



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

MANUELA SILVA GOULART

**(IM)POSSIBILIDADE DE APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE
PERMANENTE DO SEGURADO VICIADO EM TÓXICO**

Tubarão

2021

MANUELA SILVA GOULART

**(IM)POSSIBILIDADE DE APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE
PERMANENTE DO SEGURADO VICIADO EM TÓXICO**

Monografia apresentada ao Curso de Direito da
Universidade do Sul de Santa Catarina como
requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Direito.

Linha de pesquisa: Justiça e Sociedade.

Orientador: Michel Medeiros Nunes, Esp.

Tubarão

2021

MANUELA SILVA GOULART

**(IM)POSSIBILIDADE DE APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE
PERMANENTE DO SEGURADO VICIADO EM TÓXICO**

Esta Monografia foi julgada adequada à obtenção do título de Bacharel em Direito e aprovada em sua forma final pelo Curso de Direito da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Tubarão, 1 de julho de 2021.



Professor e orientador Michel Medeiros Nunes, Esp.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Professor José Paulo Bittencourt Jr., Esp.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Professor Wilson Demo, Esp.
Universidade do Sul de Santa Catarina

À minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao acaso, porque, mesmo com todas as dificuldades pessoais com as quais tive que lidar durante a jornada do Curso de Direito, presenteou-me com a força e com a coragem.

Também agradeço grandemente à minha avó materna, Marina Vargas Silva, por ser exemplo de perseverança e alegria, quem me transborda de tanto amor.

Sou grata à minha mãe, Fernanda Vargas Silva, mulher forte e que mesmo diante das adversidades da vida permanece sorrindo e contagiando com sua gargalhada. Sua felicidade é suprema e sua força imbatível, a mulher que eu sou hoje é reflexo da mulher incrível que ela sempre foi para mim.

Também gostaria de registrar minha gratidão ao meu irmão, Fernando Silva Goulart, que, mesmo me perturbando, me deu forças para persistir.

Deixo registrado também meu agradecimento ao meu pai, Manoel Mário Goulart, que, mesmo distante, me inspirou a escrever sobre este tema.

Agradeço muito ao meu namorado, Vinícius da Silva Oliveira. Sua inteligência, dedicação e profissionalismo inspiram-me a ser uma pessoa melhor. Companheiro de curso e de vida, nossa sintonia foi fundamental para a escrita de nossas monografias.

“Importante não é ver o que ninguém nunca viu, mas sim pensar o que ninguém nunca pensou sobre algo que todo mundo vê.” (Arthur Schopenhauer)

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo verificar a possibilidade jurídica de concessão do benefício previdenciário da aposentadoria por incapacidade permanente ao segurado que seja viciado em tóxico, principalmente *crack* e cocaína e derivados, devidamente diagnosticado por meio da CID-10 ou do DSM-V. A metodologia utilizada é de abordagem qualitativa, com nível exploratório, tendo sido viabilizada por pesquisa bibliográfica, da literatura científica psiquiátrica, psicológica e jurídica e documental, da legislação aplicável, de dados públicos oficiais e de precedentes relativos ao tema. O resultado verificado no terceiro capítulo de desenvolvimento, depois de análise de literatura científica e das hipóteses normativas de incidência da Lei n.º 8.213/91, interpretada em conjunto com as normas aplicáveis, é de que o segurado dependente químico que seja reincidente no uso de substâncias e que não tenha possibilidade de readaptação no mercado de trabalho tem direito à concessão da aposentadoria por incapacidade permanente. Assim conclui-se pela possibilidade jurídica e pelo direito do segurado viciado em tóxico à concessão do benefício.

Palavras-chave: Aposentadoria por incapacidade permanente. Dependência química. Previdência social. Possibilidade.

ABSTRACT

The present study aims to verify the legal possibility of granting the pension benefit for permanent disability retirement to the insured who is a chemically dependent addict, especially in crack and cocaine, based on the ICD-10 or DSM-V. The methodology used is of a qualitative approach, in an exploratory level, having been made possible by bibliographical research of psychiatric, psychological and legal scientific literature, and documentary research of applicable legislation, official public data, and of judicial precedents related to the subject. After the analysis of the scientific literature and the normative hypotheses of incidence of Law No. 8.213/91, we concluded that the chemically dependent who is protected by social insurance, who has relapsed several times in the abuse of substances, and who has no possibility of re-adaptation in the labor market is entitled to be granted retirement due to permanent incapacitation. Thus, we conclude for the legal possibility and for the right of the insured addicted to drugs to be granted the social retirement benefit.

Keywords: Retirement by permanent disability. Drug addict. Chemical dependency. Social security law. Possibility.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	DEPENDÊNCIA QUÍMICA	17
2.1	EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS NO BRASIL.....	18
2.2	ÉTICA, DIREITOS HUMANOS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA	22
2.3	TOXICOMANIA	28
2.3.1	Diagnóstico.....	30
2.3.2	Tratamento	33
2.3.3	Recaídas.....	36
2.4	COCAÍNA E <i>CRACK</i>	38
2.5	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CONTROLE DE DROGAS	40
3	SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL	45
3.1	PRINCÍPIOS NORTEADORES DA SEGURIDADE SOCIAL, DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E DO DIREITO PREVIDENCIÁRIO	46
3.2	REGIME GERAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL	50
3.3	APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE	52
3.3.1	Verificação da Incapacidade	52
3.3.2	Carência	55
3.3.3	Data de início e renda mensal inicial	55
3.3.4	Cessaçãõ	57
4	DIREITO DO SEGURADO VICIADO EM TÓXICO À APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE	59
4.1	PARADIGMA ATUAL DO DIREITO À APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE DO SEGURADO VICIADO EM TÓXICO.....	59
4.2	DIREITO DO SEGURADO VICIADO EM TÓXICO À APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE COM BASE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, NA LEI 8.213/91 E NO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO	62
4.2.1	Requisitos preenchidos para a concessão do benefício com base no histórico do segurado.....	68
4.2.2	Salário mensal inicial do auxílio por incapacidade temporária vs. salário mensal inicial da aposentadoria por incapacidade permanente: relação de custo-benefício ao erário	68

4.3 DIREITO DO SEGURADO VICIADO EM TÓXICO À APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE COM BASE EM PRECEDENTES JUDICIAIS	72
5 CONCLUSÃO.....	79
REFERÊNCIAS	81

1 INTRODUÇÃO

A dependência química é classificada pela OMS (Organização Mundial da Saúde), por meio da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde), mais precisamente pelos códigos F10 a F19, como uma doença crônica.

Apesar de a dependência química classificada pela OMS por meio da CID englobar alcoólatras, viciados em maconha, cafeína, cocaína, *crack*, entre outras substâncias, a legislação brasileira diferencia alcoólatras de viciados em tóxico. Segundo o Código Civil, ébrios habituais são os denominados alcoólatras ou alcoolistas, enquanto os viciados em tóxico são aqueles que usam, habitualmente, uma ou mais substâncias psicoativas, como maconha, cafeína, cocaína e *crack*. Dispõe o inciso II do artigo 4º do Código Civil que:

Art. 4º São incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:
 [...]

II - os ébrios habituais e os viciados em tóxico;
 [...] (BRASIL, 2002).

Por sua vez, o INSS (Instituto Nacional da Seguridade Social) e o Poder Judiciário brasileiro, como regra, concedem, em sendo preenchidos os requisitos legais, o benefício de auxílio por incapacidade temporária – denominado auxílio-doença antes da EC n.º 103/2019 – ao segurado do RGPS (Regime Geral da Previdência Social) que sofre de dependência química. Segundo o site oficial do Ministério da Economia (BRASIL, 2018), foram concedidos em 2018, por mês, em média¹, 820 auxílios-doença para ébrios habituais (CID-10 F10), 431 auxílios-doença para viciados em cocaína (CID-10 F14) e 1.196 auxílios-doença para viciados em múltiplas drogas (CID-10 F19). Quanto a isso, a jurisprudência é pacífica:

PREVIDENCIÁRIO. BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE. **AUXÍLIO-DOENÇA**. LAUDO PERICIAL. **DEPENDÊNCIA QUÍMICA**. DATA DE INÍCIO DA INCAPACIDADE. CUSTAS JUDICIAIS. CONECTIVOS LEGAIS. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. 1. O direito à aposentadoria por invalidez e ao auxílio-doença pressupõe o preenchimento de 3 (três) requisitos: (1) a qualidade de segurado ao tempo de início da incapacidade, (2) a carência de 12 (doze) contribuições mensais, ressalvadas as hipóteses previstas no art. 26, II, da Lei nº 8.213, que a dispensam, e (3) aquele relacionado à existência de incapacidade impeditiva para toda e qualquer atividade (aposentadoria por invalidez) ou para seu trabalho habitual (auxílio-doença) em momento posterior ao ingresso no RGPS, aceitando-se, contudo, a derivada de doença anterior, desde que agravada após esta data, nos termos dos arts. 42, § 2º, e 59, parágrafo único; ambos da Lei nº 8.213. 2. Evidenciada, por conjunto probatório, a incapacidade total e temporária desde a data do requerimento administrativo, é devido desde então o auxílio-doença. [...] (BRASIL, 2020c).

A despeito disso, tanto o INSS quanto o Poder Judiciário, em regra, não reconhecem o direito dos viciados em tóxico à aposentadoria por incapacidade permanente – denominada

¹Os resultados consistem na soma dos valores recebidos mês a mês, entre janeiro e dezembro, para cada enfermidade, e divisão do resultado em doze frações iguais.

“aposentadoria por invalidez” antes da reforma previdenciária decorrente da Emenda Constitucional n.º 103, de 12 de novembro de 2019.

A situação, entretanto, dá sinais de mudança. Tanto que o Tribunal Regional Federal da 4ª Região, o qual compreende o Estado de Santa Catarina, já decidiu, em casos pontuais, favoravelmente à aposentadoria por incapacidade permanente de ébrios habituais e de viciados em tóxico, fundamentando pelo acesso aos recursos terapêuticos, bem como pelo bem-estar dos colegas de trabalho (BRASIL, 2016d). Além disso, no mês de maio de 2020, a Quinta Turma deste mesmo Tribunal concedeu, em sede de tutela provisória de urgência, aposentadoria por incapacidade permanente a um ébrio habitual, com fulcro no Direito à Saúde (BRASIL, 2020b).

Outro fator possivelmente justificante da concessão dessa espécie de aposentadoria aos segurados viciados em tóxico é a ineficiência do Estado nas políticas públicas de combate às drogas. De acordo Della Vedova (2014, p. 129), apesar de a Lei n.º 11.343/2006 ter inovado ao não mais punir com pena restritiva de liberdade os usuários de drogas, os profissionais que lidam diretamente com esse problema relatam a ineficácia do modelo repressivo constante da lei e defendem uma abordagem humana que priorize o tratamento. Não obstante, atualmente, vigoram discursos políticos preconceituosos e ações paliativas de combate violento e ineficaz ao uso de drogas e ao usuário. Nesse mesmo diapasão, Ferreira (2015, p. 110) critica a desarticulação entre as políticas públicas, o Judiciário e o Ministério Público, que não elegem estruturas eficazes e integradas, essenciais à prevenção, à repressão, ao tratamento e a reinserção social. Este pensamento foi compartilhado unanimemente por senadores e especialistas ouvidos na subcomissão sobre dependentes químicos, da Comissão de Assuntos Sociais.

Ainda nesse sentido, de acordo com os psiquiatras Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2019, p. 544), se de um lado não há questionamentos de que a diabetes é uma doença e de que demanda atenção, de outro, a dependência química, é um espaço ainda cheio de estigmas, mitos e preconceitos que merecem ser amenizados para que mais serviços com vocação se desenvolvam com a comunidade, os familiares, os profissionais, os planejadores, os elaboradores e com os provedores de políticas públicas – de modo que os pesquisadores possam trabalhar em prol do direito humano do melhor cuidado, consonante com a necessidade do dependente químico.

Vislumbra-se, daí, que, sem embargo de muitas políticas públicas de combate às drogas estarem postas no papel, na prática, elas desenvolvem-se a passos lentos. Ofertas de tratamentos que não se pautam em evidências científicas ganham popularidade, mas são ineficazes, o que dificulta a ressocialização do dependente químico e o faz reincidir no mundo das drogas.

Outra variável a ser considerada para o estudo da possibilidade, ou não, de concessão de aposentadoria por incapacidade permanente ao segurado viciado em tóxico é a impossibilidade de cura da toxicomania. O dependente trata-se, mas tem de aprender a lidar com a oferta de tóxicos no mercado paralelo decorrente da falha do Estado no combate ao tráfico de drogas. Segundo Danieli, Ferreira, Oliveira, Cruz e Araújo Filho (2017), em um estudo no qual entrevistou 90 dependentes químicos internados em comunidades terapêuticas, 70% deles já haviam sido internados por decorrência da doença pelo menos 3 vezes. A maioria esmagadora dos toxicômanos, assim como dos alcoólatras, reincide em tratamentos para o vício, por anos a fio e, mesmo assim, trilham um caminho cheio de recaídas, que os torna incapazes de retornarem ao mercado de trabalho. Nesse viés, escreveu Ferreira (2015, p. 57):

É uma doença crônica incurável, mas controlável, porque uma vez dependente químico, sempre dependente, independentemente de estar ou não em recuperação, usando ou não algum tipo de droga. Não há cura para a dependência, mas existe sim, tratamento com êxito – contínuo e permanente [...].

Assim, hipotetiza-se que, quando o viciado em tóxico possuir a qualidade de segurado, se encontrar adimplente com o período de carência de 12 contribuições mensais e, considerando os fatores acima expostos, for constatada sua incapacidade permanente para o trabalho em decorrência da toxicomania, é possível que seja devida a ele aposentadoria por incapacidade permanente, porque, em princípio, restam preenchidos os requisitos do artigo 42 da Lei n.º 8.213/1991, sem prejuízo de que haja a cessação de tal benefício em razão de sua reabilitação para o trabalho.

Portanto, e diante da inexistência de estudo que tenha analisado e correlacionado essas variáveis, exsurge a problemática referente à possibilidade ou não de concessão, pelo INSS, ou pelo Judiciário, em suprimento do dever deste, do benefício previdenciário da aposentadoria por incapacidade permanente para o segurado viciado em tóxico, mais precisamente os usuários de cocaína, *crack* e derivados, sendo este o objeto da presente pesquisa.

Dito isto, o problema que gira em torno desta monografia pode ser definido como: seria possível a concessão de aposentadoria por incapacidade permanente ao segurado viciado em tóxico?

Adota-se a hipótese, a ser confirmada, de que a concessão, pelo INSS, de aposentadoria por incapacidade permanente ao segurado viciado em tóxico é juridicamente possível, sendo direito subjetivo deste, quando restarem preenchidos os requisitos do artigo 42 da Lei n.º 8.213/1991 e houver notória reincidência no tratamento de reabilitação, impossibilitando o exercício de qualquer atividade laboral.

Quanto à definição dos conceitos operacionais, tem-se que os principais conceitos do problema têm as seguintes definições: (1) **possibilidade**: existência de direito subjetivo, que deve ser satisfeito, desde que preenchidos seus requisitos, quando de seu requerimento; (2) **concessão**: reconhecimento ao segurado de que lhe seja prestada obrigação referente a benefício previdenciário; (3) **aposentadoria por incapacidade permanente**: prevista no artigo 201 da Constituição Federal e no artigo 42 da Lei n.º 8.213/1991. Para Goes (2020, p. 184), cumprida a carência de 12 meses exigida, será devida ao segurado do RGPS que, estando ou não em gozo de auxílio por incapacidade temporária, for considerado incapaz ou insuscetível de reabilitação para o trabalho, e receberá tal benefício enquanto permanecer nessa condição; (4) **segurado**: para Goes (2020, p. 87), é a pessoa física filiada ao RGPS. O segurado obrigatório é aquele que se filiou em decorrência do exercício de atividade remunerada, não sendo o caso do segurado facultativo. Definição constante dos artigos 11 a 15 da Lei n.º 8.213/1991; e (5) **viciado em tóxico**: usuário habitual de cocaína, *crack* e derivados com dependência química da substância, nos termos do CID 10 F14 e F19 e do inciso II do artigo 4º do Código Civil.

Este trabalho monográfico justifica-se porque, entre alguns questionamentos surgidos com a análise da jurisprudência acerca dos benefícios previdenciários devidos a dependentes químicos em razão da doença, o principal deles gira em torno da não concessão, como regra, de aposentadoria por incapacidade permanente a tais segurados, mesmo que a maioria deles a requeiram subsidiariamente quando do pedido do auxílio por incapacidade temporária. Assim, o objetivo principal da presente pesquisa é buscar respaldo científico para verificar a possibilidade ou impossibilidade de concessão de tal benefício a segurado viciado em tóxico – com ênfase em cocaína, *crack* e derivados –, visto que a dependência química é um problema de proporção global que está intrinsecamente ligado à saúde humana e à marginalização social.

Além disso, há interesse também em sanar as dúvidas em relação ao tema proposto tanto no meio jurídico quanto no meio social, tendo-se em conta que, ao se ter realizado buscas em sites jurídicos, bases de dados, trabalhos acadêmicos, doutrinas e jurisprudências, detectou-se a ausência de conteúdo específico sobre o objeto de estudo, tornando-se necessária a exploração do assunto a fim de subsumir a norma ao fato de modo equânime, prevenindo uma aplicação errônea, omissiva ou abusiva para com o segurado ou mesmo para com a Previdência Social.

De mais a mais, outro ponto justificador do estudo do tema diz respeito à realidade da autora que, desde 2007, acompanha o tratamento de um familiar, viciado em tóxico. Portanto, habituada a frequentar “clínicas” voltadas ao tratamento de dependentes químicos, percebeu que muitos, assim como seu familiar, estão em tratamento há muito tempo e renovando

periodicamente seus auxílios por incapacidade temporária, mas nunca tendo deferida a aposentadoria por incapacidade permanente, mesmo que, a princípio, a lei não o impeça.

Esta pesquisa tão singular só poderia ter emergido de alguém que está em constante contato com a realidade em que o tema se desenvolve. Assim, para bem fundamentar o que aqui se propõe e investiga, a autora terá por base a bibliografia da medicina e da psicologia atinente ao assunto, a Lei n.º 8.213/1991 e a Constituição Federal, assim como sua recente Emenda n.º 103 de 2019. Também, a autora analisará, como fundamento de autoridade, precedentes judiciais que se relacionem com o tema, entre outros materiais que enriqueçam o debate.

Como objetivo geral, esta monografia buscará verificar a (im)possibilidade de o INSS, administrativamente ou por ordem judicial, conceder aposentadoria por incapacidade permanente ao segurado viciado em tóxico com base na lei, na literatura científica da medicina e da psicologia, em precedentes judiciais e em dados da Administração e de órgãos internacionais. Quanto aos objetivos específicos buscar-se-á (1) apresentar o entendimento da literatura especializada sobre as características da dependência química; (2) identificar os parâmetros de diagnóstico e de tratamento do viciado em tóxico; (3) levantar dados acerca de recaída do viciado em tóxico egresso de tratamento de reabilitação frente à doença; (4) discorrer sobre cocaína e *crack*, bem como as políticas públicas para seu combate; (5) definir seguridade e previdência social e, principalmente, aposentadoria por incapacidade permanente no âmbito do ordenamento jurídico brasileiro; (6) analisar os requisitos para concessão de aposentadoria por incapacidade permanente e o paradigma atual de concessão de tal aposentadoria no referente ao segurado viciado em tóxico; e (7) verificar a existência de direito do segurado viciado em tóxico à aposentadoria por incapacidade permanente com base na Constituição Federal, na Lei n.º 8.213/1991 no Código Civil, em decisões proferidas pelo Poder Judiciário, bem como em dados oficiais de órgãos públicos.

No que tange ao delineamento da pesquisa, ou metodologia – que, de acordo com Minayo (2002, p. 16), é o “caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” –, restarão a seguir apresentados os instrumentos e os procedimentos utilizados para a coleta e para a análise dos dados.

Quanto à natureza, em relação ao nível, esta pesquisa classifica-se como exploratória, visto que a pesquisadora precisou ter uma maior proximidade com o universo do objeto de estudo, neste caso, com a (im)possibilidade de aposentadoria por incapacidade permanente do segurado viciado em tóxico. Neste sentido, Motta e Leonel (2011, p. 101) aduzem que a

pesquisa exploratória objetiva familiarizar o pesquisador com o objeto de estudo até então desconhecido.

Quanto à abordagem, esta pesquisa classifica-se como qualitativa, já que se objetiva verificar a (im)possibilidade de o INSS conceder aposentadoria por incapacidade permanente ao viciado em tóxico. Referente a isto, Gil (2002, p. 133) sustenta que:

A análise qualitativa depende de muitos fatores, tais como a natureza dos dados coletados, a extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que nortearam a investigação. Pode-se, no entanto, definir esse processo como uma sequência de atividades, que envolve a redução dos dados, a categorização desses dados, sua interpretação e a redação do relatório.

No atinente ao procedimento utilizado na coleta de dados, define-se aqui como bibliográfico e documental. É bibliográfico porque a pesquisa se embasa em obras doutrinárias e científicas, fontes secundárias, acerca do tema. É documental, pois também é fundamentada em documentos públicos, principalmente legislações e julgados, que serão utilizados como fontes de primeira mão. Neste diapasão, Motta e Leonel (2011, p. 120) defendem:

A pesquisa documental assemelha-se muito com a pesquisa bibliográfica. Ambas adotam o mesmo procedimento na coleta de dados. A diferença está, essencialmente, no tipo de fonte que cada uma utiliza. Enquanto a pesquisa documental utiliza fontes primárias, a bibliográfica utiliza fontes secundárias.

Em relação ao levantamento de dados, este dar-se-á com suporte na literatura científica e doutrinária atinentes ao tema, as quais serão de suma importância para a elucidação da presente pesquisa. Nesse sentido, Marcomim e Leonel (2015, p. 39) elucidam que “A efetivação da pesquisa somente se consolida através do processo de coleta de dados, uma vez que serão eles a dar subsídios ao pesquisador para compreender o fenômeno ou responder ao problema de pesquisa proposto”.

Acerca do processo de coleta e análise de dados a presente pesquisa tem por base a documentação bibliográfica, seguindo as seguintes etapas: (1) leitura exploratória para identificar, localizar e obter o material de pesquisa; (2) leitura seletiva para escolher o material que mais se adequa ao tema; (3) leitura analítica para identificar as informações e dados havidos no material selecionado; (4) leitura interpretativa para relacionar as informações e dados colhidos com o problema proposto, bem como para criticar – positivamente ou não – os autores de tais dados; (5) tomada de notas sobre o que foi lido (HEERDT; LEONEL, 2007, p. 71-74).

