto ao tossir.	Advertência verbal
É recomendável evitar:	
1 – misturar os talheres ao servir-se para não contaminar ou misturar os alimentos;	
2- falar de boca cheia e comer de boca aberta;	
3- desperdício de comida: servir apenas o que vai comer.	

ANEXO 4: REGRAS DE CONVIVÊNCIA DURANTE A VISITA

<u>É PROIBIDO:</u>
1. permanecer mais que dois visitantes por vez durante a visita;
2. manter contatos íntimos;
3. desrespeitar visitantes e/ou usar palavras de baixo calão;
4. comentar sobre o tratamento de outros pacientes com o visitante;
5. consumir alimentos e bebidas trazidas de fora durante a visita;
6. doar, trocar, emprestar objetos com os visitantes;
7. uso de telefone celular para qualquer finalidade durante a visita.
<u>É OBRIGATÓRIO:</u>
1. respeitar o ambiente coletivo e a privacidade dos colegas com suas visitas;
2. as crianças estarem acompanhadas de um adulto durante as visitas;
3. aguardar ser chamado para receber as visitas 10 minutos antes nos quartos;
4. receber as visitas na sala de convivência;
5. os visitantes devem portar cartões de visita;
6. entregar os pertences dos pacientes para equipe realizar revista;
7. respeitar horários encerramento das visitas;
9. os visitantes devem participar das reuniões de pré-visita;
10. respeitar os horários do grupo pré-visita e da visita.
<u>É RECOMENDÁVEL EVITAR:</u>
1. solicitar ao familiar a interrupção do tratamento;
2. entrar em atrito ou discussão com a visita;
3. falar alto ou gritar durante a visita;
4. usar inadequadamente o espaço de visita.