No que concerne ao processo de análise de dados, assevera Gil (2008, p. 156) que:

A análise tem como objetivo organizar e resumir os dados e forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação com outros conhecimentos anteriormente obtidos.

Para tanto, serão colhidos e analisados os conteúdos trazidos por bibliografias de psiquiatria e psicologia, doutrinas e artigos científicos, assimilando os pontos divergentes e convergentes, dado o caráter qualitativo do trabalho.

E, no que toca à pesquisa documental, atentar-se-á em analisar a legislação como fundamento legal, precedentes como discurso de autoridade, bem como dados da administração pública e de órgãos internacionais acerca do tema, a fim de corroborar a bibliografia.

Finalmente, em relação à estruturação dos capítulos, a monografia seguirá uma ordem lógica para que seja obtida uma melhor compreensão do que nela se debate.

No primeiro capítulo, discorrer-se-á sobre a dependência química no que tange à sua epidemiologia no Brasil; aos debates sobre ética e direitos humanos a seu respeito; ao diagnóstico, tratamento e recaídas na toxicomania; às particularidades atinentes à cocaína e ao *crack*; e às políticas públicas relativas ao controle das drogas.

No segundo capítulo, abordar-se-á a seguridade social, a previdência social e os princípios norteadores de ambas; o regime geral da previdência social; a aposentadoria por incapacidade permanente no que tange à verificação da incapacidade, à carência, à data de início e à cessação; e o paradigma atual do direito à aposentadoria por incapacidade permanente do segurado viciado em tóxico, bem como o tratamento diferenciado dispensado entre o segurado ébrio habitual e o segurado viciado em tóxico acerca da concessão de tal benefício.

No terceiro e último capítulo, analisar-se-á o paradigma atual da aposentadoria por incapacidade permanente do viciado em tóxico com base em dados oficiais de órgãos públicos; a existência de direito do segurado viciado em tóxico à aposentadoria por incapacidade permanente com base na Constituição Federal, no que toca ao fundamento da dignidade da pessoa humana e ao direito fundamental à saúde; na Lei n.º 8.213/1991, observado o preenchimento dos requisitos para a concessão, o histórico do segurado e o melhor custo-benefício ao erário; e em precedentes relacionados com o tema.

2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Droga é qualquer substância que modifica a função fisiológica do organismo, podendo causar tanto benefícios quanto malefícios, além de dependência química. As drogas são classificadas em lícitas e ilícitas. As lícitas têm a comercialização e a produção aprovadas por lei, a exemplo do álcool e da nicotina. Há, ao revés, drogas ilícitas, cuja comercialização e produção são proibidas. Este é o caso da cocaína e do *crack*, dentre outras.

Outra classificação atinente às drogas as subdivide em depressoras (álcool, benzodiazepínicos, inalantes), estimulantes (cocaína, nicotina e anfetaminas) e perturbadoras (maconha e LSD). A este respeito Abreu e Val asseveram que (2013, p. 4):

As chamadas drogas estupefacientes são substâncias, naturais ou sintéticas, capazes de produzir efeito psicotrópico, com o entorpecimento psíquico do usuário, traduzido por sensação de bem-estar; alívio de ansiedade; abaixamento ou abolição da auto-censura; ilusão de consciência com conseqüente sensação de solução dos problemas pessoais. Por outro lado, geram seqüelas diversas, como a busca repetitiva e incontrolável do uso, ao ponto de a falta do uso da droga ensejar quadros de depressão, ansiedade e mal-estar no usuário.

A dependência química, também chamada de transtorno de uso de substâncias, é um transtorno psíquico. Seu diagnóstico tem por base, de acordo com o Manual DSM-V e a classificação CID-10, os seguintes critérios: (1) forte desejo ou compulsão por drogas; (2) dificuldade de controlar o consumo de drogas; (3) sinais e sintomas de abstinência; (4) evidência de tolerância (aumento da dose para manter o nível de prazer); (5) abandono de atividades e interesses para manter o uso das drogas; e (6) persistência no uso a despeito de conseqüências nocivas. Há confirmação do diagnóstico quando presentes ao menos 3 (três) dos critérios acima citados, considerando-se um lapso temporal de 12 meses. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993).

De acordo com Talvane de Moraes (*apud* ABREU; VAL, 2013, p. 10568), a dependência química é:

[...] um processo orgânico, bioquímico, de vinculação do indivíduo à droga, onde a escravização da vontade é a principal característica, eis que o paciente vitimado por dependência não consegue optar ou escolher entre usar ou não usar a droga, submisso que fica ao desejo irresistível de consumo da substância estupefaciente.

Cumprе ressaltar que a dependência química extrapola o mundo médico, sendo também um relevante problema social, não se adstringindo, portanto, somente aos consultórios psiquiátricos. Uma matéria veiculada no site oficial da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPMD (2014) aponta que, com base em cálculos do Banco Interamericano do Desenvolvimento - BID, o Brasil perde anualmente US\$ 19 bilhões por absenteísmo (faltas e impontualidades no trabalho), acidentes e enfermidades desencadeados

pelo consumo de drogas. A mesma matéria informa que, segundo a Organização Internacional do Trabalho - OIT, de 20% a 25% dos acidentes de trabalho são causados por pessoas sob efeito de drogas.

Outra matéria jornalística, compartilhada no site de notícias G1 (2019), aponta que, segundo a Organização das Nações Unidas - ONU, 450 mil pessoas foram a óbito no mundo por causa do uso de substâncias químicas no ano de 2015, número que aumentou para 585 mil em 2017.

Ainda nesse sentido, o site oficial da *United Nations Office on Drugs and Crime* - UNODC, divulgou o Relatório Mundial sobre Drogas de 2019, no qual compilou dados de que, em 2017, 271 milhões de pessoas usaram algum tipo de droga – o que é equivalente a 5,5% da população mundial. Dessas, 35 milhões eram acometidas por transtornos devido ao uso de drogas, enquanto somente uma em cada sete recebia tratamento. (UNODC, 2019).

Em nível nacional, o Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas - INPAD realizou, em 2012, o LENAD II – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, no qual restou evidenciado que as drogas mais preocupantes são o álcool e o *crack*. (INPAD, 2014).

2.1 EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS NO BRASIL

Conforme definido pelo Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa *Michaelis On-line* (2015), a palavra “epidemiologia” significa: “Ramo da medicina que pesquisa as diferentes epidemias, suas causas, sua natureza, seus sintomas e formas de propagação, sua frequência, seu desenvolvimento e meios de tratamento e prevenção”. Ou seja, por meio de um levantamento de dados, realiza-se a análise da distribuição de doenças e de seus fatores de risco na sociedade.

Diante disso, é devido destacar que os estudos epidemiológicos são de suma importância para os profissionais da área da saúde, que identificam o cerne da propagação da doença por meio de tais análises, tornando mais eficazes os tratamentos. Assim, atrelando tais estudos ao uso de drogas, tem-se que:

Mais especificamente, o conhecimento da epidemiologia do álcool e de outras substâncias é importante para: a) identificar áreas e subgrupos populacionais de baixa e alta prevalência e reconhecer fatores de proteção ou de risco associados à prevalência; b) desenvolver iniciativas de tratamento que respondam às necessidades da população que precisa de cuidados clínicos; c) estabelecer prioridades na implementação de políticas públicas do controle de substâncias psicoativas; d) elaborar estratégias de prevenção mais eficazes por meio do conhecimento do perfil do público-alvo e dos tipos de problemas mais comuns gerados pelo uso dessas substâncias. (CAETANO, 2019, p. 15).

O uso e o abuso de drogas são assuntos em voga e muito presentes nas pautas de noticiários diários, uma vez que se tornaram graves problemas sociais e de saúde pública em nosso tempo. Há uma assustadora torrente de vítimas que habitam todo o país, abrangendo todas as classes sociais, idades e espaços. Vislumbra-se o acontecimento frequente de fins trágicos, que partem do encarceramento para cumprimento de pena em penitenciárias ou manicômios judiciários até o suicídio.

Em relação a este cenário, ao passo que aumentam os índices de usuários e dependentes químicos, assim como as consequências disso para os próprios usuários/dependentes e também para suas famílias e para a sociedade como um todo, jaz a desatenção da comunidade jurídica a respeito do tema. Nesse sentido, asseveram Abreu e Val (2013, p. 10566) que “A doutrina é escassa. Os juristas não só desconhecem a normativa existente na matéria, como ainda lhe conferem uma leitura abstrata/isolada do Direito, em oposição à compreensão do problema junto à realidade social”.

De acordo com o site oficial das Nações Unidas Brasil (2021), a lista de 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável - ODS prevê como sendo seu objetivo número 3 “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, no qual consta o objetivo 3.5 “Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool”. Em 2015, os ODS foram propostos pela ONU a seus países membros. Trata-se de uma espécie de Agenda 2030, e, de acordo com o cenário e a projeção atuais, o Brasil cumprirá apenas 1 dos 17 objetivos, que não é o 3.5.

Em relação aos estudos epidemiológicos do uso de drogas, o Brasil possui mais dados correspondentes ao uso de álcool e derivados de tabaco do que acerca do uso de drogas ilícitas, porquanto as poucas pesquisas nacionais de monitoramento epidemiológico, a exemplo do VIGITEL e da PNS, não abrangem o uso destas.

Os dados pontificados pelo LENAD II (INPAD, 2014), realizado em 2012, apontam que as drogas mais usadas no país são a maconha, a cocaína e os estimulantes. De acordo com o aludido levantamento, estima-se que 1,7% dos brasileiros usaram cocaína nos 12 meses anteriores à pesquisa, enquanto 3,8% usaram tal droga durante a vida. O *crack* foi usado por 0,7% dos brasileiros nos 12 meses precedentes à pesquisa, enquanto 1,3% o usaram durante a vida.

No terceiro e último levantamento, o Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira – LNUD, realizado pela FIOCRUZ em 2015, consta que “O uso de alguma substância ilícita na vida foi reportado por aproximadamente 15 milhões de indivíduos,

e o uso nos últimos 30 dias por 2,5 milhões” (BRASIL, 2017, p. 112). Entre as 16.273 entrevistas concluídas, 3.220 pessoas afirmaram ter usado algum tipo de droga ilícita nos últimos 30 dias, enquanto 172 pessoas afirmaram ter consumido *crack* e 461 pessoas afirmaram ter consumido cocaína também nos últimos 30 dias. (BRASIL, 2017, p. 111).

Ainda, segundo o LNUD III, estima-se que homens usam mais drogas que mulheres, pois, das 15.197 pessoas que afirmaram ter usado alguma droga nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, 11.087 eram homens e 4.110 eram mulheres. Em relação à faixa etária, estima-se que o “consumo de substâncias ilícitas na vida, nos últimos 12 meses e nos 30 dias anteriores se concentrou claramente nas faixas etárias intermediárias, especialmente entre os adultos mais jovens (25-34 anos)”. (BRASIL, 2017, p. 112).

De se notar que os estudos epidemiológicos se desenvolvem a passos lentos e deixam de englobar informações fulcrais para melhor elaboração e aplicabilidade de tratamentos, a exemplo do transtorno por uso de substâncias químicas.

Quanto a isso, Caetano (2019, p. 27) assevera que:

Todavia, um dos mais importantes indicadores que não está coberto pelos sistemas de vigilância na área de substâncias psicoativas no Brasil é o transtorno por uso dessas substâncias como definido pelo DSM-5. A ausência desse indicador cria uma lacuna importante na área de uso que traz danos à população. Essa ausência cria também lacunas em outras áreas, como, por exemplo, utilização de tratamento e estimativa de custos associados com transtornos por uso.

Nesse aspecto, o LNUD III inovou, ainda que discretamente, por ter pontuado dados sobre dependência e tratamento. A dependência foi caracterizada e computada quando preenchidos três ou mais dos seis critérios apontados pelo DSM-IV para diagnóstico de dependência química. Estima-se que cerca de 1,2 milhões de brasileiros entre 12 e 65 anos eram dependentes de alguma substância que não álcool ou tabaco nos 12 meses precedentes à pesquisa. Isso porque, das 16.273 entrevistas concluídas, 0,8% dos entrevistados foram considerados dependentes de alguma substância, que não álcool ou tabaco. Além disso, dos 15.197 entrevistados que afirmaram ter usado alguma substância nos últimos 12 meses precedentes à pesquisa; desses, 13,6% eram dependentes químicos. Desses 13,6%, 3,21% eram dependentes de cocaína e 1,55% eram dependentes de *crack*. (BRASIL, 2017).

O LNUD III também concluiu que não houve diferença significativa na prevalência de dependência química de alguma substância, que não álcool e tabaco, entre homens e mulheres. Os dados apontam que dentre as 1.176 pessoas diagnosticadas com dependência química, 626 são homens e 550 são mulheres (BRASIL, 2017, p. 141).

Outra estimativa relevante diz respeito à escolaridade: as estatísticas apontam que a dependência química é mais frequente entre pessoas com nível de escolaridade mais alto. Quer

dizer que, das 1.137 pessoas diagnosticadas com dependência química, 362 possuíam o ensino médio completo e o superior incompleto, enquanto 203 possuíam o ensino superior ou mais. (BRASIL, 2017, p. 143).

No que tange ao tratamento, estima-se que 1,6 milhões de indivíduos dependentes de álcool, tabaco ou outra substância receberam algum tratamento durante a vida. Isso equivale a 1,4% dos indivíduos respondentes à pesquisa que reportaram o uso de tabaco, álcool ou outra substância. Desses, 0,31% buscaram tratamento para a dependência de cocaína e 0,24% buscaram tratamento para a dependência em *crack*. O tipo de tratamento mais procurado foi o de internação em comunidade terapêutica, apontado por 0,61% dos indivíduos que se trataram. Além disso, os dados apontam que, dos 1.602 indivíduos que receberam tratamento, 482 tinham entre 45 e 54 anos. (BRASIL, 2017).

O LNUD III, levantamento mais recente realizado no Brasil, também compilou dados relacionados à percepção acerca da disponibilidade de substâncias ilícitas. Nesse nicho, as substâncias consideradas de “muito” fácil obtenção foram, sucessivamente, a maconha (37,4%), os solventes (34,5%), o *crack* (30%) e a cocaína (29,4%). (BRASIL, 2017). Sobre isso, Karam (2011, p. 34) observa que:

O evidente fracasso do suposto “controle penal” nitidamente se revela em estudo periodicamente realizado nos EUA sobre atitudes de estudantes em relação a drogas: os adolescentes nas escolas médias norte-americanas reiteradamente relatam que é mais fácil comprar drogas ilícitas do que cerveja e cigarros.

Além do método convencional de perguntas direcionadas ao respondente, o LNUD III também utilizou o método denominado *Network Scale-up*, que objetiva levantar dados acerca das pessoas conhecidas pelo respondente; ou seja, uma metodologia indireta. O documento justifica a utilização de tal método da seguinte maneira:

O pensamento que baliza a utilização de métodos indiretos em uma pesquisa domiciliar é o de que estimativas sobre o consumo de drogas obtidas através de um método direto podem estar subestimadas, pois: 1) por perguntar ao entrevistado sobre seu consumo próprio de substâncias ilícitas, este poderia omitir tal comportamento, por ser este comportamento/hábito visto por nossa sociedade como algo estigmatizante e/ou por medo de complicações em sua vida social, familiar e/ou no trabalho; e 2) parte dos usuários de drogas ilícitas, especialmente usuários do *crack*, vive em situação de rua, ou em locais outros que não domicílios particulares (como abrigos, instituições diversas, etc). (BRASIL, 2017, p. 204).

O referido método levantou dados acerca de quantas pessoas usuárias de *crack* o respondente conhecia. A estimativa resultou em 1,3% usuários de *crack* na região nordeste, 1,2% usuários de *crack* na região sul e 1,1% usuários de *crack* na região sudeste. Ao final, com base nos resultados macrorregionais, estimou-se que 1,1% da população do Brasil entre 12 e 65 anos eram usuárias de *crack*. (BRASIL, 2017).

No tocante à mortalidade ocasionada pelo uso de *crack*, os óbitos estão mais atrelados à violência do que ao consumo direto da droga. A AIDS também é uma causa ligada à mortalidade dos usuários de *crack*, que exsurge da condição sexual a que o usuário pode se submeter para conseguir mais uma dose da droga. Nessa perspectiva, Cordeiro, Laranjeira e Figlie (2015, p. 66) apontam que:

Inicialmente, acreditou-se que o consumo de uma droga tão danosa provocaria muitos óbitos devido ao seu consumo direto. Hoje em dia, as mortes associadas ao *crack* são em maioria associadas às causas violentas relacionadas com o tráfico e confrontos com a polícia. Usuários em crise de abstinência costumam apresentar elevados padrões de comportamento agressivo, existindo forte relação entre mortalidade e agressividade. Outro fator associado à mortalidade são as complicações do vírus da imunodeficiência humana (HIV, human immunodeficiency virus), relacionadas com comportamento sexual de maior risco.

Relativamente à cocaína, as principais causas de morte também se relacionam com comportamentos violentos, sendo elas acidentes, suicídios e homicídios. (CORDEIRO; LARANJEIRA; FIGLIE, 2015, p. 59).

Para melhor impulsionar a fundamentação do presente estudo monográfico, foram devidamente pautados estes dados epidemiológicos sobre o assunto. A estimativa de quantas pessoas, em média, usam ou são dependentes de drogas no país, especialmente da cocaína e do *crack*, contribui grandemente para o objetivo de refletir, debater e concluir pela possibilidade ou impossibilidade de concessão aposentadoria por incapacidade permanente do viciado em tóxico.

2.2 ÉTICA, DIREITOS HUMANOS E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, publicada pela Organização das Nações Unidas em 1948, proclamou direitos incondicionais a todos os seres humanos. Dentre eles, destaca-se aquele elencado no artigo 1º da Declaração, denominado Dignidade da Pessoa Humana, que estabelece que “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). Em poucas palavras, o artigo denota que a dignidade é universal e inerente ao ser humano, além de colocar tal dignidade como base dos direitos humanos, que têm como valores a liberdade, a igualdade e a fraternidade.

Em relação a este último valor, Oliveira (2016, p. 93), estabelece que “Trata-se da alteridade, de agir e reconhecer no outro esses mesmos direitos, com fraternidade, como parte de uma mesma família, a humana”. É dizer: ao se relacionar a Dignidade da Pessoa Humana à

dependência química, é forçoso concluir juridicamente que o dependente químico também deve ser vigiado com olhares fraternos, ou seja, ser visto como humano, e, por isso, sujeito de direitos.

Da mesma forma, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, publicada em 1969 e em vigor desde 1978, também denominada Pacto de São José da Costa Rica, do qual o Brasil é signatário desde 1992 (sendo, portanto, Estado-Parte vinculado), estabelece em seu artigo 11 que a honra e a dignidade devem ser protegidas. *In verbis*

Artigo 11. Proteção da honra e da dignidade

1. Toda pessoa tem direito ao respeito de sua honra e ao reconhecimento de sua dignidade.
2. Ninguém pode ser objeto de ingerências arbitrárias ou abusivas em sua vida privada, na de sua família, em seu domicílio ou em sua correspondência, nem de ofensas ilegais à sua honra ou reputação.
3. Toda pessoa tem direito à proteção da lei contra tais ingerências ou tais ofensas. (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1969).

A Constituição Federal de 1988, ao tomar por base os documentos acima mencionados, cuidou de positivizar os direitos humanos, concebendo-os tanto como norte valorativo quanto como direitos fundamentais. De imediato, a Constituição faz menção, em seu artigo 1º, inciso III, à dignidade da pessoa humana, elencando-a como um fundamento da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988). É ela o sustentáculo de todo o ordenamento jurídico brasileiro, funcionando como parâmetro para todos os demais direitos, que só devem ser legitimados se estiverem em consonância com esse fundamento. Quanto a isso, Oliveira (2016, p. 346), pontua que “Em nosso ordenamento jurídico, a dignidade da pessoa humana é o fundamento axiológico, indeclinável e norteador do Estado brasileiro e, por consequência, inspira e orienta as funções constitucionais, assim como a interpretação e aplicação das normas”.

Elucidando especificamente o que seria a dignidade da pessoa humana, Moraes (2017, p. 48) a conceitua como sendo:

[...] um valor espiritual e moral inerente à pessoa, que se manifesta singularmente, na autodeterminação consciente e responsável da própria vida e que traz consigo a pretensão ao respeito por parte das demais pessoas, constituindo-se um mínimo invulnerável que todo estatuto jurídico deve assegurar, de modo que, somente excepcionalmente, possam ser feitas limitações ao exercício dos direitos fundamentais, mas sempre sem menosprezar a necessária estima que merecem todas as pessoas enquanto seres humanos e a busca do Direito à Felicidade.

De se perceber, daí, que a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos e a Constituição Federal não dão azo a nenhum tipo de discriminação, desigualdade ou desrespeito à dignidade de qualquer ser humano, inclusive dos dependentes químicos.

Zacharias (2019) aponta que o respeito à dignidade do outro ocorre quando há mútuo reconhecimento e responsabilidade recíproca, ou seja, quando uma pessoa enxerga na outra o

seu reflexo, outra pessoa. Assim, quando se viola ou se desrespeita a dignidade de outrem, está-se desrespeitando a dignidade de todos; porque a dignidade não é algo que se confere ou se atribui ao outro segundo critérios subjetivos, mas sim uma qualidade própria da pessoa, um princípio ético comum a todas as pessoas. Ainda, ao relacionar ética, direitos humanos e dependência química, Zacharias (2019, p. 39) assevera que “Os direitos humanos são a expressão mais concreta do respeito absoluto à dignidade humana”.

Tendo essa premissa axiológica como diretiva, em setembro de 2011, os conselhos regionais de psicologia realizaram uma fiscalização de cunho nacional em 68 instituições de acolhimento para o tratamento de dependência química, ação que deu o tema “Drogas, direitos humanos e laço social” ao VII Seminário Nacional de Psicologia e Direitos Humanos, pois em todas as instituições o campo “possível violação aos direitos humanos” foi preenchido. No entanto, o seminário não objetivou denunciar tais instituições, mas sim debater a lógica de funcionamento precário delas (BICALHO, 2011, p. 17). Ainda sobre o tema, o mesmo autor aponta que:

Nós não elegemos a temática; na verdade, ela nos elegera. Uma “eleição” em função da conjuntura política em que nós vivemos, em que as drogas são consideradas como epidemia social e os sujeitos com ela envolvidos, lixo. Um lixo que demanda limpeza e, assim, a legitimação de um “neo-higienismo”. (BICALHO, 2011, p. 17).

O mencionado seminário, ao discutir direitos humanos, levou mais em conta quem são esses humanos – dependentes químicos – do que de quais são esses direitos. Ou seja, o seminário não diz respeito a códigos ou tratados, mas a concepções de seres humanos e ao entendimento sobre o que é ser humano. A discussão atraiu questões que debatem a “não humanização” e colocam alguns seres como menos humanos, como é caso dos dependentes químicos.

As instituições para tratamento da dependência química foram pautadas para o seminário, a fim de incitar o debate acerca da lógica do cuidado que as move. Em relação ao tema, Castilho (2011, p. 24 e 26) aponta que “em nome da proteção e do cuidado, e em nome da defesa da saúde pública, o Brasil e a maioria dos países do mundo estão promovendo, na verdade, a exclusão e o sofrimento”, como suposta justificativa para “dar uma resposta à sociedade e como tentativa de inibir o consumo de drogas”.

Mesmo não sendo o escopo dessa monografia, importante destacar que a lógica proibicionista de determinadas drogas acaba por violar direitos humanos, a exemplo da dignidade da pessoa humana, do direito à moradia e do direito à saúde. É o que explica Karam (2013, p. 46):

Naturalmente, o problema mais grave da maior parte dos usuários de *crack* no Brasil não é o *crack* em si mesmo. O problema mais grave está sim em suas precárias

condições de vida, na privação de direitos básicos, na miséria. Antes de tudo, portanto, é preciso priorizar a mudança da trágica história brasileira de desigualdade, pobreza e exclusão – história que, não obstante os recentes discursos ufanistas, nitidamente se revela nessa presença de crianças e adolescentes em situação de rua. O descaso de governantes deixa-os sem família, sem escolas, sem lazer, sem respeito, perambulando pelas ruas sem destino por falta de quem os trate com respeito e dignidade. A “guerra às drogas” agrava seu sofrimento. Os executores da política proibicionista, ilegitimamente tratando-os como criminosos, submetem-nos à humilhação, à perseguição e ao recolhimento a instituições em tudo semelhantes a prisões, acrescentando às suas miseráveis e traumáticas condições de vida a violência da privação de sua liberdade.

Na lógica da conjuntura atual atinente às drogas no Brasil, os dependentes químicos, em sua maioria, são vistos como “vidas infames fadadas ao esquecimento e existências destinadas a passar a vida sem deixar rastros” (FOUCAULT, 2003 *apud* PALUDO, 2017, p. 209), a exemplo dos que perambulam pelas ruas, dos que são presos por crimes ligados às drogas ou dos que, mesmo em busca de tratamento, são abandonados em um Centro Terapêutico financiado pelo poder público, mas que não é por ele devidamente fiscalizado.

No que diz respeito a essa relação entre a dignidade da pessoa humana e a necessidade de inclusão, Zacharias (2019, p. 40) aponta que:

[...] a dignidade não se situa na esfera do mais ou menos. Não se tem mais ou menos dignidade como costumamos pensar. Em geral, acreditamos que as pessoas são mais ou menos “pessoa” dependendo do que fazem ou do que são e, por isso, acabamos usando a dignidade como critério por excelência de exclusão. Pelo contrário, é a dignidade, como qualidade axiológica do ser humano, o critério de inclusão. Somos todos “pessoa”, somos todos dignos de ser quem somos e, portanto, respeitados como pessoas. O respeito incondicional à pessoa expressa a exigência ética própria do conceito de dignidade.

Nesse cenário, emerge a necessidade de cooperação no plano social e jurídico no desenvolvimento de humanização dos indivíduos que, pelo estigma da drogadição, foram desumanizados. Ao discorrer sobre a materialização da dignidade da pessoa humana pelos direitos humanos Zacharias (2019, p. 40) ressalta ainda o descaso com os dependentes químicos do Brasil, criticados por não conseguirem se desvencilhar do vício que assombra sua vida e arrasta para as trevas sua família, apesar de não receberem o devido tratamento de saúde quando o buscam; e, se recebem, não têm portas abertas à sua ressocialização e conseqüente reinserção no mercado de trabalho, mesmo depois de terem feito o tratamento. Assim, conquanto sejam quase sempre profissionais capacitados, com grau de escolaridade acima da média nacional, vige cenário propício à recaídas.

Vem à tona, dessas ponderações, o seguinte e retórico questionamento: se a plena dignidade do dependente químico é desprezada, como os outros direitos humanos a ele assegurados serão possíveis?

Afunilando seu raciocínio sobre ética e direitos humanos a fim de discorrer sobre a condição do dependente químico, Zacharias (2019, p. 41) esclarece que:

Lutar pela qualidade da vida é uma das expressões do direito de viver com dignidade. Há condições que tornam a vivência da vida menos digna, e são essas condições que devem ser mudadas. Embora haja quem se oponha à defesa da qualidade da vida como critério de decisão moral, é importante reconhecer que a valorização ética da vida deve ser uma valorização qualitativa que tende ao aperfeiçoamento básico de toda a vida.[...]. A dependência química pode ser uma metáfora existencial da vulnerabilidade humana. Ela significa uma mudança nas várias dimensões da existência humana; além de alterar a percepção sobre si mesmo e sobre a realidade, mexe com as emoções e os sentimentos e acaba pondo em xeque o sentido da própria existência. Por isso, a dependência química tem um “significado antropológico” e em hipótese alguma pode ser reduzida a mera questão de saúde ou, pior ainda, de polícia. Na condição de dependente químico, dá-se uma alteração tanto da percepção de si mesmo quanto das relações estabelecidas e, certamente, também quanto aos valores que dão sentido à própria vida.

Tomando por ponto de partida o trecho supracitado, em conjunto com os dados estatísticos levantados, não parece ser irrazoável, num primeiro momento, a hipótese de que, se o dependente químico perde a percepção de si e de suas relações, somando isso ao fator da reincidência/recaída, difícil seria a reinserção de tal indivíduo no mercado de trabalho. Ainda em relação a isso, importante destacar que, como bem menciona o autor, a questão das drogas perpassa a problemática sanitária e social, pois alguém que não entende o motivo da própria existência não consegue prover um lar anteriormente constituído, não consegue dar de comer aos que dele dependam. A fome pelo vício é sempre maior, desembocando em ferimentos incessantes aos direitos humanos do próprio dependente e das pessoas que o cercam.

A respeito disso Azeredo (2017, p. 38) aponta que:

A solidariedade trata-se, ao mesmo tempo, de um objetivo e de um princípio constitucional, marcando-se como uma das modernas preocupações do direito que busca o envolvimento de todos, Estado e sociedade, na execução de programas/ações que, por sua vez, devem estar alinhados ao princípio da dignidade da pessoa humana. O ser humano, social por natureza, precisa estar incluído num núcleo mínimo de convivência, no qual sejam respeitadas suas diferenças e possibilitado o seu pleno desenvolvimento

Quando se relaciona dependência química com vulnerabilidade, nota-se que ambas caminham de mãos dadas. Isso traz à baila a imprescindibilidade do cuidado com os dependentes químicos, o que significa lidar com eles com empatia, reciprocidade, profundidade, porquanto a situação que os permeia é de extrema vulnerabilidade. Extrema; porque a oferta de drogas é irrefragável e o mercado do tráfico de drogas, irrefreável, com leis próprias que remetem como que a uma releitura da Lei de Talião.

No que tange à relação mencionada, segundo Zuben (2012 *apud* ZACHARIAS, 2019, p. 44):

Cuidar pressupõe responsabilidade pelo outro, requer um exercício de reciprocidade, exige dedicação, gera vínculos. Estabelece-se uma relação comunicativa em que a

linguagem verbal torna-se secundária. O cuidado é um estilo de presença que põe no centro a pessoa mais frágil e vulnerável, isto é, aquela mais ferida. Vale a pena ter presente que vulnerabilidade deriva de *vulnus* (*vulneris*), que significa “ferida”; por isso, pode ser definida como a capacidade de ser ferido.

É unânime que a vulnerabilidade é característica inerente a todos os seres humanos, ocorre que, a depender da situação em que se encontram e de acordo com as condições desumanas com as quais têm que lidar, alguns são mais vulneráveis e facilmente feridos que outros. Isso diz sobre a situação dos dependentes químicos que, com base nisso, necessitam de mais cuidado. Quando explica sobre a vulnerabilidade do dependente químico Zacharias (2019, p. 44) pontifica que:

Quanto maior a vulnerabilidade, maior deve ser a proteção. Devido às consequências que a dependência química provoca na vida da pessoa, é impossível negar a ela o devido cuidado apelando para o argumento de que ela tinha consciência dos efeitos das substâncias usadas e, mesmo assim, quis, por livre disposição de sua vontade, entrar nesse mundo. Uma vez dependente, o outro precisa de cuidado; é a necessidade dele que interpela. Diante do outro que sofre, o cuidado se expressa por meio do respeito, da estima, da solicitude, do reconhecimento.

Importante frisar que a lógica do cuidado com o dependente químico deve transpassar o campo médico, pois um ser humano não é titular apenas do direito à saúde, mas também do direito ao trabalho, à moradia, à alimentação – direitos humanos e fundamentais que, em conjunto, também significam direito ao cuidado. Isto é, não basta que sejam garantidos direitos isolados aos que demandam mais cuidado, por serem mais vulneráveis. Por isso, é imprescindível que a causa do dependente químico seja perscrutada e tratada por diversos campos de estudo, consoante conclui Migott (2007, p. 711), ao asserir que

[...] é imperativa e útil a visão de uma perspectiva de interdisciplinaridade ou a transdisciplinaridade, que permita conhecer o tema de forma mais ampla, pois a conjugação de esforços e abrangência de cada área possibilita por meio de pressupostos compartilhados uma visão sistêmica do fenômeno "drogas". Isso tudo desvela a dimensão deste entrecruzamento epidemiológico que é o processo saúde-doença. O problema das drogas supera as questões simplesmente médicas, alimentando novas questões e problemas a ele relacionados, como por exemplo, a violência, a corrupção, a instabilidade política, o crime organizado, a lavagem de dinheiro, o favorecimento da propagação de AIDS e hepatites, entre outras.

Os direitos humanos projetam o ideal de pessoa humana, isto é, definem o que o ser humano deveria ter como garantia. Logo, independentemente da condição na qual a pessoa se encontra, dependente química ou não, ela é titular de tais direitos e merece que sejam garantidos. São, simultaneamente, direitos titulados a todas as pessoas e exigências para a realização da plenitude enquanto ser humano. Encontram lugar na irrenunciabilidade, na universalidade, na inalienabilidade e na imprescritibilidade (TORRES apud ZACHARIAS, 2019, p. 45).

Por estar o dependente químico em situação de maior vulnerabilidade, deve gozar de proteção legal, principalmente no que tange aos direitos que lhe garantam condições para uma melhor qualidade de vida. Isso porque, apesar de uma pessoa viver em estado “sub-humano”, ela tem direitos reconhecidos que devem ser respeitados, e, mesmo que tais direitos sejam precedentes a qualquer reconhecimento jurídico, compete ao Estado prover meios para que tais indivíduos possam ascender ou aproximarem-se da plenitude humana, por meio do respeito à eficácia normativa universal dos direitos humanos.

O Estado deve tomar providências em relação ao dependente químico e a sua família, cabendo àquele prover formas de estancar a oferta de drogas, fomentando o a prevenção contra o uso de drogas e o tratamento do dependente químico. Em consonância com essa interpretação Zacharias (2019, p. 46) aponta que:

Além disso, é evidente que, em ambos os casos, o princípio de subsidiariedade deve levar o Estado a tomar as devidas providências para que processos de tratamento, educação, acompanhamento, reabilitação e readaptação social sejam oferecidos às pessoas dependentes e às suas famílias. Mas o Estado também não pode ignorar a necessidade de prevenção social, de repressão eficaz à distribuição e à venda de substâncias e de solidariedade civil. Não adiantam atitudes repressivas e punitivas à pessoa dependente se medidas preventivas não fizerem parte de uma nova cultura em favor da qualidade da vida e dos direitos de todos, especialmente dos mais vulneráveis.

Portanto, ao se relacionar ética, direitos humanos e dependência química, percebe-se que o transtorno mental que aflige a pessoa dependente química não deve macular sua titularidade ao direito a dignidade da pessoa humana, provedor dos demais direitos humanos. Ademais, em atenção ao fundamento constitucional da dignidade da pessoa humana, tem o Estado brasileiro o dever de promoção de meios de prevenção, de tratamento e de reinserção social do dependente químico (BRASIL, 1988).

2.3 TOXICOMANIA

O uso de drogas psicoativas acompanha a história da humanidade. Cada tempo e cada cultura têm uma relação diferente com o tema. Embora a presente monografia não busque se ater à história das drogas, não descarta a importância do estudo da drogadição.

Na conjuntura atual, a maioria das drogas são ilícitas, e os debates sobre o tema ocupam várias áreas do conhecimento. Pacheco Filho (2007, p. 29) entende a toxicomania como o modo “[...] de o sujeito lidar com aspectos estruturais do existir humano e com as contradições da sociedade” e usa a teoria freudiana para embasar seu entendimento, afirmando que

Segundo Freud, a vida dos humanos é árdua demais para ser suportada, em função dos sofrimentos e das infelicidades provenientes de três fontes principais: a) o nosso

próprio corpo, condenado à decadência e dissolução; b) o mundo externo material, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; c) a sociedade e a cultura. Consequentemente, buscamos caminhos alternativos para suportar o peso da condição humana. Freud enumera algumas possibilidades: a aniquilação de nossos próprios desejos, por meio de alguma prática de ascese espiritual; a reorientação dos objetivos das pulsões para evitar frustrações. É o caso das sublimações como, por exemplo, a produção de obras de arte. O trabalho pode se enquadrar nessa categoria, quando não se tratar apenas de meio para garantir a satisfação de necessidades; o distanciamento da realidade, por meio da fruição de obras de arte; o “abandono” da realidade, por meio da loucura; a busca de “objetos de amor” para os quais dirigir a pulsão libidinal; a deformação do mundo real, por meio de um delírio de massa, como no caso das religiões. Aqui, paga-se o preço da intimidação da inteligência e do infantilismo psicológico; **a mais grosseira, porém a mais eficaz: a droga. A droga tanto aumenta o prazer quanto diminui a sensibilidade ao desprazer. E se oferece como meio para atingir um alto grau de independência do mundo externo e da realidade, proporcionando refúgio em um mundo próprio.** (FREUD, 1930 *apud* PACHECO FILHO, 2007, p. 30, grifo nosso)

Nas pesquisas relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, é recorrente o uso concomitante de dois ou três dos seguintes termos: toxicomania, dependência e drogadição – sendo tratados como sinônimos (NOGUEIRA FILHO, 2002, p. 1). Ao estudarem os termos mais a fundo, Schimith, Murta e Queiroz (2019, p. 7) estabeleceram mínimas diferenças entre eles, ao concluírem que

[...] o termo dependência química encontra maior aceitação, uma vez que é usado na maioria dos trabalhos, estando muito vinculado aos critérios estabelecidos pelo DSM-V (APA, 2014), mas sem utilizar a nomenclatura estabelecida pelo próprio manual. Por outro lado, o termo toxicomania, mais usado nos artigos que abordam o tratamento, marca uma relação tóxica com um objeto qualquer, podendo ser uma substância psicoativa ou não. Já com o termo drogadição, temos a marca de uma relação na qual os papéis se invertem: o sujeito torna-se o objeto escravizado pela droga. Assim, consideramos que, para definir qual termo será adotado, faz-se necessário avaliar em qual contexto o termo será aplicado, bem como sobre qual objetivo.

Pereira (2008, p. 211), ao discorrer sobre a incurabilidade da dependência química, descreve que o toxicômano “[...] usa a droga como um objeto exclusivo que impede qualquer outro laço social, estabelecendo uma relação de exclusividade com ela”. Não destoando disso, Schimith, Murta e Queiroz (2019, p. 5) definem toxicomania como uma “[...] busca por alívio para certo mal-estar; no entanto, ela encerra um aprisionamento na relação com a droga”.

A bibliografia atual acerca da toxicomania entende-a como uma manifestação do mal-estar que aflige o ser humano contemporâneo; isto é, como a intoxicação é uma resposta ao mal-estar da nossa sociedade. Assevera-se que existem dois grupos relacionados com o uso de substâncias psicoativas: o dos usuários regulares ou irregulares e o dos toxicômanos. A toxicomania significa dependência física e psíquica associada à determinada substância psicoativa, sendo a compulsão uma característica própria de tal morbidade. Tanto as drogas ilícitas como as lícitas estão intrinsecamente ligadas as causas que desencadeiam a toxicomania. Em perspectiva humanística, Birman (2012) afirma que aquele que é acometido pela

toxicomania não passa de um indivíduo desacreditado da potencialidade de seu papel transformador, que busca nas drogas prazeres e sensações agradáveis capazes de ofuscar a percepção dolorosa que ele tem sobre a vida e o mundo.

Como toda doença, a toxicomania também carece de amplos cuidados, o que requer estudo sobre diagnóstico, tratamento e recaídas dos drogaditos.

2.3.1 Diagnóstico

A toxicomania, dependência química ou drogadição pode ser diagnosticada por psiquiatras e psicólogos. A literatura que trata sobre diagnósticos em relação a essa doença discorre sobre a falta de profissionais com especialização na área, e, por isso, recomenda a realização de uma triagem inicial com o paciente, a fim de evitar um diagnóstico errado que prejudicará o prognóstico. Portanto, o profissional da área da saúde deve, num primeiro contato com o paciente, objetivar colher dados que identifiquem a situação social, demográfica e econômica dele, examinar seu estado de saúde e tomar notas de alterações, investigando seu passado clínico e familiar, para, depois, expor o possível diagnóstico e desenvolver os cuidados. (FERREIRA, 2015; MARQUES; RAMOS, S.; RAMOS, F.; LEMOS, 2019).

Atualmente, há uma grande deficiência em relação ao desenvolvimento de uma avaliação com abordagem específica no que tange ao consumo e à dependência por substâncias psicoativas, o que acaba por acarretar i) ausência de diagnóstico tangível, devido à presunção – muitas vezes infundada – de que o paciente estaria fazendo um uso seguro de substâncias; ii) falta de diagnóstico propriamente dito; iii) abordagem das complicações desencadeadas pela dependência química, ignorando a dependência em si; iv) piora do prognóstico em decorrência no diagnóstico tardio; e v) falta de conhecimento e profissionais especializados na área. (MARQUES; RAMOS, S.; RAMOS, F.; LEMOS, 2019).

Quanto às insuficiências de diagnóstico e o aspecto multifacetado da dependência química, Alarcon (2012, p. 134) conclui que

O diagnóstico da farmacodependência, como mencionado, não é simples, sendo necessária a superposição de perspectivas diversas para a mensuração de sua real dimensão. Essas perspectivas incluem aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que, por fim, desembocam na especificidade daquela subjetividade acometida pelos efeitos nocivos do hábito de usar drogas. Nenhuma perspectiva tomada isoladamente é suficiente para dar conta dos aspectos essenciais do fenômeno da dependência.

Idealmente, por meio de questionários, os profissionais da área da saúde detectam alguns sintomas que afligem pessoas dependentes de substâncias psicoativas, também denominados de sintomas de uso problemático de substâncias, quais sejam

[...] distúrbio do sono; depressão; ansiedade; humor instável; irritabilidade exagerada; alterações da memória e da percepção da realidade; faltas frequentes ao trabalho ou à escola ou diante de compromissos sociais; alterações da pressão arterial; problemas gastrintestinais; história de trauma e acidente frequentes; disfunção sexual. (SCHULTZ; PARRAN, 1998 *apud* MARQUES; RAMOS, S.; RAMOS, F.; LEMOS, 2019).

O Ministério da Justiça, por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, é adepto da padronização de diagnósticos. Defende que os profissionais da saúde tenham por base documentos padronizados que abordem o diagnóstico em dependência química. Assim, em 2016, a SENAD desenvolveu um projeto denominado SUPERA, no qual discorreu, em seu módulo 3, acerca da detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas.

Tal projeto estabeleceu que dois documentos devem ser levados em consideração pelos profissionais na saúde quando do diagnóstico de um toxicômano, quais sejam a CID-10 e o DSM-V. A CID-10 foi implementada pela OMS, contém critérios para detectar todas as doenças e foi adotada pelo SUS. O DSM-V foi elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, abrangendo somente transtornos mentais, sendo mais utilizado em pesquisas. (BRASIL, 2016a).

O quinto capítulo da CID-10 é dedicado aos Transtornos Mentais e de Comportamento, dentre os quais se encontraram aqueles causados pelo uso de substâncias, mais especificamente codificados pela letra F e individualizados de 10 a 19. Por exemplo, o código F14 diz respeito aos transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de cocaína, enquanto o código F19 diz respeito aos transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de múltiplas drogas. Ademais, a esses códigos identificadores de transtornos deve ser acrescido um terceiro número, de 0 a 9, que identificará o tipo/estágio de transtorno, a exemplo dos números 0 e 2, em que 0 significa intoxicação aguda e 2 síndrome de dependência. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993).

A CID-10 aponta 6 (seis) critérios para a definição de um diagnóstico definitivo de dependência, dentre os quais 3 (três) devem ser preenchidos no lapso temporal de 12 meses para a confirmação desse diagnóstico. Os critérios são:

1. Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo;
3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
5. Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de

consequências manifestamente nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos, consequentes a períodos de consumo excessivo da substância; ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano. (BRASIL, 2016a, p. 17).

O DSM-V une o abuso de substância e a dependência de substância no termo transtornos do uso de substâncias, que podem ser caracterizados em leves, moderados ou graves, conforme a quantidade de critérios preenchidos pelo paciente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015). Esse manual estabelece 11 critérios que definem um padrão problemático no uso de substâncias psicoativas, sendo que ao menos 2 de tais critérios devem ser preenchidos no lapso temporal de 12 meses para que um diagnóstico de transtorno do uso de substâncias seja confirmado, quais sejam

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: ◦ uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado; ◦ acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância; 2. Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: ◦ síndrome de abstinência característica para a substância; ◦ a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência; 3. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; 4. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; 5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou na recuperação de seus efeitos; 6. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância; 7. Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa; 8. Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos; 9. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância; 10. Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física; 11. O uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo uso da mesma. (BRASIL, 2016a, p. 18).

Nota-se que a CID-10 e o DSM-V guardam semelhanças em relação aos critérios de diagnóstico adotados, quais sejam: tolerância, compulsão, perda de controle, síndrome de abstinência, negligência de atividades sociais, tempo gasto em função da substância, uso apesar de prejuízo. Por outro lado, uma diferença relevante entre os documentos consta da terminologia para definir a toxicomania: a CID-10 denomina-a como uso nocivo ou dependência, enquanto o DSM-V trata a toxicomania como transtorno do uso de substâncias. Outro aspecto relevante diz respeito ao fato de nenhum destes documentos usar como critério a quantidade de substâncias consumidas. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993).

Ademais, convém frisar que o SUPERA discorreu acerca dos instrumentos de triagem, asseverando que há uma grande deficiência no país em relação à prevenção, de modo que o uso

e o abuso de drogas são preteridos nas políticas públicas e a atenção só vem à tona quando a dependência química já se instalou. Sobre essa desídia o Ministério da Justiça (BRASIL, 2016a, p. 26) aponta que

[...] grande parte dos profissionais tem a tendência de se preocupar com o problema somente quando o usuário já é dependente da droga. Esse é um GRANDE ERRO, principalmente de quem trabalha no nível de Atenção Primária (Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde ou outros serviços) e de Proteção Social (CREAS, CRAS, entre outros), pois esses profissionais: Têm contato com grande número de pessoas que procuram os serviços por outro problema qualquer e, muitas vezes, esse sintoma já pode estar relacionado com o uso de álcool e outras drogas; Perdem a oportunidade de fazer uma intervenção precoce podendo evitar a evolução para a dependência.

Em relação ao diagnóstico, muitos profissionais da área da saúde fomentam a interdisciplinaridade, ressaltando que quanto mais profissionais de áreas distintas estejam envolvidos, melhor será o plano terapêutico traçado para o paciente. Alarcon (2012) não exclui a importância do diagnóstico médico, porém o define como indicativo de apenas um dos aspectos da dependência química. Assevera que a confecção de um plano terapêutico consolidado demanda um diagnóstico abrangente, o qual torne possível à equipe de saúde especificar as formas de cuidado e, principalmente, conceber um plano terapêutico interdisciplinar, colaborativo e corresponsável, com a atuação do dependente e seus entes queridos. A finalidade é tornar possível ao paciente a percepção de problematização de seu âmbito cultural e relacional, porque é por intermédio de sua identificação ou não com os valores de seu universo que há possibilidade para a autoconstrução de sua identidade.

2.3.2 Tratamento

A bibliografia psiquiátrica e a bibliografia psicológica em torno dos tratamentos da dependência química são extremamente densas, pois não existe apenas um tipo de tratamento.

Conforme elucidado no tópico anterior, a eficácia do tratamento está interligada com um diagnóstico correto. Isso porque existem várias possíveis causas da dependência química, o que demanda a atuação de profissionais de áreas distintas no tratamento, tais como médicos e psicólogos. Também por isso, há a necessidade de critérios e linguagens uniformes para descrever o diagnóstico e o tratamento. Assim, é fundamental o consenso dos profissionais envolvidos com o tratamento da dependência química sobre o diagnóstico e sobre a utilização de um código comum para defini-lo. (SILVA, 2019, p. 60).

A depender do tipo de substância, o método de tratamento pode variar. Nesse aspecto, por estar essa pesquisa voltada sobretudo para a dependência química em cocaína, *crack* e derivados, abordar-se-á somente os métodos de tratamentos para tais dependências.

Tal como o tratamento de qualquer substância química, os métodos de tratamento da dependência em cocaína e *crack* englobam variadas modalidades com foco em estratégias biológicas e psicossociais. Para Almeida (2019, p. 74), um “[...] grande desafio para o futuro é oferecer uma rede de tratamento para o dependente químico que reúna as várias frentes de intervenção em uma equipe interdisciplinar que inclua o enfoque neuropsicológico”.

É essencial haver uma conjunção apropriada de espécies distintas de abordagem, isolando cada situação de maneira a atender as necessidades do indivíduo, sendo possível, assim, obter-se uma boa resposta ao tratamento e um regresso para a vida familiar, profissional e social. As formas de cuidado abarcam o tratamento farmacológico, as psicoterapias, as comunidades terapêuticas, os hospitais-dia, as internações hospitalares, os grupos de ajuda mútua etc. (MARAFANTI; PINHEIRO, 2019).

Em relação ao tratamento farmacológico, isto é, ao uso controlado de medicamentos no combate à dependência de cocaína e *crack*, assevera-se que tanto a dependência em si quanto as comorbidades psiquiátricas dela advindas devem ser levadas em consideração quando da prescrição do receituário. Nesse tratamento, alguns fármacos vêm sendo pesquisados, tais como 1) agonistas dopaminérgicos: atuam nos mesmos receptores neurais que a cocaína e apresentam um menor potencial de abuso, pois ativam tais receptores por mais tempo do que a droga; 2) modafinila: atua como estimulante do sistema nervoso central, utilizado também no tratamento do distúrbio crônico do sono (narcolepsia); 3) dissulfam: torna a droga aversiva; 4) antidepressivos: vários já foram submetidos a testes, no entanto apresentaram resultados divergentes em relação aos antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina e aos antidepressivos tricíclicos, a conclusão foi pela ineficácia de tais fármacos no tratamento da dependência química em cocaína; 5) anticonvulsivantes: ao serem comparados com placebo, concluiu-se que não apresentam resultados superiores ao da falsa pílula; 6) e antagonistas opioides: prescritos no tratamento da dependência do álcool, vêm sendo testados em dependentes químicos de cocaína e *crack*.

Diante disso, importante destacar que, até o momento, não há um tratamento farmacológico aprovado com certificação científica, mas os estudos avançam para a elaboração de novos medicamentos. (DIEHL; PINHEIRO; LARANJEIRA, 2013; MARAFANTI; PINHEIRO, 2019).

As interações psicossociais têm ganhado força desde a implantação das terapias cognitivo-comportamentais, das terapias motivacionais e com a integração da sistemática social que se voltou para a prestação de cuidados aos dependentes. Tais interações vêm aumentando a adesão dos dependentes aos tratamentos. São elas: 1) Terapia cognitivo-comportamental; 2)

Entrevista motivacional; 3) 12 passos; 4) Modelo baseado no reforço comunitário; 5) Manejo de contingência; 6) Modelo Matrix; 7) Aconselhamento; e 8) Redução de danos. (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2010).

A terapia cognitivo-comportamental vê a dependência química como o resultado de um emaranhado de cognições, comportamentos, emoções, relações familiares, relações sociais, influências culturais e processos biológicos/fisiológicos. Assim, seu objetivo é identificar e restabelecer as cognições prejudicadas e avaliar situações que podem estar interligadas com o consumo da droga. Tal abordagem se atém ao funcionamento e treinamento de habilidades do indivíduo. (DIEHL; PINHEIRO; LARANJEIRA, 2013).

A entrevista motivacional visa tratar indivíduos desmotivados, que se julgam incapazes de modificar seus comportamentos. A base principiológica dessa abordagem é: 1) o conflito psíquico que aflige o indivíduo dependente quando da existência de duas possibilidades distintas: a) se tratar; b) se drogar. Pois, apesar de buscar tratamento, o desejo pela substância permanece; e 2) a passagem por diferentes fases motivacionais, quais sejam: a) considera que não é possível mudar, mas não se preocupa com isso; b) reconhece o problema, cogita mudar, mas deseja a droga; c) execução de primeiras mudanças, planejamento e revisão de tentativas passadas; d) investimento de tempo e energia em mudanças ambientais e comportamentais; e) manutenção de ganhos advindos da execução de mudanças e prevenção de recaída; f) recaída – retomada do uso de drogas ou retorno a qualquer estágio anterior. A entrevista motivacional é eficaz quando aplicada com técnica, ou seja, quando guiada com estratégias como aconselhamento, remoção de obstáculos, oferecimento de opções, diminuição da vontade por drogas, empatia, conscientização do dependente, propositura metas, ajuda e cuidado ativos. (MILLER; ROLLNICK, 2001).

A abordagem dos 12 passos vem se mostrando cientificamente eficaz e é comumente utilizada pelos grupos de apoio mútuo, a exemplo dos narcóticos anônimos. É focada principalmente no reconhecimento da dependência e de sua cronicidade, na imprescindibilidade de confiar em outro indivíduo, na abordagem e no contato com o mundo espiritual. Não se trata de uma abordagem dogmática ou religiosa, mas, sim, espiritual. (DIEHL; PINHEIRO; LARANJEIRA, 2013).

A abordagem de manejo de contingência se fundamenta no preceito de que uma ação é mais facilmente repetida quando desencadeia consequências positivas. Nesse tipo de tratamento, os pacientes são motivados por meio de reforços para que atinjam objetivos comportamentais em relação a dependência. Desse modo, os pacientes pontuam quando permanecem abstinentes e tais pontos podem ser trocados por prêmios pré-determinados.

O modelo matrix é uma espécie das intervenções multimodais, que trazem em um único tratamento diversos tipos de abordagens. O modelo matrix consiste na terapia individual, na terapia de casal, na terapia familiar, nos grupos de prevenção de recaídas, nos testes toxicológicos e na abordagem dos 12 passos acima mencionada. (DIEHL; PINHEIRO; LARANJEIRA, 2013).

Conforme a constatação dos autores supracitados, as instituições que ofertam tratamentos aos dependentes químicos devem despender mais dedicação para garantir que a equipe e a organização dos serviços sejam competentes para lidar com as diferentes necessidades de afligem os dependentes crônicos de drogas.

2.3.3 Recaídas

O retorno ao consumo de substâncias após um lapso temporal de abstinência é denominado recaída. Alguns a definem como retorno aos sintomas da dependência após um intervalo de remissão e outros como qualquer retorno aos comportamentos problemáticos causadores da dependência química. (RIGOTTO; GOMES, 2002; ZANELATTO, 2019).

O dependente químico, por causa da doença, se torna impotente em relação à possibilidade de controlar o uso de substâncias. Assim, as drogas assumem o papel de prioridade diante de outras atividades comuns. Portanto, mesmo em tratamento, as recaídas são constantes, por conta desse descontrole que ocasiona a centralidade da droga na vida do indivíduo e o torna um ser humano que não aceita sua condição de dependente. (FERREIRA; CZARNOBAY; BORBA; CAPISTRANO; KALINKE; MAFTUM, 2016).

Os pacientes acometidos pela dependência química têm como característica a negação ou minimização das consequências geradas pelo uso da substância. Os transtornos mentais associados com o consumo de drogas são tidos como doenças crônicas marcadas por recaídas. Quanto ao tema, Diehl, Pinheiro e Laranjeira (2013, p. 218) afirmam que

Em geral, o tratamento da dependência de drogas está, ainda, muito associado ao pessimismo terapêutico em relação a essa doença. Sabe-se que as melhores estatísticas mostram que apenas 30 a 40% dos pacientes mantêm a recuperação a longo prazo. No entanto, não se pode esquecer que se trata de uma doença crônica e, portanto, que cursa com recaídas. Por isso, muitas vezes, os objetivos devem ser mensurados a curto, médio e longo prazo.

A taxa mais elevada de recaída é identificada nos primeiros 90 dias de abstinência. Os 9 meses subsequentes aos 90 dias de abstinência são considerados de risco para a manutenção da abstinência em determinada droga. As taxas de recaída dos indivíduos abstinentes por 12 meses variam entre 80% e 95%. Além disso, considera-se que 70% dos dependentes químicos

ou fazem parte de um círculo vicioso de entrada e saída em internações ineficazes, ou são desamparados ou encarcerados pelos mecanismos de repressão; situações que provocam muita dor e sofrimento, principalmente pelo estigma da criminalização, e, não raras vezes, a morte. (ALARCON, 2012; ZANELATTO, 2019).

Em crítica à internação compulsória constante da Lei n.º 10.216/2001, assim definida como sendo a internação determinada por um juiz, Novaes (2014) a categoriza como um dos motivos geradores de recaídas. Isso porque, quando a internação compulsória é determinada por um magistrado, a entrada e a saída do dependente químico no serviço de tratamento carecem de autorização judicial. Desse modo, mesmo que o dependente receba alta psiquiátrica, deverá permanecer no hospital ou no centro terapêutico – gerando irritabilidade, ansiedade e outros agravantes psicológicos, mesmos sentimentos que o levaram em busca de drogas e o fazem recorrer em recaídas.

A fim de pesquisar os contextos de abstinência e recaída na recuperação da dependência química, Rigotto e Gomes (2002) entrevistaram 9 homens e 3 mulheres diagnosticados com dependência química. Entre eles, o menor período de abstinência durou duas semanas e maior 2 anos. Conforme as experiências narradas pelos dependentes, os episódios de recaídas estão associados às seguintes circunstâncias: 1) ausência de suporte familiar; 2) ausência de tratamento apropriado; 3) reencontro com amigos usuários; 4) uso de álcool; 5) vontade de ser aprovado socialmente; 6) outras frustrações.

Pontificam os autores que

A manutenção do consumo de drogas pareceu relacionar-se à falta de apoio familiar, de acompanhamento apropriado, de permanência no ambiente favorecedor da adição, na ausência de auto-estima e determinação. Confirmam-se, assim, as três situações primárias apresentadas na análise de recaída de Cummings, Gordon e Marlatt (1980), ou seja, a presença de estados emocionais negativos, de conflito interpessoal recente e de pressão social. (RIGOTTO; GOMES, 2002, p. 104).

Nesse aspecto, em sua trajetória clínica, Kalina (1999) asseverou que alguns modelos de famílias induzem ao consumo de drogas. São os casos das famílias acometidas por sentimentos avassaladores de abandono, depressão e ansiedade. Não há, em tais grupos familiares, diálogos sobre as drogas, o que fomenta a manutenção do consumo e faz da droga uma alternativa para quem procura identidade.

Os obstáculos que permeiam a recuperação desestabilizam o foco na mudança. As infelicidades contidas no cotidiano do dependente são interpretadas por ele de uma forma exagerada, especialmente no que tange as relações interpessoais. Isso, somado ao fato de que dependente tem certa incapacidade de lidar com frustrações, resulta em recaída, a qual pode ser

compreendida como um reflexo à ausência de enfrentamento. (SILVA; FERRI; FORMIGONI, 1995).

A trajetória da dependência química é, portanto, tida como um paradoxo, pois quando o dependente recai, tende a sentir-se derrotado e humilhado, o que torna a manutenção do consumo mais severa. Ocorre que, com cada dependente, a quebra da abstinência é causada por uma situação diferente, não sendo possível precisar um conjunto que contribui para a recaída. (RIGOTTO; GOMES, 2002).

Para Bucher (1996 *apud* RIGOTTO; GOMES, 2002) o desastre das drogas ocupa o centro da sociedade e está associado ao seu modelo desequilibrado e injusto. Porém, é de baixa probabilidade a concretização da mudança do modelo social atual.

Ao analisar motivação para a mudança e condições estruturais de apoio, duas condições devem estar preenchidas para obtenção de êxito/maior duração no tratamento: 1) motivação por mudança, que consiste na soma entre a consciência do problema e a vontade de mudar; e 2) clareza de planos para o futuro, sem a qual não haverá sustentação da abstinência por muito tempo. Isso porque, a abstinência é mantida diante de um conjunto de apoio que abrange a família e amigos. Logo, a dificuldade em constituir motivação para a mudança com base nas experiências pessoais decorre da íntima ligação entre o indivíduo, o outro e o ambiente. (RIGOTTO; GOMES 2002).

2.4 COCAÍNA E CRACK

A cocaína é uma droga estimulante do sistema nervoso central, extraída de uma planta denominada *Erythroxylon coca*. Normalmente é produzida em pó, lembrando um sal branco, que pode ser diluído em água. Assim, pode ser consumida por aspiração, ingestão ou injeção. (OLIVEIRA; ALVES; ANDRADE; SACZK; OKUMURA, 2009; ARAÚJO; LARANJEIRA; DUNN, 2013).

Apesar de consumida por humanos há mais de 4 mil anos, a cocaína ficou popular no século XIX, e era chamada de fármaco milagroso. Suas propriedades anestésicas eram aplicadas em procedimentos cirúrgicos. Inclusive, em 1884, Freud publicou um livro enaltecendo as propriedades terapêuticas da substância, apontando que ele mesmo a consumia para estimular, excitar, anestesia, tratar asma, histeria e sífilis, entre outras coisas. No entanto, posteriormente, publicou uma nova versão do livro, esclarecendo que sua perspectiva sobre a droga havia mudado, em decorrência de atributos ruins, a exemplo de sua potencialidade em intoxicar e viciar. A popularidade da cocaína foi tamanha que até mesmo a Coca-Cola, em 1885, a inseriu

em sua fórmula, o que perdurou até 1906 (FERREIRA; MARTINI, 2001). No entanto, o reflexo dessa popularidade foi uma epidemia, que causou a proibição da droga nos Estados Unidos, em 1914, e no Brasil, em 1921. Mesmo assim, outra epidemia veio à tona em 1970, ocasião em que, primeiramente, a droga era símbolo da elite; mas que, aos poucos, em decorrência da produção desenfreada, embrenhou os guetos, em composição química mais barata, denominada *crack*. (CARLINI; NOTO; GALDURÓZ; NAPPO, 1996; FERREIRA; MARTINI, 2001; ARAÚJO; LARANJEIRA; DUNN, 2013).

Em 1980, a droga que destruiria famílias e sonhos século XXI adentro, chamada *crack*, surgiu nos Estados Unidos. A substância consiste na mistura da pasta ou do pó da cocaína com bicarbonato de sódio. Sua via de consumo é inalatória, normalmente fumada em cachimbos improvisados. (DIEHL; PINHEIRO; LARANJEIRA, 2013; OLIVEIRA; ALVES; ANDRADE; SACZK; OKUMURA, 2009; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

O *crack* chegou ao Brasil em 1990 e, ainda hoje, 30 anos depois, continua sendo a principal causa de internação, afetando todas as classes socioeconômicas. Além disso, o *crack* é responsável pelo alto índice de mortalidade associado às complicações do vírus HIV, aos homicídios, à prostituição e à violência. (DIEHL; PINHEIRO; LARANJEIRA, 2013).

Em comparação à cocaína, o *crack* causa muito mais compulsão, e, por isso, seus usuários tendem a viver nas ruas e cometerem ilegalidades em troca da droga. A pulsão que o *crack* causa no usuário fomenta nele a prática de condutas ilícitas, tais como a prostituição, os furtos, os roubos e o tráfico. Em consequência disso, essas pessoas são marginalizadas e vivem em risco iminente de ter sua integridade física ou moral abaladas. (DIEHL; PINHEIRO; LARANJEIRA, 2013).

Os efeitos psicológicos prazerosos da cocaína, bem como seu potencial de abuso, estão relacionados com o estímulo que a droga causa aos neurotransmissores de dopamina (regula humor, prazer, emoções e alivia dores), serotonina (regula sensibilidade à dor, humor, batimentos cardíacos, sono, temperatura, apetite) e norepinefrina (regula humor, alimentação e ansiedade). Por isso, a dependência em *crack* ou cocaína é entendida como uma patologia que acomete o sistema de recompensa cerebral. (PULCHERIO; STOLF, PETTENON, FENSTERSEIFER; KESSLER, 2010).

Apesar de consistirem na mesma substância, a cocaína e o *crack* têm tempos de absorção e ação diferentes. Por ser absorvido mais e de maneira mais rápida, porque é consumido via pulmonar, o *crack* age de 8 a 10 segundos, com efeitos que duram de 5 a 10 minutos. Já a cocaína, a depender da via de absorção, age dentro de 20 a 30 minutos, com efeitos que duram de 1 a 3 horas. Esses números explicam o elevado desejo por aquela substância, e

consequentemente a adicção que ela causa. É dizer: o *crack*, por ter um efeito mais explosivo/poderoso, tem maior potencial de adicção. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2011; PULCHERIO; STOLF, PETTENON, FENSTERSEIFER; KESSLER, 2010).

Mesmo o uso de baixas doses de cocaína e *crack* provoca a intoxicação aguda, que é marcada por sintomas físicos como taquicardia, aumento da temperatura, sangue que passa a fluir para os músculos, em vez dos órgãos, aumento da atividade motora e da atenção, entre outros. Os sintomas psicológicos iniciais abarcam intenso prazer, euforia, insônia, excitação, aumento da autoconsciência e perda de apetite. Depois disso, a euforia diminui e se mistura com a ansiedade, o que tem duração de 1 hora a 1 hora e 30 minutos, seguida de uma longa ansiedade que pode durar várias horas. Além disso, os pensamentos tendem a ficar acelerados, a fala dispara e às vezes são incoerentes. À medida que a intoxicação diminui, o usuário tende a sentir fome, fadiga, depressão, irritabilidade, ansiedade e desejo por mais doses. (MARAFANTI; PINHEIRO, 2019).

O uso de altas doses, denominado uso crônico, intoxica o sistema nervoso central. Seus possíveis sintomas são crises psicóticas (alucinações e delírios), paranoia, ansiedade, insônia, sensação de perseguição e desconfiança. Quando usada de forma crônica, a cocaína pode tornar o usuário impulsivo, hiper-reativo, paranoide e compulsivo. Além disso, pode prejudicar a atenção, o vocabulário, a coordenação visuomotora e a tomada de decisão, a qual segue prejudicada mesmo semanas depois da abstinência. Estima-se que 80% dos usuários crônicos de cocaína e *crack* apresentam quadros psicóticos. (MARAFANTI; PINHEIRO, 2019).

No que tange o tratamento em dependência em cocaína e *crack*, não há um tratamento farmacológico aprovado com certificação da ciência. Bem por isso, o consumo de tais drogas revela um grande impacto na saúde pública, pois, conforme já mencionado, é responsável pelo maior número de internações pelo uso de substâncias ilícitas.

2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CONTROLE DE DROGAS

Política pública é uma ação em prol da sociedade e deve se fundamentar em indícios científicos para ser executada com efetividade. Na definição de Santana e Diehl (2019, p. 519), “Políticas públicas são decisões tomadas por governantes baseadas em normativas de leis, regras ou regulações que devem provir do alcance legítimo de legisladores ou outras autoridades constituídas em prol do interesse público”.

Segundo o site do Ministério da Justiça e Segurança Pública, a primeira norma legal a tratar sobre drogas foi o Decreto-Lei n.º 891/1938, o qual abordava prevenção, tratamento e repressão de drogas. Tal Decreto-Lei foi alterado pela Lei n.º 6.368/76, a qual previa medidas de prevenção e repressão à comercialização ilícita e consumo indevido de drogas. Em 1980, o Decreto n.º 85.110 estabeleceu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e regularizou o Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN, instituições antecessoras dos atuais órgãos que atuam à frente da política de drogas. Em 1986, a Lei n.º 7.560 criou o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso - FUNCAB (atual Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD); também, regularizou a questão dos objetos apreendidos/adquiridos provenientes do comércio ilegal de drogas. Em 1993, foi fundada no Ministério da Justiça a Secretaria Federal de Entorpecentes, responsável pelo controle técnico acerca das ações de prevenção, fiscalização e repressão do consumo indevido de drogas. Tal controle tornaria mais robusta a estrutura do mencionado Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. (BRASIL, 2021b).

Ainda de acordo com o traçado histórico acerca da política de drogas brasileira constante do site do Ministério da Justiça e Segurança Pública, em 1998, o CONFEN passou a ser denominado como Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, oportunidade na qual foi fundada a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD. Já em 2002, foi elaborado pela primeira vez, por meio do Decreto n.º 4.345/2002, um documento explicativo da política de drogas, denominado Política Nacional Antidrogas - PNAD. Nesse mesmo ano, a Lei n.º 6.368/1976 foi alterada pela Lei n.º 10.409/2002. Em 2005, a Resolução n.º 3/GSIPR/CONAD atualizou a Política Nacional sobre Drogas. (BRASIL, 2021b).

Segundo o mesmo site, em 2006, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas -SISNAD foi instituído pela Lei n.º 11.343/2006, que também dispôs sobre ações para prevenção, atenção e ressocialização de usuários e dependentes de substâncias químicas. Tal diploma revogou as supramencionadas Leis n.º 6.368/1976 e n.º 10.409/2002, e, além disso, diferenciou o traficante dos usuários. Em 2008, por meio da Lei n.º 11.754/2008, o CONAD passou a ser denominado Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e a SISNAD passou a se chamar Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD. Além disso, em 2011, a SENAD, que desde 1998 era parte do Gabinete de Segurança institucional da Presidência da República, retornou ao Ministério da Justiça. (BRASIL, 2021b).

Em 2017, a portaria interministerial n.º 2, estabeleceu o Comitê Gestor Interministerial a fim de coordenar medidas de prevenção, atenção, pesquisas e ressocialização dos usuários e dependentes de drogas. (BRASIL, 2021b).

A última atualização a respeito da Política Nacional de Drogas ocorreu em 2019, por meio do Decreto n.º 9.761/2019, o qual revogou a PNAD estabelecida pelo Decreto n.º 4.345/2002. Em relação à nova PNAD, houve posicionamentos favoráveis, que entendem que a política de redução de danos prevista na PNAD anterior deveria ser exceção e não regra, por isso era ineficaz (LARANJEIRA, 2019), e posicionamentos contrários, no sentido de que a nova PNAD instalou retrocesso, pois a abstinência era fruto da política de redução de danos, que estimula o livre arbítrio do usuário/dependente para escolher entre o consumo ou não de drogas – tendo em vista que se desfazer de um hábito as vezes é impossível, mas o diminuir é menos custoso. (GUEDES, 2018).

Portanto, de se notar que a atual PNAD evidenciou sua contrariedade a qualquer outro tipo de abordagem que não seja a abstinência, conforme bem estipula um de seus objetivos: “Promover a estratégia de busca de abstinência de drogas lícitas e ilícitas como um dos fatores de redução dos problemas sociais, econômicos e de saúde decorrentes do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas” (BRASIL, 2019a). Percebe-se, diante disso, um retrocesso ao antigo posicionamento referente às políticas para indivíduos acometidos por transtornos provenientes do consumo abusivo ou dependência de drogas, por meio de utopias do tipo: “Buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas” (BRASIL, 2019a).

Não obstante todo o mencionado histórico sobre a política de controle às drogas no Brasil, ainda vige um desolador cenário de saúde pública proveniente do consumo de drogas ilícitas no país. Mesmo diante de tantas publicações e revogações de normas legais, o Estado ainda não logrou êxito na implementação de políticas públicas que, de fato, consigam minimizar a problemática.

Quanto a esta insuficiência, Silveira e Mattaraia (2020, p. 83097) pontuam que

No ano de 2001 foi instituída uma reforma psiquiátrica, através de lei federal, que procurou eliminar a cultura manicomial, no entanto, o que ainda pode ser verificado, na prática, é que não houve a efetivação dos valores e benefícios preconizados pela Lei. Além disso, pelas atuais modificações legislativas, observa-se que as diretrizes para o tratamento dos usuários de drogas têm sido modificadas, ante os resultados negativos do protocolo anteriormente seguido. A respeito de tal modificação, há posições contrárias dos profissionais do assunto, o que demonstra que ainda não há um consenso a respeito da forma que este problema pode ser administrado pelo Estado Brasileiro. Em razão disso, a perspectiva é de agravamento do quadro social decorrente da situação.

As consequências mais óbvias da ineficácia das políticas públicas de controle às drogas são o aumento significativo da criminalidade, aprisionamento em massa e usuários/dependentes

que perambulam pelas cidades, agravando a higiene e saúde públicas, em violação ao direito fundamental à saúde² previsto como direito fundamental na Constituição Brasileira.

Diante disso, em que pese todas as políticas públicas sobre drogas tidas no papel, faltam ações governamentais capazes de tornarem reais tantas teorias. As políticas públicas acerca das drogas devem ter alcance universal, pois as drogas se infiltram em diversos locais, fazem vítimas em grandes centros urbanos e em pequenos aglomerados rurais. De nada adianta tais políticas estarem positivadas se não há oferta de tratamento na rede pública de todos os lugares do país.

Silveira e Mattaraia (2020, p. 83105) assertam quanto a isto que

Mesmo diante da evolução legislativa e os firmes compromissos da sociedade brasileira, com os novos métodos humanizados de tratamento, o fato que ainda existem muitas dificuldades para a extensão de tais políticas públicas para todas as pessoas que necessitam. Ainda existem legiões de dependentes químicos errantes que perambulam pelas ruas, nas grandes cidades brasileiras. A maioria não possui acesso aos serviços de saúde. Alguns, por deficiência da rede pública e outros em razão da indisposição de adesão a tratamento. Nas situações mais agudas, existe a intervenção do Poder Judiciário, por provocação do Ministério Público, Defensoria Pública ou mesmo familiares dos doentes. Sem embargo das visíveis dificuldades, o cenário é alentador, não só em razão da preocupação demonstradas pelas autoridades sanitárias, mas principalmente porque existe um processo de conscientização em curso na sociedade brasileira. [...] consigamos tirar da letra fria da lei os valores e benefícios preconizados, em benefício de tantos brasileiros! (Grifo nosso)

Ronzani e Silva (2014) asseveram que as políticas públicas deveriam se pautar em uma perspectiva sistêmica da problemática das drogas. Dessa forma, seria possível estabelecer estratégias mais eficazes de acordo com as diferenças culturais, comportamentais e com os direitos humanos. Os autores apontam o desequilíbrio intersetorial como um obstáculo para o êxito de políticas de controle às drogas, especialmente medidas de prevenção e tratamento, pontuando que o setor da saúde é isoladamente incapaz de desenvolver medidas eficazes para o problema.

Outros autores também militam a esse respeito, elucidando que boas políticas de controle às drogas não beneficiam apenas o usuário ou o dependente, mas todos os membros da sociedade. Entende-se ser do interesse comum que os adictos tenham amparo estatal para melhorarem suas condições de vida. Nesse viés, Diehl, Pinheiro e Laranjeira (2013, p. 219) asserem que:

[...] políticas públicas eficazes e intersetoriais para a dependência química são de interesse para toda sociedade que efetivamente deseja se ocupar de seus membros mais vulneráveis sob a ótica da cidadania, possibilitando que os indivíduos tenham instrumentos para modificar suas condições de vida. Políticas públicas e modelos de tratamento, prevenção e atendimento adequados são aqueles que se diversificam e

² No que diz respeito a uma definição concreta, a OMS define a saúde como “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1949).

oferecem uma gama de opções para quem os procura ou necessita, devendo sempre ser calcados em evidências científicas. De acordo com várias estimativas conservadoras, cada 1 dólar investido em programas de tratamento de dependência química gera uma economia de 4 dólares com tratamentos para dependentes e de 7 dólares com custos relacionados a crimes, roubos e violência doméstica. No entanto, talvez, a maior economia, tanto para os indivíduos como para a sociedade, resulte de diminuição de conflitos interpessoais, maior produtividade no local de trabalho, menos acidentes relacionados com droga, diminuição de mortes e perdas de vidas que são tão valiosas.

Conclui-se, portanto, que a implantação e a efetividade de uma política pública relativa à dependência química é um desafio, dada a multiplicidade de desenlaces individuais e coletivos associados ao uso de drogas. Normalmente, as políticas públicas acerca do uso de drogas levam em consideração, principalmente, a saúde pública; no entanto, áreas como a segurança pública, a previdência e a qualidade de vida tendem a ser beneficiadas também com a elaboração de boas políticas públicas a esse respeito. Aliás, cumpre ressaltar que os reflexos econômicos, sociais e sanitários do consumo de drogas são um problema de magnitude global, havendo estimativa de que aproximadamente 8% dos quadros de incapacidade laborativa mundial são associados ao consumo de álcool e de drogas ilícitas. (SANTANA; DIEHL, 2020).

3 SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL

A primeira referência feita pela Constituição Federal à seguridade social consta de seu artigo 6º, o qual prevê que “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988). Com tal disposição, a Constituição não deixa dúvidas de que a seguridade social é um direito fundamental social.

Além disso, de acordo com o artigo 194 da Constituição Federal, a seguridade social “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Destinchando tal conceito, Goes (2020, p. 39) aponta que

A Seguridade Social engloba, portanto, um conceito amplo, abrangente, universal, destinado a todos que dela necessitem, desde que haja previsão na lei sobre determinado evento a ser coberto. É na verdade, o gênero do qual são espécies a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde.

Ainda em relação ao conceito de seguridade social, Horvath Júnior (2020) a define como um sistema administrado pelo Estado a fim de cobrir eventos geralmente fortuitos, denominados riscos sociais, que venham a atingir os indivíduos, concedendo-os prestações e serviços que assegurem sobrevivência.

Nessa linha, Fortes e Paulsen (2005, p. 47) asseveram:

Riscos ou contingências são os eventos incertos, determinantes da perda da autonomia dos sujeitos, por conta de impossibilidade laborativa, cuja ocorrência, embora em um primeiro momento tenha um reflexo puramente individual, apresenta, também, evidente importância para a sociedade, já que a situação de desemprego ou desocupação involuntária, considerada em termos globais, opera reflexos econômico-sociais consideráveis.

Em relação à previdência social, Agostinho (2020, p. 28) aduz que “[...] com o advento da Constituição Federal de 1988, tornou-se a única categoria de proteção social que requer contribuição dos segurados como condição para ampará-los”.

O sistema previdenciário brasileiro é composto por dois regimes básicos de filiação obrigatória: o regime geral de previdência social, RGPS, e os regimes próprios de previdência social dos servidores públicos e militares (que extrapolam o escopo dessa pesquisa). Assim, de acordo com o artigo 201 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), o RGPS, regime público de previdência social, tem caráter contributivo e de filiação obrigatória e ampara os trabalhadores da iniciativa privada, ou seja, aqueles que não são servidores públicos submetidos aos estatutos civis e militares.

No que diz respeito às contingências cobertas pelo RGPS, o artigo 201 da Constituição Federal dispõe sobre as seguintes tutelas:

[...] cobertura de eventos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada; proteção à maternidade, especialmente à gestante; proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; e pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes. (SANTOS, 2020, p. 85).

Tendo-se por base essa ampla visão, este capítulo abordará sobre os pontos mais relevantes para o tema proposto no que tange à previdência social.

3.1 PRINCÍPIOS NORTEADORES DA SEGURIDADE SOCIAL, DA PREVIDÊNCIA SOCIAL E DO DIREITO PREVIDENCIÁRIO

Os princípios são a base do ordenamento jurídico, orientando a interpretação das normas; e, em caso de omissão, são a verdadeira fonte do direito.

O artigo 194 da Constituição Federal, com vistas à organização da seguridade social, prevê os seguintes objetivos:

[...]
 I - universalidade da cobertura e do atendimento;
 II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
 III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
 IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
 V - equidade na forma de participação no custeio;
 VI - diversidade da base de financiamento, identificando-se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social;
 VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (BRASIL, 1988).

Esses objetivos funcionam como princípios norteadores da seguridade social, cujas características são a generalidade e a proteção de valores. Tais princípios, de acordo com a doutrina especializada, são definidos da maneira que se expõe a seguir.

O **princípio da universalidade da cobertura e do atendimento** prescreve que todas as pessoas que vivem no território brasileiro têm direito à subsistência digna, pois ninguém pode ser excluído da proteção social. A universalidade de cobertura determina que o sistema de proteção social deverá atender todos os infortúnios da vida, os quais podem acometer qualquer indivíduo, a exemplo da idade avançada e da morte. Já a universalidade do atendimento determina que qualquer pessoa que resida no Brasil terá acesso ao sistema de proteção social. (AGOSTINHO, 2020; GOES, 2020; SANTOS, 2020).

O princípio da uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços entre as populações urbanas e rurais preconiza que o plano de proteção social será igual para todos os trabalhadores, bem como os valores pagos a eles serão proporcionalmente equivalentes. Desse modo, todos os trabalhadores, urbanos ou rurais, terão direito aos mesmos benefícios e os valores de tais benefícios serão equivalentes as contribuições pagas e nunca inferiores a um salário mínimo. (GOES, 2020; SANTOS, 2020).

O princípio da seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços estabelece que a lei deverá ser elaborada de modo a prever os riscos sociais alcançados pelo sistema de proteção social, bem como as pessoas protegidas por ele. É dizer que “[...] a escolha deve recair sobre as prestações que, por sua natureza, tenham maior potencial para reduzir a desigualdade, concretizando a justiça social. A distributividade propicia que se escolha o universo dos que mais necessitam de proteção” (SANTOS, 2020, p. 22).

O princípio da irredutibilidade do valor dos benefícios prescreve que não deve haver redução do valor mensal das prestações pecuniárias pagas pela seguridade social. Assim, conforme o artigo 201, § 4º da Constituição Federal, o valor do benefício deve ser corrigido de acordo com a inflação, preservando seu real valor. (BRASIL, 1988).

O princípio da equidade na forma de participação de custeio preconiza que aquele indivíduo que possuir maior capacidade econômica contribuirá mais com a seguridade social. Nas palavras de Goes (2020, p. 51) esse princípio é “um desdobramento do princípio da igualdade (CF/88, art. 5º) que consiste em tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de suas desigualdades. Tratar com igualdade os desiguais seria aprofundar as desigualdades; não é esse o objetivo da Seguridade Social”.

O princípio da diversidade na base de financiamento dispõe que a seguridade social tem variadas fontes de custeio, tornando seguro o sistema. Assim, se alguma arrecadação se tornar difícil ou impossível, outras suprirão tal falta. Portanto, como bem prescreve o artigo 195 da Constituição Federal, a seguridade social deve ser financiada pela sociedade, direta ou indiretamente, por meio de recursos oriundos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, e contribuições sociais recolhidas pelos empregadores, empresas, trabalhadores e segurados da Previdência Social, importadores, entre outros. (BRASIL, 1988; GOES, 2020).

O princípio do caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa traz que a gestão da seguridade social se dá de forma quadripartite, pois trabalhadores, empregadores, beneficiários da previdência social e o Poder Público participam dos órgãos colegiados de deliberação, a exemplo do Conselho Federal de Previdência Social, que formula políticas públicas e controla ações de execução. (GOES, 2020; SANTOS, 2020).

O **princípio de preexistência do custeio em relação ao benefício ou serviço ou da regra da contrapartida** objetiva assegurar, por meio do artigo 195, §5º, da Constituição Federal, o equilíbrio financeiro do sistema da seguridade social, significando que “[...] , será inconstitucional a lei que criar um benefício, previdenciário ou assistencial, sem também criar a fonte de custeio” (GOES, 2020, p. 54).

Além dos princípios gerais da seguridade social acima elencados, a previdência social também se fundamenta em princípios específicos, os quais se passa a expor.

O **princípio do caráter contributivo** baseia-se no artigo 201 da Constituição Federal, que estabelece que a previdência social tem caráter contributivo. Isso significa que, para ter direito aos benefícios previdenciários, o segurado deve contribuir financeiramente para o regime, seja ele qual for. (BRASIL, 1988).

O **princípio da filiação obrigatória** também é fundamentado no artigo 201 da Constituição Federal, o qual menciona que é obrigatória a filiação à previdência social. Conseqüentemente, a Constituição tanto obriga a filiação do trabalhador que desempenha alguma atividade remunerada abrangida pelos regimes previdenciários existentes, quanto faculta a filiação aqueles indivíduos que não exercem atividade alguma. (BRASIL, 1988).

O **princípio do equilíbrio financeiro e atuarial** prescreve que ao executar a política previdenciária o Poder Público deve se “[...] atentar sempre para a relação entre custeio e pagamento de benefícios, a fim de manter o sistema em condições superavitárias, e observar as oscilações da média etária da população, bem como sua expectativa de vida, para a adequação dos benefícios a estas variáveis” (CASTRO; LAZZARI, 2021, p. 77).

O **princípio da garantia do benefício mínimo**, conforme preconiza o artigo 201, § 2º, da Constituição Federal, garante uma renda mensal não inferior ao salário mínimo para os segurados da previdência social, com exceção dos beneficiários do auxílio reclusão e da pensão por morte – “inovação” trazida pela Emenda Constitucional nº 103/2019. (CASTRO; LAZZARI, 2021).

O **princípio da atualização monetária dos salários de contribuição** se fundamenta nos artigos 40, § 17 e 201, § 3º, da Constituição Federal, os quais preconizam que os valores auferidos a título de benefício previdenciário devem ser corrigidos monetariamente, embora não especifiquem qual índice deve ser adotado, ficando tal critério à discricionariedade do legislador. (CASTRO; LAZZARI, 2021).

O **princípio da preservação do valor real dos benefícios** traz que “além da irredutibilidade do valor dos benefícios (CF, art. 194, parágrafo único, IV), a Constituição Federal também assegura ‘o reajustamento dos benefícios para preservá-los, em caráter

permanente, o valor real, conforme critérios definidos em lei' (CF, art. 201, § 4º)" (GOES, 2020, 57).

O **princípio da proibição de critérios diferenciados para concessão de aposentadoria** se fundamenta no artigo 201, § 1º, da Constituição Federal e veda a criação de regras diferenciadas pelo legislador ordinário em relação as aposentadorias do RGPS, o que assegura um tratamento equânime a todos os segurados, evitando ainda favorecimentos e prejuízos a determinados segurados. As exceções a esse princípio se encontram nos incisos I e II do dispositivo constitucional acima mencionado, quais sejam "trabalhadores que exercem atividades com efetiva exposição a agentes prejudiciais à saúde e quando se tratar de segurados portadores de deficiência." (GOES, 2020, p. 59).

Ademais, por estar o tema do presente trabalho monográfico também embasado no direito previdenciário, cumpre registrar a seguir os princípios gerais que norteiam tal ramo do direito.

O **princípio da solidariedade**, embasado no objetivo fundamental da República constante do artigo 3º, I, da Constituição Federal, que diz "Construir uma sociedade livre, justa e solidária" (BRASIL, 1988), e também no *caput* do artigo 195 do mesmo documento, estabelece que

Aqueles que têm melhores condições financeiras devem contribuir com uma parcela maior, os que têm menores condições financeiras contribuem com uma parcela menor, os que ainda estão trabalhando contribuem para o sustento dos que já se aposentaram ou estejam incapacitados para o trabalho, enfim, vários setores da sociedade participam do esforço arrecadatório em benefício das pessoas mais carentes. (GOES, 2020, p. 55).

Conseqüentemente, nota-se que a previdência social se alicerça, sobretudo, na solidariedade entre os membros da sociedade, a qual se legitima "[...] na ideia de que, além de direitos e liberdades, os indivíduos também têm deveres para com a comunidade na qual estão inseridos" (ROCHA, 2004 *apud* CASTRO; LAZZARI, 2021, p. 69). Em relação a isso Castro e Lazzari (2021, p. 69) também prelecionam que

Assim, como a noção de bem-estar coletivo repousa na possibilidade de proteção de todos os membros da coletividade, somente a partir da ação coletiva de repartir os frutos do trabalho, com a cotização de cada um em prol do todo, permite a subsistência de um sistema previdenciário. Uma vez que a coletividade se recuse a tomar como sua tal responsabilidade, cessa qualquer possibilidade de manutenção de um sistema universal de proteção social. (Grifo nosso)

O **princípio da vedação do retrocesso social** prescreve que "[...] o rol de direitos sociais não seja reduzido em seu alcance (pessoas abrangidas, eventos que geram amparo) e quantidade (valores concedidos), de modo a preservar o mínimo existencial" (CASTRO; LAZZARI, 2021, p. 70).

Por fim, o **princípio da proteção do hipossuficiente** se baseia na ideia de que a proteção social deve objetivar a tutela dos menos favorecidos.

3.2 REGIME GERAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

O RGPS é o principal regime previdenciário do Brasil. Alcança, obrigatoriamente, todos os trabalhadores subordinados à iniciativa privada – ou seja, aqueles que mantêm relação de emprego; os autônomos; os empresários e microempreendedores individuais; os sócios de empresas; os prestadores de serviços; os trabalhadores avulsos; os pequenos produtores rurais e os pescadores artesanais em regime de economia familiar; entre outros. (BRASIL, 1991b).

Este regime previdenciário é regulado pela Lei n.º 8.213/1991, denominada Plano de Benefícios da Previdência Social. Nele, os segurados obrigatórios são filiados automática e compulsoriamente. Por sua vez, no que diz respeito aos que não se enquadrem como obrigatórios e não possuam regime próprio de previdência – por força do princípio da universalidade do atendimento – é permitido que se filiem ao RGPS como segurados facultativos. (BRASIL, 1991b; CASTRO; LAZZARI, 2021).

Frisa-se, para fins do presente trabalho monográfico, que a legislação que cuida da previdência social e a que rege o RGPS preveem variadas hipóteses de segurados, de benefícios e de regras, de modo que a análise pormenorizada de cada uma delas foge ao escopo deste estudo – e, portanto, não serão mencionadas.

De acordo com o artigo 12 da Lei n.º 8.212/1991 e com o artigo 11 da Lei n.º 8.213/1991, considera-se segurado obrigatório da Previdência Social a pessoa física que desempenha atividade remunerada, contínua ou eventual, urbana ou rural, com ou sem vínculo empregatício, entre outros. Logo, consideram-se segurados obrigatórios aqueles que devem contribuir compulsoriamente para a previdência social, e, em contrapartida, têm direito à percepção de benefícios pecuniários e à proteção dos serviços de reabilitação profissional e serviço social. (BRASIL, 1991a, 1991b).

Em relação ao segurado obrigatório, Castro e Lazzari (2021, p. 123) consignam que

O segurado obrigatório sempre exerce ao menos uma atividade remunerada, seja com vínculo empregatício, urbano, rural ou doméstico, seja sob regime jurídico público estatutário (desde que não possua regime próprio de previdência social), seja como trabalhador autônomo ou trabalho a este equiparado, trabalhador avulso, empresário ou segurado especial. [...] De acordo com o art. 12 da Lei n. 8.212/1991 e art. 11 da Lei n. 8.213/1991, são segurados obrigatórios da Previdência Social as pessoas físicas classificadas como: empregado, empregado doméstico, contribuinte individual, trabalhador avulso e segurado especial. A partir de 29.11.1999, data da publicação da Lei n. 9.876, de 26.11.1999, o empresário, o trabalhador autônomo e o equiparado a

autônomo passaram a ser classificados numa única espécie de segurados obrigatórios, com a nomenclatura de contribuintes individuais. (Grifo nosso)

Os empregados urbanos e rurais, conforme o artigo 11, inciso I, da Lei n.º 8.213/1991 e o artigo 9º, inciso I do Decreto n.º 3.048/1999, são classificados como segurados empregados. Tais dispositivos dispõem que, aqueles que mantiverem vínculo laboral regulado pela Consolidação das Leis do Trabalho (artigos 2º e 3º), aqueles que trabalharem com ou sem prazo determinado, bem como os empregados rurais, os contratados temporariamente, os agentes públicos sem regime próprio, dentre outras hipóteses, serão considerados como segurados obrigatórios empregados. Ainda de acordo com os artigos supracitados, o empregado doméstico também é considerado segurado obrigatório, definindo-se como tal, segundo Castro e Lazzari (2021, p. 113), aquele que “[...] presta serviços de forma contínua, subordinada, onerosa e pessoal e de finalidade não lucrativa à pessoa ou à família, no âmbito residencial destas, por mais de dois dias por semana”. (BRASIL, 1943, 1991b, 1999a).

A classificação de segurado obrigatório também prevê a hipótese do contribuinte individual, criada pela Lei n.º 9.876/1999, diploma que trata como tal os empresários, os autônomos e os equiparados a autônomo (BRASIL, 1999b). Além disso, o trabalhador avulso também é tido como segurado obrigatório, sendo assim denominado aquele que “presta serviço a várias empresas, sem vínculo de emprego, contratado por sindicatos ou órgãos gestores de mão de obra (art. 11, inciso VI, da Lei n. 8.213/1991)” (CASTRO; LAZZARI, 2021, p. 138).

Por fim, também são considerados como segurados obrigatórios os denominados segurados especiais, que de acordo com o artigo 195, § 8º, da Constituição Federal, são aqueles que possuem uma produção pequena, adquirida por meio de regime de economia familiar e que gera a subsistência da família (BRASIL, 1988).

Demais disso, não se pode deixar de mencionar, também se considera segurado aquele que, mesmo sem desempenhar atividade remunerada, filia-se facultativa e voluntariamente à Previdência Social. Os requisitos necessários para tanto são: idade superior a 16 anos, de acordo com o Decreto n.º 3.048/1999, e não vinculação a qualquer outro regime previdenciário. (BRASIL, 1999a; SANTOS, 2020).

Nos termos da nova redação constitucional dada pela Emenda Constitucional n.º 103/2019, o RGPS deve prestar aos seus beneficiários:

[...]

- a cobertura dos eventos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada;
- a proteção à maternidade, especialmente à gestante;
- a proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;
- o salário-família e o auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;

– a pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o valor de um salário mínimo. (BRASIL, 2019b)

No entanto, em que pese a irrenunciabilidade de tal direito, para que o beneficiário possa gozar de alguma das prestações acima elencadas, é necessário o preenchimento dos seguintes requisitos: 1) seja ele beneficiário (segurado ou dependente), à época do evento; 2) seja o evento a ser coberto previsto na legislação vigente à época do fato; 3) sejam cumpridos os requisitos legais (carência, tempo de contribuição, etc.); e d) a iniciativa do beneficiário em acionar o ente previdenciário administrativa ou judicialmente. (BRASIL, 1991b).

3.3 APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE

A aposentadoria por incapacidade permanente é o benefício previdenciário decorrente da incapacidade laborativa não convalidável. Tal benefício era denominado pela Lei n.º 8.213/1991 como aposentadoria por invalidez, mas, com o advento da EC n.º 103/2019, mais especificamente de acordo com seu artigo 201, inciso I, passou a ser alcunhada de aposentadoria por incapacidade permanente (BRASIL, 1991b, 2019). Para Russomano (1981 *apud* CASTRO; LAZZARI, 2021, p. 713), a aposentadoria por incapacidade permanente “[...] é o benefício decorrente da incapacidade do segurado para o trabalho, sem perspectiva de reabilitação para o exercício de atividade capaz de lhe assegurar subsistência”.

De acordo com o artigo 42 da Lei n.º 8.213/1991, esse benefício previdenciário se configura, perceba ou não o segurado outro benefício por incapacidade, quando cumprida a carência exigida (se for necessário tal cumprimento); restar constatada a incapacidade para atividades laborais; e restar constatada a insuscetibilidade de reabilitação para o desempenho de trabalho que lhe permita a subsistência. Assim, enquanto perdurar tal incapacidade e difícil for a reabilitação profissional, ser-lhe-á devida a aposentadoria por incapacidade permanente. (BRASIL, 1991b).

3.3.1 Verificação da Incapacidade

A aposentadoria por incapacidade permanente será concedida quando verificada a condição de incapacidade, por intermédio da perícia médica realizada pela previdência social, facultando-se ao segurado o acompanhamento de médico particular. Caso tal perícia conclua pela possibilidade de recuperação para qualquer trabalho, conceder-se-á o benefício de auxílio por incapacidade temporária. Em relação a isso Goes (2020, p. 183) preleciona que

A incapacidade para o trabalho insuscetível de reabilitação, em alguns casos, pode ser constatada de imediato pelo médico-perito, em face da gravidade das lesões à integridade física ou mental do indivíduo. No entanto, nem sempre é possível verificar a incapacidade total e definitiva de imediato. Por isso, na maioria das vezes, concede-se inicialmente ao segurado o benefício de auxílio por incapacidade temporária e, posteriormente, concluindo-se pela impossibilidade de retorno à atividade laborativa, transforma-se o benefício inicial em aposentadoria por incapacidade permanente.

O Manual de Perícias Médicas do INSS define invalidez como “[...] incapacidade laborativa total, permanente ou com prazo indefinido, omniprofissional/multiprofissional e insuscetível de recuperação ou reabilitação profissional, em consequência de doença ou acidente” (INSS, 2018, p. 28). Aponta ainda que, ao indicar a aposentadoria por incapacidade permanente, o perito deve se atentar ao grau de gravidade e irreversibilidade da morbidade, à impossibilidade de precisar um período de recuperação, ao reflexo da doença no desempenho do trabalho, bem como à insuscetibilidade para a reabilitação profissional. Tal Manual ainda ressalta a possibilidade de sujeição dos beneficiários de tal aposentadoria às revisões previstas no artigo 46 do Decreto n.º 3.048/1999, nas quais o perito verificará todos os critérios observados quando da indicação desse benefício.

No que tange a essas revisões, Goes (2020, p. 183) consigna:

O segurado aposentado por incapacidade permanente poderá ser convocado a qualquer momento para avaliação das condições que ensejaram o afastamento ou a aposentadoria, concedida judicial ou administrativamente (Lei 8.213/91, art. 43, § 4º). Por isso, o segurado aposentado por incapacidade permanente está obrigado, sob pena de suspensão do benefício, a submeter-se a exame médico a cargo da Previdência Social, processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado e tratamento dispensado gratuitamente [...]. O aposentado por incapacidade permanente que não tenha retornado à atividade também estará isento desses exames nos seguintes casos: (I) após completar 55 anos ou mais de idade e quando decorridos 15 anos da data da concessão da aposentadoria por incapacidade permanente ou do auxílio por incapacidade temporária que a precedeu; ou (II) após completar 60 anos de idade. (Grifo nosso)

Importante ressaltar que o afastamento de todas as atividades laborais é condição para a concessão de aposentadoria por incapacidade permanente. Logo, tal aposentadoria tem caráter provisório, dada a possibilidade de recuperação em alguns casos pontuais.

Acerca dos parâmetros adotados para a avaliação da incapacidade que constitui direito a tal benefício, o STJ estabeleceu critérios relevantes para uma proteção mais abrangente aos segurados em estado de risco. Tais critérios suplantam os impasses postos pelas perícias médicas que não se coadunam com a realidade social do segurado mais vulnerável. Sobre esses critérios, colhe-se da jurisprudência do STJ:

PREVIDENCIÁRIO. AGRAVO REGIMENTAL NO RECURSO ESPECIAL. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. LAUDO PERICIAL CONCLUSIVO PELA INCAPACIDADE PARCIAL DO SEGURADO. NÃO VINCULAÇÃO. CIRCUNSTÂNCIA SÓCIO-ECONÔMICA, PROFISSIONAL E CULTURAL FAVORÁVEL À CONCESSÃO DO BENEFÍCIO. RECURSO DESPROVIDO.

1. Os pleitos previdenciários possuem relevante valor social de proteção ao Trabalhador Segurado da Previdência Social, devendo ser, portanto, julgados sob tal orientação exegética.
2. Para a concessão de aposentadoria por invalidez devem ser considerados outros aspectos relevantes, além dos elencados no art. 42 da Lei 8.213/91, tais como, a condição sócio-econômica, profissional e cultural do segurado.
3. Embora tenha o laudo pericial concluído pela incapacidade parcial do segurado, o Magistrado não fica vinculado à prova pericial, podendo decidir contrário a ela quando houver nos autos outros elementos que assim o convençam, como no presente caso.
4. Em face das limitações impostas pela avançada idade, bem como pelo baixo grau de escolaridade, seria utopia defender a inserção do segurado no concorrido mercado de trabalho, para iniciar uma nova atividade profissional, motivo pelo qual faz jus à concessão de aposentadoria por invalidez.
5. Agravo Regimental do INSS desprovido.
(AgRg no REsp 1055886/PB, Rel. Ministro NAPOLEÃO NUNES MAIA FILHO, QUINTA TURMA, julgado em 01/10/2009, DJe 09/11/2009). (BRASIL, 2009).

Ainda a respeito da avaliação dos aspectos sociais da incapacidade para o trabalho, em orientação firmada pelo STJ, há possibilidade de concessão de aposentadoria por incapacidade permanente mesmo quando o laudo da perícia médica constatar a parcial incapacidade laborativa, pois “[...] devem ser considerados, além dos elementos previstos no art. 42 da Lei n. 8.213/1991, os aspectos socioeconômicos, profissionais e culturais do segurado (AgRg no AREsp 283.029-SP, 2ª Turma, Rel. Min. Humberto Martins, DJe de 15.4.2013)” (BRASIL, 2013b). Assim, mesmo que parcialmente incapaz para o desempenho de atividade laborativa, o segurado em vulnerabilidade social terá direito à aposentadoria em decorrência de tal incapacidade e de tal realidade social. Por conseguinte, o laudo médico-pericial nunca pode ser considerando isoladamente, mas sempre em conjunto com os outros aspectos que permeiam a vida do segurado.

Sobre a análise das condições pessoais e sociais do segurado quando da concessão da aposentadoria por incapacidade permanente, a Turma Nacional de Uniformização do Conselho da Justiça Federal editou as súmulas 47 e 77 que, respectivamente, prescrevem: “Uma vez reconhecida a incapacidade parcial para o trabalho, o juiz deve analisar as condições pessoais e sociais do segurado para a concessão de aposentadoria por invalidez” (BRASIL, 2012a) e “O julgador não é obrigado a analisar as condições pessoais e sociais quando não reconhecer a incapacidade do requerente para a sua atividade habitual” (BRASIL, 2013a).

Levando-se em conta essa conjuntura normativa e jurisprudencial, forçoso concluir que o juiz não pode deixar de avaliar as condições pessoais e sociais do segurado quando da constatação de incapacidade parcial, embora não seja obrigado a fazê-la quando nenhuma incapacidade restar evidenciada.

3.3.2 Carência

De acordo com o artigo 24 da Lei n.º 8.213/1991, “Período de carência é o número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o beneficiário faça jus ao benefício, consideradas a partir do transcurso do primeiro dia dos meses de suas competências” (BRASIL, 1991b). Rocha (2021, p. 155), em comentário a esse dispositivo legal, aponta que “Neste instituto, não é valorado apenas o número de contribuições, mas também um prazo mínimo de vinculação ao sistema, razão pela qual a vontade do segurado não tem o poder de propiciar a aquisição mais célere desse direito”. Percebe-se daí que, em que pese os objetivos mais nobres da previdência social, o instituto da carência pretende proteger o sistema previdenciário, ou seja, o período mínimo de contribuição arrecada recursos financeiros para a manutenção do desse sistema.

Para Castro e Lazzari (2021), são considerados como dia do início da contagem do período de carência: 1) o primeiro dia do mês de filiação ao RGPS para o segurado empregado, o doméstico, o trabalhador avulso e o contribuinte individual (a partir de 2003); e 2) a data de recolhimento da primeira contribuição para o segurado contribuinte individual, o contribuinte individual especial e o facultativo.

Especificamente em relação à aposentadoria por incapacidade permanente, o período de carência a ser cumprido pelo segurado é de 12 contribuições mensais, conforme disposição do artigo 25, inciso I, da Lei n.º 8.213/1991. No entanto, há exceções em que tal período não é exigido, como no caso de incapacidade advinda das doenças contagiosas e incuráveis elencadas no artigo 151 da Lei n.º 8.213/1991 ou dos acidentes de qualquer natureza ou causa. (BRASIL, 1991b).

Ressalta-se que, além da aposentadoria por incapacidade permanente (aposentadoria previdenciária), existe também a aposentadoria acidentária, benefício que não exige período de carência para a concessão, bastando comprovar a qualidade de segurado e o nexos causal entre a incapacidade e a atividade laborativa. De qualquer sorte, esta não é objeto do presente estudo.

3.3.3 Data de início e renda mensal inicial

O artigo 43 da Lei n.º 8.213/1991 estabelece que, quando o auxílio por incapacidade temporária for convertido em aposentadoria por incapacidade permanente, este benefício será devido a partir do dia seguinte ao da cessação daquele. O § 1º do mesmo artigo prevê a data de início da aposentadoria por incapacidade permanente de acordo com o tipo de segurado, a saber:

1) para o segurado empregado (salvo o doméstico), é devida a partir do 16º dia de afastamento do trabalho ou a partir do protocolo do requerimento quando este se der depois do 30º dia de afastamento; e 2) para o segurado empregado doméstico, trabalhador avulso, contribuinte individual, especial, facultativo e intermitente, é devida a partir da data em que a incapacidade iniciou, ou da data de protocolo do requerimento quando este ocorrer depois do 30º dia da incapacidade. (BRASIL, 1991b).

Em qualquer dos casos colacionados acima, o pedido de aposentadoria por incapacidade permanente deve ser protocolado no prazo de 30 (trinta) dias contados da data da incapacidade; pois, caso contrário, ter-se-á por termo inicial a data do requerimento, independentemente da data em que ocorreu a incapacidade. Ainda em relação ao termo inicial de tal benefício, o STJ já esclareceu esse assunto quando editou a súmula 576, que estabelece o seguinte: “Ausente requerimento administrativo no INSS, o termo inicial para a implantação da aposentadoria por invalidez concedida judicialmente será a data da citação válida” (BRASIL, 2016b).

Outrossim, no que respeita ao termo inicial da aposentadoria por incapacidade permanente, é necessário consignar que, quando do requerimento administrativo, o perito-médico deve analisar a saúde do segurado e, a partir do momento em que o juiz se convencer do preenchimento dos requisitos necessários para concessão de tal benefício (aposentadoria negada na via administrativa), é assegurado que se considere como data de início da aludida aposentadoria a data do protocolo do requerimento administrativo. Ou seja, os efeitos da decisão judicial retroagem à data em que o benefício deveria ter sido concedido pelo INSS. Sobre o tema, colhe-se da jurisprudência

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO LEGAL (ART. 557, § 1º, DO CPC). APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. TERMO INICIAL. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. 1. Tendo o expert asseverado que a incapacidade para o labor iniciou-se em momento anterior à perícia, de rigor a fixação do termo inicial da aposentadoria por invalidez na data do requerimento administrativo (25/06/2008), momento em que o demandante reuniu todos os requisitos para a concessão do benefício. 2. Agravo legal parcialmente provido (TRF da 3ª Região, AC 0013610-69.2012.4.03.9999, 9ª Turma, Relator Desembargador Federal Nelson Bernardes, Data de Julgamento: 30.7.2012). (BRASIL, 2012b).

No que tange à renda mensal inicial do aposentado por incapacidade permanente, a Emenda Constitucional (EC) n.º 103/2019 inaugurou algumas mudanças. De acordo com o artigo 26 desta Emenda, o cálculo da renda mensal inicial de tal benefício observará a regra geral, que consiste, em relação ao homem, em 60% do salário benefício³, acrescido de 2% por

³ Segundo Goes (2020, p. 173), “Até que lei discipline o cálculo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social, será utilizada a média aritmética simples dos salários de contribuição, atualizados monetariamente, correspondentes a 100% (cem por cento) do período contributivo desde a competência julho de 1994 ou desde o

ano de contribuição que ultrapassar 20 anos de contribuição; e, em relação à mulher, em 60% do salário benefício, acrescido de 2% por ano de contribuição que ultrapassar 15 anos de contribuição. Configuram exceções a esse cálculo o acidente de trabalho, a doença profissional e a doença do trabalho – hipóteses em que a renda mensal inicial corresponderá a 100% do salário benefício. (BRASIL, 2019b).

Cumprе ressaltar que o supramencionado artigo não limita a renda mensal inicial da aposentadoria por incapacidade permanente a 100% do salário benefício, visto que, por exemplo, um homem que contribuiu por 43 anos auferirá uma renda mensal inicial correspondente a 106% do salário benefício, observado, obviamente, o teto do INSS. (BRASIL, 2019b).

Em comentário a essa redução na renda mensal inicial, que antes da EC n.º 103/2019 era de 100% do salário benefício, Castro e Lazzari (2021) afirmam que tal mudança do cálculo configura perda substancial àquele segurado que se torne permanentemente incapaz para o trabalho.

3.3.4 Cessação

O artigo 46 da Lei n.º 8.213/1991 estabelece que o retorno voluntário ao trabalho do segurado beneficiário da aposentadoria por incapacidade permanente acarreta a cessação automática de tal benefício, visto que, de acordo com o artigo 475 da CLT, a concessão da aludida aposentadoria suspende o contrato de trabalho – e, portanto, a recuperação da capacidade laborativa faz cessar o benefício previdenciário. (BRASIL, 1943; 1991b).

A cessação também poderá ocorrer quando a recuperação da capacidade laborativa restar verificada por meio de análise do perito-médico do INSS, respeitados os procedimentos constantes do artigo 47 da Lei n.º 8.213/1991, que estabelece:

Art. 47. Verificada a recuperação da capacidade de trabalho do aposentado por invalidez, será observado o seguinte procedimento:

I - quando a recuperação ocorrer dentro de 5 (cinco) anos, contados da data do início da aposentadoria por invalidez ou do auxílio-doença que a antecedeu sem interrupção, o benefício cessará:

a) de imediato, para o segurado empregado que tiver direito a retornar à função que desempenhava na empresa quando se aposentou, na forma da legislação trabalhista, valendo como documento, para tal fim, o certificado de capacidade fornecido pela Previdência Social; ou

b) após tantos meses quantos forem os anos de duração do auxílio-doença ou da aposentadoria por invalidez, para os demais segurados;

início da contribuição, se posterior àquela competência (EC 103/2019, art. 26). Essa média será limitada ao valor máximo do salário de contribuição do Regime Geral de Previdência Social (EC 103/2019, art. 26, § 1º). [...] O valor do salário de benefício não será inferior ao de um salário mínimo, nem superior ao limite máximo do salário de contribuição na data de início do benefício (Lei 8.213/91, art. 29, § 2º)”.

II - quando a recuperação for parcial, ou ocorrer após o período do inciso I, ou ainda quando o segurado for declarado apto para o exercício de trabalho diverso do qual habitualmente exercia, a aposentadoria será mantida, sem prejuízo da volta à atividade:

- a) no seu valor integral, durante 6 (seis) meses contados da data em que for verificada a recuperação da capacidade;
- b) com redução de 50% (cinquenta por cento), no período seguinte de 6 (seis) meses;
- c) com redução de 75% (setenta e cinco por cento), também por igual período de 6 (seis) meses, ao término do qual cessará definitivamente. (BRASIL, 1991b).

Ademais, de se destacar que, de acordo com os artigos 46, § 1º, do Decreto n.º 3.048/1999 e 101 da Lei n.º 8.213/1991, o aposentado por incapacidade permanente é obrigado a comparecer, sob pena de suspensão da aposentadoria, aos exames médicos e ao processo de reabilitação profissional custeados pela Previdência Social, bem como a tratamento ofertado gratuitamente pelo sistema público de saúde. Ainda, conforme os artigos 46, *caput*, do Decreto n.º 3.048/1999 e 43, §4º, da Lei n.º 8.213/1991, a revisão da aposentadoria dar-se-á a qualquer tempo e o não comparecimento do segurado também ensejará a suspensão da aposentadoria. No entanto, os artigos 46, § 2º, do Decreto n.º 3.048/1999 e 101, § 1º, da Lei n.º 8213/1991 estabelecem que estão dispensados das revisões aqueles segurados que não retornaram à atividade laborativa após 55 anos de idade completos e quando decorridos 15 anos da concessão da aposentadoria ou do auxílio por incapacidade temporária anterior a ela; ou aqueles que completarem 60 anos de idade. (BRASIL, 1991b, 1999a).

Por sua vez, a Instrução Normativa (IN) n.º 77/2015 do INSS aponta, em seu artigo 223, que “A aposentadoria por invalidez, concedida ou restabelecida por decisão judicial, inclusive os decorrentes de acidente do trabalho, em manutenção, deverá ser revista a cada dois anos, na forma e condições fixadas em ato conjunto com a Procuradoria”. (BRASIL, 2015).

Desse modo, diante dos dispositivos legais supracitados, constata-se o caráter revogável da aposentadoria por incapacidade permanente, visto que a incapacidade, em alguns casos, pode deixar de existir, hipótese em que haverá a cessação do pagamento do aludido benefício previdenciário.

4 DIREITO DO SEGURADO VICIADO EM TÓXICO À APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE

O primeiro capítulo desse trabalho monográfico objetivou retirar da literatura da medicina e da psicologia as características da dependência química que a fazem ser definida como doença crônica, insuscetível de cura. Na mesma oportunidade, dados oficiais foram levantados em relação ao número de dependentes e à taxa de recaída deles.

No segundo capítulo, foram apresentados os principais conceitos de direito e requisitos previdenciários de necessária satisfação para que o segurado tenha direito a benefício por incapacidade, principalmente à aposentadoria por incapacidade permanente. Também, imbricadas às explicações desses conceitos, foram apresentados entendimentos já pacificados na jurisprudência, aplicáveis a casos concretos não controversos.

Tendo-se em uma das mãos as constatações e estudos científicos das literaturas médica e da psicologia especializadas na dependência química, inafastável do ponto de vista científico, e na outra o domínio do lastro jurídico teórico e jurisprudencial que embasa e determina a concessão de aposentadoria por incapacidade permanente, resta, então, conjugar interdisciplinarmente essas ciências para que se chegue a uma conclusão sólida sobre a (im)possibilidade de aposentadoria por incapacidade permanente do viciado em tóxico, especialmente do dependente químico em crack, cocaína e derivados (CID 10 F19).

Vale ressaltar que a autora não encontrou, e crê que inexistente, nenhuma pesquisa com objeto relacionado com o do presente trabalho monográfico, o que significou a necessidade de estudo multifacetado do tema, em busca de uma resposta científica ao problema proposto. Tem-se a certeza de que, ao final do presente capítulo, irromperá conclusão inédita sobre o tema e o objeto, como decorrência dos presentes estudos, seja para confirmar a hipótese, seja para rejeitá-la.

4.1 PARADIGMA ATUAL DO DIREITO À APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE DO SEGURADO VICIADO EM TÓXICO

Atualmente, é consenso que o dependente químico, quando provar sua incapacidade laborativa temporária, sua qualidade de segurado e seu período de 12 meses de carência, terá direito ao benefício de auxílio por incapacidade temporária, previsto no artigo 59 da Lei n.º 8.213/1991 (BRASIL, 1991b). No entanto, sobre isso, Montibeller, Kroisch, Werner e Santos (2019, p. 14) observam que “Infelizmente, a concessão do auxílio-doença para o dependente

químico não é tratada da mesma forma que a concessão para as demais doenças, pois incontáveis vezes o segurado precisa recorrer à via judicial para receber um direito seu, legalmente garantido”.

Se em relação ao auxílio por incapacidade temporária os dependentes químicos ainda encontram percalços para verem satisfeita a concessão do benefício, no que tange à aposentadoria por incapacidade permanente a situação é de maior incerteza, e os sinais de mudança em nível nacional são praticamente nulos.

Para demonstrar tal constatação, colheu-se do site governamental DATAPREV, que compila dados previdenciários de interesse público, a quantidade mensal de auxílios por incapacidade temporária e de aposentadorias por incapacidade permanente concedidos para dependentes químicos, assim definidos como sendo aqueles que são diagnosticados por meio do código CID10 F19 e seguintes, por sofrerem de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (BRASIL, [2021a]). Para melhor demonstração, foram organizados, na tabela abaixo, os benefícios previdenciários concedidos mensalmente para dependentes químicos de dezembro de 2018 a abril de 2021.

Tabela 1 - Benefícios previdenciários concedidos mensalmente a dependentes químicos de dezembro de 2018 a abril de 2021

Período	Aposentadoria por incapacidade permanente	Auxílio por incapacidade temporária
Dezembro de 2018	17	1.155
Janeiro de 2019	37	1.154
Fevereiro de 2019	31	1.382
Março de 2019	47	1.226
Abril de 2019	55	1.279
Mai de 2019	43	1.338
Junho de 2019	31	1.083
Julho de 2019	16	1.197
Agosto de 2019	8	1.278
Setembro de 2019	13	1.152
Outubro de 2019	15	1.350
Novembro de 2019	6	1.111
Dezembro de 2019	6	880
Janeiro de 2020	7	959

Fevereiro de 2020	1	1.182
Março de 2020	1	851
Abril de 2020	3	494
Maio de 2020	1	942
Junho de 2020	1	1.481
Julho de 2020	1	1.631
Agosto de 2020	5	1.350
Setembro de 2020	1	1.440
Outubro de 2020	2	1.430
Novembro de 2020	1	1.256
Dezembro de 2020	1	874
Janeiro de 2021	1	677
Fevereiro 2021	0	851
Março de 2021	2	1.048
Abril de 2021	3	1.005

Fonte: Produzida pela autora com base nos dados do DATAPREV (BRASIL, [2021]).

De acordo com os dados constantes da tabela acima, de se notar que a concessão de aposentadoria por incapacidade permanente é escassa, e, não bastasse isso, está diminuindo. O maior número de concessões deste benefício para dependentes químicos ocorreu em abril de 2019, atingindo a marca de 55. Já em fevereiro do presente ano, nenhuma concessão de aposentadoria por incapacidade permanente em decorrência da dependência química foi registrada. Por outro lado, o auxílio por incapacidade temporária por dependência química, desde dezembro de 2018 até abril deste ano, mantém a média de 1.106 concessões mensais.

O levantamento desses dados demonstra que a concessão do benefício previdenciário por incapacidade permanente não é prática consolidada pela Previdência Social, que tende a conceder, em vez disso, auxílio por incapacidade temporária aos viciados em tóxico, apesar de tal auxílio, se concedido ininterruptamente (o que costuma ser o caso), representar maior custo ao erário – em violação ao princípio constitucional da efetividade da administração pública, para ficar só neste.

Demais disso, a praxe de concessão desse auxílio em vez de aposentadoria por incapacidade permanente demonstra também a relutância do INSS em reconhecer a dependência química como doença que pode, com efeito, incapacitar permanentemente o segurado – sendo esta, inclusive, a regra, conforme a literatura médica e psicológica apresentada

no capítulo anterior (ABREU; VAL; 2013; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015; CORDEIRO; LARANJEIRA; FIGLIE, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993). A bem da verdade, à mesma conclusão que a literatura científica especializada poderia chegar o INSS mediante a mera análise do histórico de concessões do segurado viciado em tóxico, que, na maioria das vezes, recebe já por longos anos auxílio por incapacidade temporária, dada a inexistência de possibilidade de sua reinserção no mercado de trabalho.

Ao que consta da literatura científica, a aposentadoria por incapacidade permanente ampararia o dependente químico no tratamento da doença. É consenso que cada organismo lida diferentemente com uma doença, sendo ineficaz estabelecer um prazo exato de tratamento para todos os dependentes químicos. O INSS não disponibiliza especificamente a média de duração do auxílio por incapacidade temporária para dependentes químicos; porém, de acordo com o Informe de Previdência Social de dezembro de 2020, a duração média dos auxílios por incapacidade temporária, de 2006 a 2019, em decorrência de transtornos mentais e comportamentais (CID-10 F00-F99) – o que inclui os transtornos mentais e comportamentais em decorrência do uso de drogas –, é de 377 (trezentos e setenta e sete) dias. (BRASIL, 2020a).

Portanto, partindo do pressuposto de que a duração de um auxílio por incapacidade temporária ultrapassa 1 (um) ano, levando em conta que a taxa de recaída da dependência química é elevada – tal como, logicamente, a taxa de reinternação –, o que gera prorrogação de tal benefício ou novas concessões, e também que o benefício previdenciário de aposentadoria por incapacidade permanente é revisado a cada 2 anos, conclui-se que não há respaldo científico, estatístico ou mesmo econômico para justificar a maior quantidade de concessão de auxílio por incapacidade temporária em detrimento de aposentadoria por incapacidade permanente.

4.2 DIREITO DO SEGURADO VICIADO EM TÓXICO À APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE COM BASE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, NA LEI 8.213/91 E NO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO

A dependência química vem acometendo muitas pessoas nos últimos tempos, especialmente no que tange às drogas ilícitas. Essa doença é incidente em ambos os sexos (embora predominante no masculino), idades e classes sociais, e coloca em xeque a dignidade do dependente e de sua família, que, na maioria dos casos, busca incansavelmente a cura para esse mal. A procura por um tratamento digno e eficaz perdura por anos a fio, o que torna a família do dependente químico econômica, psicológica e socialmente vulnerável.

Infelizmente, por falta de informação, o assunto ainda é tratado com discriminação e intolerância por grande parte da sociedade, pois o que se vê são as consequências que a dependência química causa ao dependente, à sua família e à sociedade – que vão desde o rompimento dos laços familiares até o cometimento de crimes. O que se observou a partir deste trabalho monográfico é que a maioria das pessoas, e mesmo o INSS, associam a dependência química à falta de caráter, e não a uma doença crônica como define a medicina. A esse respeito, Tuller, Rosa, Polli e Catelan-Mainardes (2009, p. 172) observam que

Dia a dia a ciência vem nos mostrando que o abuso de drogas e a adicção são graves e complexos problemas de saúde; porém uma importante barreira à compreensão da drogadição sob um modelo médico e de saúde é o tremendo estigma associado ao usuário de drogas ou drogadicto. Quando a opinião pública sobre o dependente químico é mais benevolente, considera-o vítima da sua situação social; quando é menos benevolente, a sociedade clama por punições contundentes ao “drogado”. A visão popular mais comum sobre os drogadictos é que são pessoas fracas e más, que não querem levar uma vida norteadada por princípios morais nem controlar seu comportamento e a satisfação de seus desejos. Muitos acham que as pessoas adictas não merecem nem receber tratamento, ou, pior, consideram aquelas que trabalham na prevenção ao abuso de drogas como portadoras de ideologias diferentes do público geral, portanto, igualmente problemáticas e indesejáveis. (Grifo nosso)

O próprio judiciário tem fundamentado a não-concessão de benefício por incapacidade, seja auxílio ou aposentadoria, em falas discriminatórias, que vão de encontro a conceitos médicos-científicos. Nesse sentido, retirou-se do inteiro teor do acórdão n. 0018586-80.2016.4.03.9999, proferido pelo TRF3, o seguinte trecho:

De mais a mais, a dependência de drogas (no caso, ilícitas) pode ser tachada de doença, mas a opção por experimentá-las constitui, antes de tudo, atos conscientes dos segurados, afastando-se esse contexto da própria cobertura trazida pela ideia da previdência social, um sistema de proteção social destinado a cobertura de eventos incertos (não voluntários), denominados contingências ou riscos sociais. [...] É por isso que, a mim me parece, o custo dos atos autodestrutivos do indivíduo não deve, via de regra, ser simplesmente ser repassado aos demais contribuintes do sistema de previdência social, pois no caso a técnica de proteção adequada é a abstenção, o tratamento e o auxílio da família. [...] Em casos como tais, de dependência química (no caso, álcool), a quantia recebida a título de benefício por incapacidade poderá ser destinada à aquisição de mais substâncias, num círculo vicioso que não pode ser custeado pela previdência social. [...] Forçoso é concluir que, sob certa perspectiva, a concessão do benefício pode resultar em inversão de valores. Isso porque concessão de benefício neste caso não prestigia o caráter civilizatório do direito, que **deve premiar as boas ações e punir as más, sobretudo as ilícitas.** Ao Estado lhe cabe prestar o serviço da saúde (artigo 196 da Constituição Federal), porque direito de todos. Mas, a previdência social não é a técnica de proteção social adequada à espécie. Afinal, tal proteção social, baseada na solidariedade legal, não têm como finalidade cobrir eventos incapacitantes gerados pela própria conduta de risco do segurado. A previdência social é destinada a cobrir eventos, contingências, riscos sociais advindos do acaso, das vicissitudes da vida, não dos atos autodestrutivos do indivíduo. (BRASIL, 2017).

Também, ao se pesquisar sobre o vício em tóxicos, constatou-se que, apesar da existência de elevada gama de profissionais especializados no campo da dependência química, o sistema de saúde brasileiro ainda não se encontra preparado para lidar com o grande número

de dependentes que existem. Sendo assim, para dar vazão a essa demanda, a principal forma de tratamento tem sido a internação em comunidades terapêuticas. Contudo, as taxas de recuperação em relação a esse método são baixas, conforme demonstram os índices de recaídas e de reinternações. Sobre isso, Silveira (2013, p. 8) aponta que

É muito fácil ficar longe de uma droga quando você está internado. Uma situação ideal, protegida. O difícil é não usar a droga quando está enfrentando seus problemas, o chefe que te enche a paciência, a mulher que te deixa nervoso, o filho que te dá problema. Na hora da volta para os problemas do dia a dia é que as pessoas recaem. É por isso que se preconiza que o processo de deixar a droga deve ser feito com o indivíduo levando sua vida normalmente. É muito artificial o modelo de internações.

De mais a mais, cumpre destacar que a droga tem protagonismo na vida de um dependente químico, e, para tornar possível a recuperação, é imprescindível um tratamento duradouro e adequado. Ressalta-se também que o tratamento causa sofrimentos ao dependente e à família, visto que a abstinência causa dores físicas e psíquicas. Nesse aspecto, é fundamental que o Estado brasileiro, em meio a todo esse caos causado pelas drogas, se adeque para lidar com a dependência química, seja colocando em prática ou ampliando as políticas públicas já existentes, seja criando outras, mais efetivas.

No plano normativo maior, a Constituição Federal ampara os dependentes químicos e obriga o Estado por meio dos direitos e garantias fundamentais, como o direito à vida, à saúde e à previdência social. Esses direitos visam à prevenção da vulnerabilidade que é causada pela dependência química.

No entanto, muitas falhas vêm sendo detectadas em relação à obrigação do Estado em tornar possível o exercício de tais direitos pelos dependentes químicos, a exemplo da falta de efetividade ou de precária execução dos tratamentos ofertados pelo sistema público de saúde. Tal deficiência da máquina pública faz com que os dependentes químicos recorram a um tratamento atrás do outro, o que perdura anos e torna mais distante a recuperação, pois, “Em geral, os tratamentos assumem a forma de sanção e por isso seu caráter terapêutico não é alcançado e acarreta elevadas taxas de recaída” (SILVA; MOLL; VENTURA, 2018, p. 120).

Reitera-se: a Constituição Federal prescreve que o Estado tem o dever de tornar acessível para todos os cidadãos o exercício do direito à saúde. No entanto, o que se constata, na prática, são profissionais despreparados para a lida com os dependentes químicos, o que gera falhas na garantia desse direito. Aliás, a violação ao aludido direito se dá antes mesmo do próprio diagnóstico em dependência química, porquanto a realidade demonstra que a deficiência de ações preventivas ao consumo de drogas não apenas expõe as pessoas à dependência química e à outras doenças que dela se desencadeiam como também violam seu direito à dignidade (SILVA; MOLL; VENTURA, 2018).

Ainda em relação a isso, afirma-se que

[...] evidenciou-se uma gama de violações dos direitos humanos cometidas em nome do controle do uso e do tratamento de pessoas que são dependentes de substâncias psicoativas. A elaboração de políticas públicas e legislações que visem a redução da oferta e da procura de drogas são elementos que colaboram para a solução deste problema que representa uma séria ameaça à saúde pública. (SILVA; MOLL; VENTURA, 2018, p. 120).

Assim, sendo evidente que a Constituição Federal tutela o direito à vida (artigo 5º, *caput*), o direito à saúde (artigo 6º) e o direito à previdência social (artigo 6º), tendo como inafastável fundamento valorativo a dignidade da pessoa humana, que impõe o dever de respeito a esses direitos independentemente de quem seja o sujeito, de se concluir que a Lei Maior confere pesado lastro normativo em favor do direito à aposentadoria por incapacidade permanente ao dependente químico. Resta, pois, para que se possa chegar a uma conclusão categórica quanto à tutela normativa sistemática, ou não, de tal direito pelo ordenamento jurídico, analisar como a Lei n.º 8.213/91 e o Código Civil se aplicam no caso. (BRASIL, 1988).

Não bastasse isso, a Carta Magna é transparente quando regula a previdência social, estabelecendo em seu artigo 201, inciso I, que os eventos de incapacidade permanente para o trabalho restarão cobertos. (BRASIL, 1988). No entanto, nem a Constituição Federal nem a Lei n.º 8.213/1991, trazem um rol de quais doenças são consideradas permanentemente incapacitantes. Por isso, quando uma pessoa é diagnosticada como dependente química, doença reconhecida como crônica pelo CID-10 e pelo DSM-V, levando-se em consideração a ineficácia ou a má execução dos tratamentos ofertados pelo Estado, é de se considerar seu direito à aposentadoria por incapacidade permanente, se preenchidos os requisitos para o recebimento de tal benefício.

Por sua vez, a Lei n.º 8.213/1991 também dá respaldo à aposentadoria por incapacidade permanente do dependente químico, ainda que genericamente. Conforme conceituada no capítulo anterior, a aposentadoria por incapacidade permanente será devida, nos termos do artigo 42 da aludida Lei, quando comprovada a qualidade de segurado, cumprido o período de carência de 12 meses e atestada a incapacidade insusceptível de reabilitação por meio de perícia médica a cargo da Previdência Social (BRASIL, 1991b). Desse modo, quando dependente químico for segurado, tiver 12 meses de carência e for considerado incapaz insusceptível de reabilitação, deverá ser concedida a ele a aposentadoria por incapacidade permanente, para que seu tratamento seja prioridade em sua vida, dure o tempo que durar.

Logicamente, é melhor uma aposentadoria que dure 5 anos do que vários auxílios por incapacidade temporária prorrogados sucessivamente, visto que a aposentadoria garantirá a estabilidade para o tratamento do dependente químico e o sustento para sua família. Por outro

lado, o auxílio por incapacidade temporária, por ter prazo determinado, deixa o dependente químico à mercê de uma nova perícia médica e, quando não prorrogado, obriga o dependente a abandonar o tratamento, porque nem ele, nem sua família, na maioria dos casos, têm subsídios para prover particularmente tal tratamento, além de sua subsistência.

Assim, um novo ciclo se inicia: tentativa de ressocialização, recaída, procura por tratamento, agendamento de perícia no INSS e concessão de auxílio por incapacidade temporária. Percebe-se daí que, tendo-se a Constituição Federal como norte principiológico, o estado de coisas de fato e de direito perpetrado pela concessão do auxílio por incapacidade temporária viola os direitos constitucionais à saúde, à dignidade da pessoa humana e o comando programático de prestação de previdência social ao povo.

Além disso, o artigo, 4º, inciso II, do Código Civil, estabelece que o viciado em tóxico é relativamente incapaz para determinados atos civis ou a forma de exercício deles. Logo, tal dispositivo legal também serve de fundamento para a concessão do benefício de aposentadoria por incapacidade permanente do dependente químico, pois considera como incapacitante, ainda que relativamente, a sua condição (BRASIL, 2002).

Nem a legislação, nem a jurisprudência são transparentes em termos práticos em relação ao direito previdenciário do viciado em tóxico. Enquanto não exsurtem critérios legais e jurisprudenciais mais específicos sobre o tema, cumpre ao INSS e ao judiciário cuidados para que o benefício por incapacidade seja recebido e administrado devidamente (no mais das vezes, por um membro da família), impedindo que a quantia sirva de financiamento ao vício, e fazendo com que seja investida no tratamento e ressocialização do viciado, bem como no seu sustento e de sua família.

Assim, por via administrativa ou judicial, com base no laudo médico e nas circunstâncias da vida do segurado que evidenciam sua incapacidade laboral, o perito ou o juiz, reconhecendo que o segurado não tem capacidade para os atos da vida civil – declaração que se limita aos efeitos previdenciários decorrentes do requerimento administrativo ou da ação –, deverá velar pela função precípua do benefício previdenciário (sustento do segurado e de seus dependentes) e nomear um curador para administrar a pecúnia.

Em que pese o lastro legal que respalda aposentadoria por incapacidade permanente ao dependente químico – ainda que implicitamente – calcado na Constituição Federal, na Lei n.º 8.213/1991 e no Código Civil, há quem defenda a elaboração de uma legislação específica para regular o direito previdenciário do dependente químico. Tal legislação se justificaria no aumento exponencial de dependentes químicos e de concessões de auxílios por incapacidade temporária para eles, e teria como finalidade a implementação e fiscalização dos benefícios

previdenciários concedidos aos toxicômanos, para que a pecúnia fosse realmente investida na reabilitação. Sobre isso, Fonseca e Santos (2015, p. 2) observam que “[...] é necessária legislação específica disciplinando o tema. Determinando o momento de concessão do benefício, e suas especificidades. Questionando, ainda se seria o caso de várias prorrogações do benefício de auxílio-doença ou até mesmo a concessão de aposentadoria por invalidez”.

A despeito disso, conforme afirmado, as normas constitucionais existentes operam com plena eficácia desde já, sendo também já normativamente suficiente o estofo normativo conferido pela Lei n.º 8213/1991 e pelo Código Civil para a tutela do dependente químico à aposentadoria por incapacidade permanente. Ou seja, mesmo que houvesse a necessidade de melhor regulação desse direito, como asseveram Fonseca e Santos, não há como o Estado se furtar – quer pela via administrativa, quer pela via judicial – à tutela deste direito.

A aposentadoria por incapacidade permanente objetiva financiar o tratamento da dependência química, restabelecer a dignidade humana e recuperar o que foi arruinado pelas drogas, evitando que o dependente químico se torne extremamente vulnerável. Noutras palavras, o benefício configura verdadeira verba alimentar, imprescindível ao tratamento, visto que supre as necessidades mínimas, sem as quais a restauração se torna inalcançável. Destarte, conforme já dito, a não concessão deste benefício macula a dignidade da pessoa humana.

Ademais, a despeito do caráter personalíssimo da aposentadoria por incapacidade permanente, não se pode olvidar que a família do dependente também é assistida por esse benefício, visto que, por vezes, se expõe a vulnerabilidade para prover o tratamento de seu ente querido. Assim, quando o segurado dependente químico se torna beneficiário dessa prestação previdenciária, todo o grupo familiar se beneficia, pois o tratamento estará garantido, bem como o sustento do lar. Sobre isso, Montibeller, Kroisch, Werner e Santos (2019, p. 11), apontam que

Ao destacar-se o papel do Estado em relação às pessoas que são dependentes químicas, cabe mencionar que a dependência de psicotrópicos é considerada como doença progressiva, incurável e, muitas vezes, fatal, que debilita a pessoa em todos os aspectos, tornando doente não somente o usuário, bem como, toda a família, levando os envolvidos a uma situação de marginalização e vulnerabilidade. No entanto, diante da possibilidade do tratamento, e que este seja concretizado, é necessário que haja a intervenção e o auxílio estatal.

Finalmente, pois, verifica-se, com base na correta, sistemática e conjugada interpretação de todos os elementos esmiuçados, que, quando o dependente químico preencher todos os requisitos previstos na legislação vigente, terá ele direito a aposentadoria por incapacidade permanente.

4.2.1 Requisitos preenchidos para a concessão do benefício com base no histórico do segurado

Com base nas taxas de recaída expostas no primeiro capítulo do presente trabalho monográfico (vide seção 2.3.3) e conhecendo o procedimento de concessão de benefícios previdenciários, de se compreender a tabela exposta na seção anterior, em que o índice de concessão de auxílio por incapacidade temporária é muito maior do que o índice de concessão por aposentadoria por incapacidade permanente. Ora, do primeiro afastamento do trabalho para o tratamento da dependência química até o último afastamento, o procedimento será o mesmo: o segurado faz o requerimento administrativo requerendo a concessão de algum dos benefícios por incapacidade, a perícia-médica é marcada, por precaução o segurado comparece à perícia portando os atestados médicos antecedentes, o atual e também o comprovante de internação em comunidade terapêutica ou de algum outro tratamento, o perito recomenda a concessão do auxílio por incapacidade temporária e o mesmo ciclo se reinicia.

Isso não deve prosperar. Análise dos dados previdenciários armazenados e disponibilizados no portal MEUINSS cotejada com uma simples análise do histórico de concessões do segurado dependente químico que recorrentemente tem seu auxílio por incapacidade temporária deferido faz chegar-se à inafastável conclusão pela ineficácia e ilegitimidade deste último quando comparado com a aposentadoria por incapacidade permanente.

A concessão da aposentadoria por incapacidade permanente ao dependente químico com base no seu histórico, portanto, faz-se necessária quando por anos a fio o auxílio por incapacidade temporária vem sendo prorrogado ou quando o segurado vem a perceber tal benefício de tempos em tempos com curtos intervalos. Isso significaria maior eficácia ao tratamento da própria doença, despreocupação da família em prover o sustento e o tratamento do segurado e economia ao erário.

4.2.2 Renda mensal inicial do auxílio por incapacidade temporária vs. renda mensal inicial da aposentadoria por incapacidade permanente: relação de custo-benefício ao erário

A Emenda Constitucional n.º 103/2019 inaugurou muitas mudanças no âmbito previdenciário. Antes de seu advento, a renda mensal inicial da aposentadoria por incapacidade permanente era de 100% do salário de benefício. No entanto, após a aludida reforma

previdenciária, a renda mensal inicial passou a equivaler a 60% do salário de benefício, o qual poderá ser acrescido em 2% a cada 1 ano de contribuição que exceder 20 anos de contribuição no caso do homem, ou 15 anos de contribuição no caso da mulher.

Em relação ao auxílio por incapacidade temporária, antigo auxílio-doença, a mencionada emenda constitucional não estabeleceu nenhuma mudança quanto a renda mensal inicial. Tal renda, de acordo com o artigo 29, § 10, da Lei n.º 8.213/1991, corresponde a 91% do salário de benefício.

O salário de benefício da aposentadoria por incapacidade permanente e do auxílio por incapacidade temporária, estes requeridos após a EC n.º 103/2019, corresponderá a 100% das contribuições desde a competência julho de 1994, ou desde o início da contribuição, se posterior àquela competência. Ou seja, calcular-se-á, por meio de média aritmética simples, todo o período de contribuição e seus respectivos valores de contribuição (soma-se todos os valores contribuídos e divide-se pelo número de meses contribuídos).

Portanto, com base nessas informações, sabendo que a maioria dos usuários de drogas são homens entre 25 e 34 anos (BRASIL, 2017) e considerando a alta taxa de recaídas da dependência química, de se concluir que o custo-benefício ao erário é melhor quando da concessão de aposentadoria por incapacidade permanente do que quando da concessão de auxílio por incapacidade temporária.

Por exemplo, um segurado com 18 anos de contribuição e com salário de benefício de R\$ 6.433,57 (teto atual da previdência social) que estiver em gozo de seu quarto auxílio por incapacidade temporária em decorrência de diagnóstico de dependência química, que, como visto na seção 4.2, tem, em média, 377 dias de duração, fará jus, assim como nos três primeiros auxílios que recebeu, a 91% de seu salário de benefício, ou seja, R\$ 5.854, 54. No entanto, se, quando do requerimento do segundo ou do terceiro auxílio por incapacidade temporária, o perito médico do INSS tivesse analisado o histórico de concessões, bem como as circunstâncias da vida do segurado, observaria que ele estaria apto a perceber aposentadoria por incapacidade permanente, que tem a renda mensal inicial fixada em 60% do salário de benefício, de modo que o segurado iria receberia R\$ 3.860,14.

Obviamente, este raciocínio não se aplica aos segurados que percebem 1 salário mínimo de benefício, visto que, com exceção do auxílio-acidente, nenhum outro benefício previdenciário pode ser inferior a tal monta.

Para melhor elucidar a mencionada economia, confeccionou-se a tabela abaixo.

Tabela 2 - Comparação entre a RMI da aposentadoria por incapacidade permanente e o auxílio por incapacidade temporária

Período de contribuição (anos)	RMI da aposentadoria por incapacidade permanente	RMI do auxílio por incapacidade temporária
1 a 20	60%	91%
21	62%	91%
22	64%	91%
23	66%	91%
24	68%	91%
25	70%	91%
26	72%	91%
27	74%	91%
28	76%	91%
29	78%	91%
30	80%	91%
31	82%	91%
32	84%	91%
33	86%	91%
34	88%	91%
35	90%	91%
36	92%	91%
37	94%	91%
38	96%	91%
39	98%	91%
40	100%	91%
41	102%	91%
42	104%	91%
43	106%	91%
44	108%	91%
45	110%	91%
46	112%	91%
47	114%	91%
48	116%	91%
49	118%	91%

Fonte: Elaborada pela autora com base na Lei n.º 8.213/1991 (BRASIL, 1991b).

Logo, de acordo com os números expostos na tabela, de se perceber que a economia não seria plena. No entanto, seria considerável, visto que, de 1 a 20 anos de contribuição, haveria uma evidente economia, e de 21 a 35 anos de contribuição, também há economia, que conforme maior o período de contribuição, diminui linearmente.

Para melhor elucidação, demonstrar-se-á, com base em um valor exemplificativo, na tabela detalhada abaixo, a vantagem econômica obtida com a concessão de aposentadoria por incapacidade permanente. Mas, antes disso, ressalta-se que, por considerar que, legalmente, uma pessoa começa a trabalhar com 16 anos, considerou-se o período de contribuição máximo de 49 anos para fins de aposentadoria por incapacidade permanente, visto que uma pessoa que começou a trabalhar aos 16 e conta com 49 anos de contribuição deverá se aposentar por idade.

Tabela 3 - Comparação entre a RMI da aposentadoria por incapacidade permanente e a RMI do auxílio por incapacidade temporária com base em um salário de benefício exemplificativo

Período de contribuição (anos)	RMI da aposentadoria por incapacidade permanente com base no salário de benefício de R\$ 3.400,00	RMI do auxílio por incapacidade temporária com base no salário de benefício de R\$ 3.400,00
1 a 20	60% = 2.040,00	91% = 3.094,00
21	62% = 2.108,00	91% = 3.094,00
22	64% = 2.176,00	91% = 3.094,00
23	66% = 2.244,00	91% = 3.094,00
24	68% = 2.312,00	91% = 3.094,00
25	70% = 2.380,00	91% = 3.094,00
26	72% = 2.448,00	91% = 3.094,00
27	74% = 2.516,00	91% = 3.094,00
28	76% = 2.584,00	91% = 3.094,00
29	78% = 2.652,00	91% = 3.094,00
30	80% = 2.720,00	91% = 3.094,00
31	82% = 2.788,00	91% = 3.094,00
32	84% = 2.856,00	91% = 3.094,00
33	86% = 2.924,00	91% = 3.094,00
34	88% = 2.992,00	91% = 3.094,00
35	90% = 3.060,00	91% = 3.094,00
36	92% = 3.128,00	91% = 3.094,00

37	94% = 3.196,00	91% = 3.094,00
38	96% = 3.264,00	91% = 3.094,00
39	98% = 3.332,00	91% = 3.094,00
40	100% = 3.400,00	91% = 3.094,00
41	102% = 3.468,00	91% = 3.094,00
42	104% = 3.536,00	91% = 3.094,00
43	106% = 3.604,00	91% = 3.094,00
44	108% = 3.672,00	91% = 3.094,00
45	110% = 3.740,00	91% = 3.094,00
46	112% = 3.808,00	91% = 3.094,00
47	114% = 3.876,00	91% = 3.094,00
48	116% = 3.944,00	91% = 3.094,00
49	118% = 4.012,00	91% = 3.094,00
Total	R\$ 129.540,00	R\$ 151.606,00
Total economizado	R\$ 22.066,00	

Fonte: Elaborada pela autora com base na Lei n.º 8.213/1991 (BRASIL, 1991b).

De acordo com os números expostos, tendo por base um salário de benefício exemplificativo, observa-se uma economia considerável. No entanto, por menor que fosse a economia, representaria já o benefício aos cofres públicos da adoção da medida.

Assim, considerando-se que o auxílio por incapacidade temporária dura em média 377 dias e somando isso a elevada taxa de recaída do dependente químico, o que gera a prorrogação do benefício ou sua nova concessão (por outros 377 dias), e considerando-se ainda que a aposentadoria por incapacidade permanente é revisada a cada 2 anos, conclui-se que é mais econômica ao erário a concessão do benefício de aposentadoria por incapacidade permanente, sem prejuízo das demais razões normativas de concessão.

4.3 DIREITO DO SEGURADO VICIADO EM TÓXICO À APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE COM BASE EM PRECEDENTES JUDICIAIS

Referendando a tutela da legislação à aposentadoria por incapacidade permanente do viciado em tóxico, existem, no Poder Judiciário, alguns poucos julgados que reconheceram tal direito, ainda que não apresentem – infelizmente, até o momento – sinais de efetiva evolução e de formação de jurisprudência sobre a matéria. Inclusive, foi a parca existência desses julgados,

que não chegam a formar jurisprudência pacífica quanto ao tema, uma das razões essenciais que demonstraram a necessidade de que fosse realizado o presente estudo.

De qualquer sorte, há relevância na apresentação dessas decisões, que, com o devido rigor normativo, analisaram, muitas vezes, pelos prismas corretos o direito à aposentadoria por incapacidade permanente do viciado em tóxico, ou fundamentos equivalentes àqueles essenciais para a sua concessão; sendo que as primeiras delas trataram da concessão do benefício a indivíduo equiparado a este pelo Código Civil de 2002: o ébrio habitual.

Colacionam-se, primeiramente, as ementas destas, *in verbis*:

PREVIDENCIÁRIO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. SINDROME DE DEPENDENCIA DO ALCOOL. INCAPACIDADE DEFINITIVA. CONCESSÃO. 1. O ALCOOLISMO E RECONHECIDO PELA MEDICINA COMO PATOLOGIA GRAVE, E DE CARATER EVOLUTIVO, TENDENTE A CRONIFICAR-SE. 2. COMPROVADA A EXISTENCIA DO MAL INCAPACITANTE, E DE SER DEFERIDO O BENEFÍCIO. 3. CORREÇÃO MONETARIA NA FORMA DA SUMULA 71, DO TFR, ATÉ A DATA DO AJUIZAMENTO E, A PARTIR DAI, DE ACORDO COM A LEI N. 6899-81. 4. APELAÇÃO DA AUTARQUIA IMPROVIDA, RECURSO DO AUTOR PARCIALMENTE PROVIDO. (BRASIL, 1994, grifo nosso).

PREVIDENCIÁRIO, APOSENTADORIA POR INVALIDEZ, LAUDO PERICIAL, SINDROME DE DEPENDENCIA DO ALCOOL, INCAPACIDADE DEFINITIVA, CONCESSÃO. 1 - COMPROVADA POR PERÍCIA JUDICIAL, A INCAPACIDADE TOTAL E DEFINITIVA DO SEGURADO PARA O TRABALHO E DE SER DEFERIDA A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. 2 - O LAUDO NEGATIVO DO ASSISTENTE-TECNICO DO AUTOR EM NADA PREJUDICA O BEM ELABORADO LAUDO DO SR. VISTOR OFICIAL, VISTO, QUE, O MESMO E EQUIDISTANTE DOS INTERESSES DAS PARTES, OFERECENDO ELEMENTOS APTOS A COMPROVAÇÃO DO ESTADO DEBILITADO EM QUE O SEGURADO SE ENCONTRA. 3 - O ALCOOLISMO E RECONHECIDO PELA MEDICINA COMO PATOLOGIA GRAVE, TENDENTE A CRONIFICAR-SER. 4 - APELAÇÃO IMPROVIDA. (BRASIL, 1996).

PREVIDENCIÁRIO. AUXÍLIO-DOENÇA. RESTABELECIMENTO. INCAPACIDADE PARCIAL PARA EXERCER ATIVIDADES QUE EXIJAM ESFORÇO FÍSICO. LAUDOS DIVERGENTES. SENTENÇA PROCEDENTE EM PARTE. TERMO INICIAL. CUSTAS PROCESSUAIS. SUM-20/TRF4R. Se concede a aposentadoria por invalidez, quando o segurado que teve suspenso o auxílio-doença, embora com incapacidade parcial, possuindo a profissão de pedreiro e contando com baixo nível cultural e com cinquenta anos de idade, não pode exercer atividade que exija grande esforço físico, inexistindo, segundo o perito, indicação de possibilidade de reabilitação profissional. Se o segurado não tarda em propor a ação e o laudo constata a incapacidade parcial para o trabalho, o termo inicial do benefício deve ser o da data da cessação, e não o do laudo, pois neste ficou assentado que a incapacidade é anterior à perícia. Quando há divergência entre o laudo do perito oficial e o do assistente técnico, deve prevalecer a conclusão do primeiro, que atua sem comprometimento com as partes, a não ser que o laudo do assistente seja tecnicamente superior e venha amparado por outros elementos de prova, o que não é o caso dos autos. "O ART-8, PAR-1, da LEI-8620/93 não isenta o INSS das custas judiciais, quando demandado na Justiça Estadual." (SUM-20/TRF4R). (BRASIL, 1997).

PREVIDENCIÁRIO: APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. RESTABELECIMENTO. ALCOOLISMO. MOLÉSTIA INCAPACITANTE. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. 1 - O ALCOOLISMO É RECONHECIDO PELA MEDICINA COMO PATOLOGIA INCAPACITANTE DE NATUREZA

CRÔNICA E DE CARÁTER PROGRESSIVO. 2 - COMPROVADA A INCAPACIDADE TOTAL E PERMANENTE DO AUTOR, A PROCEDÊNCIA DA AÇÃO ERA DE RIGOR. 3 - OS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SÃO DEVIDOS PELO SUCUMBENTE E DEVEM SER FIXADOS EM 15% SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO. 4 - RECURSO DO INSS IMPROVIDO. PROVIDO O RECURSO ADESIVO DO AUTOR. (BRASIL, 1998).

PREVIDENCIÁRIO. CONCESSÃO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. INCAPACIDADE DEFINITIVA E PERMANENTE. ALCOOLISMO. - Sendo constatada, pericialmente, a incapacidade definitiva e permanente do segurado, sem chance de reabilitação para o trabalho, correta a sentença que concedeu o benefício da aposentadoria por invalidez. - Constatado pelo laudo que a incapacidade laboral é decorrente de alcoolismo crônico, a jurisprudência vem acolhendo a tese de que é possível a concessão de aposentadoria por invalidez. (BRASIL, 2002).

Diante das ementas acima citadas, de se perfilhar que, por serem considerados os benefícios previdenciários verbas alimentares, é de suma importância a análise profunda de cada caso concreto, a fim de que não seja injustiçado o alcoolista, no caso, ou dependente químico ao não receber nenhum benefício ou ao receber benefício diverso ao que faz jus.

Os julgados colacionados acima, apesar de remotos – 1994, 1996, 1997, 1998 e 2002 – ainda servem de paradigma aos precedentes atuais relacionados com o tema.

Não obstante, conforme a ementa a seguir exposta, em 2013, um segurado do INSS, postulou em juízo o restabelecimento de aposentadoria por invalidez, alegando ser acometido por transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de múltiplas drogas, o que foi confirmado em perícia médica. O juízo de primeiro grau não restabeleceu o benefício, sob o fundamento de que o laudo pericial não atestou incapacidade laboral, mas somente recomendou o afastamento por motivos profiláticos, visto que o segurado não seguia tratamento regular e, por isso, ocasionaria risco aos colegas de trabalho.

Em segundo grau, o acórdão, lavrado em 2016, não foi unânime em acolher e dar provimento ao apelo do segurado. O Relator, Desembargador Federal Marcelo de Nardi, votou no sentido de manter a sentença por seus próprios fundamentos. Por outro lado, o Desembargador Federal Paulo Afonso Brum Vaz, apresentou voto divergente, no qual, em atenção integral a toda a história de vida do segurado, decidiu pelo restabelecimento do benefício da aposentadoria por incapacidade permanente. Por sua vez, o Des. Rogério Favreto, em voto-vista, decidiu acompanhar a divergência inaugurada pelo Des. Paulo Afonso Brum Vaz. Também votaram nesse sentido o Desembargador Federal João Batista Pinto Silveira e a Juíza Taís Schilling Ferraz. Assim, a apelação do segurado, por maioria dos votos, foi provida, e o restabelecimento da aposentadoria por invalidez foi implantado (BRASIL, 2016d).

Sobre o julgado em comento, segue a ementa:

PREVIDENCIÁRIO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. RESTABELECIMENTO. Diante da necessidade de assegurar a adequada proteção

previdenciária ao demandante, inclusive para viabilizar o acesso aos recursos terapêuticos necessários, bem como a própria integridade dos colegas de trabalho, é de rigor o restabelecimento da aposentadoria por invalidez desde a data do indevido cancelamento. (BRASIL, 2016d).

Ainda no ano de 2016, por meio do acórdão de n.º 5009307-54.2014.4.04.7112, o Desembargador Federal Paulo Afonso Brum Vaz, em decisão que implementou a concessão de auxílio por incapacidade temporária, e não de aposentadoria por incapacidade permanente, foi cirúrgico em reformar sentença que não concedeu nenhum dos dois benefícios, tendo sido justificada no alegado motivo de que o laudo pericial não atestava nenhum tipo de incapacidade. (BRASIL, 2016c).

Nas palavras do mencionado desembargador, o caráter da incapacidade do segurado deve ser analisado de acordo com as particularidades do caso concreto, visto que algumas circunstâncias influenciam na constatação de tal incapacidade, a exemplo do contexto socioeconômico em que o segurado é inserido, da faixa etária etc. Por isso, para prolatar decisão, fez uma análise minuciosa do caso concreto, na qual concluiu que, apesar do laudo pericial atestar que – sob o ponto de vista psiquiátrico – o segurado não apresentava incapacidade laboral, o juízo não deve se limitar às conclusões de tal laudo. (BRASIL, 2016c).

Em relação a isso, segue excerto do inteiro teor do mencionado acórdão:

Não obstante as considerações esposadas pelo expert, entendo que o juízo não está adstrito às conclusões do laudo médico pericial, nos termos do artigo 479 do NCPC (Art. 479. O juiz apreciará a prova pericial de acordo com o disposto no art. 371, indicando na sentença os motivos que o levaram a considerar ou a deixar de considerar as conclusões do laudo, levando em conta o método utilizado pelo perito), podendo discordar, fundamentadamente, das conclusões do perito em razão dos demais elementos probatórios coligidos aos autos, inclusive os aspectos socioeconômicos, profissionais e culturais do segurado, ainda que o laudo pericial apenas tenha concluído pela sua incapacidade parcial para o trabalho (AgRg no AREsp 35.668/SP, Rel. Ministro NEFI CORDEIRO, SEXTA TURMA, DJe 20-02-2015). Assim, tendo a perícia certificado a existência da patologia alegada pela parte autora, o juízo de incapacidade pode ser determinado, sem sombra de dúvidas, pelas regras da experiência do magistrado, consoante preclara disposição do artigo 375 do NCPC (O juiz aplicará as regras de experiência comum subministradas pela observação do que ordinariamente acontece e, ainda, as regras de experiência técnica, ressalvado, quanto a estas, o exame pericial.). (BRASIL, 2016c).

Seguindo a análise deste acórdão, que em muito corrobora para a hipótese inicialmente levantada por este trabalho monográfico, destrincha-se o conceito de incapacidade definido pela OMS nele colacionado. *In verbis*:

"Incapacidade, genericamente falando, é a resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades ou da participação (CIF/OMS, 2004). A incapacidade pode ser operacionalmente definida como debilidades não compensadas do indivíduo frente às exigências do trabalho, sempre tendo em mente que debilidade e incapacidade não são apenas uma consequência das condições de saúde/doença, mas são determinadas, também, pelo

contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e legislação (CIF/OMS, 2004)." (TREZUB, Cláudio José. Fundamentos para a perícia médica judicial previdenciária. Curso de Perícia Judicial Previdenciária/coordenação de José Antonio Savaris. Curitiba: Alteridade Editora, 2014. p. 168). (BRASIL, 2016c).

O desembargador é pontual em expressar que o juízo deve ser pragmático quando da análise das circunstâncias e provas constantes dos autos, pois só assim o Estado cumprirá seu dever constitucional de proteção social de uma forma mais célere. Noutras palavras “[...] um raciocínio filosófico pragmático autoriza, a partir de uma boa ‘inquirição’, a recursividade às ‘evidências’. As circunstâncias do caso precisam ser levadas em conta” (BRASIL, 2016c).

No mesmo acórdão, o desembargador faz uma sugestão às perícias-médicas previdenciárias, expressando que deveriam perfazer uma avaliação completa da vida do segurado, para checar a manutenção de sua vida e de sua subsistência digna, rechaçando o caráter perfunctório do procedimento atual das perícias do INSS. (BRASIL, 2016c).

A decisão traz ainda uma crítica ao funcionamento do judiciário, o qual se transcreve abaixo:

Na prática, convivemos com o raciocínio fingido, expressão cunhada por Susan Haack, uma forma rematada de cinismo. Nem o juiz, nem seus auxiliares, como o perito judicial, buscam descobrir as coisas como verdadeiramente são. Não importa onde a busca os levará, mas buscam suporte para uma proposição com a qual eles já estão comprometidos e que não é negociável. Não se interessam por desconstituir seus preconceitos, seus prejuízos, seus comprometimentos anteriores e inamovíveis com a proposição que tentam defender. Não se interessam pela coisa como ela é. (BRASIL, 2016c).

Por fim, ainda no que tange ao supracitado acórdão, o Desembargador consigna que, quando a ciência médica não é clara em relação ao real estado de saúde do segurado, o juízo deve decidir com base no princípio do *in dubio pro misero*, pois o que se persegue com a judicialização da proteção social, é a própria proteção social. Assim, concluiu pela concessão do auxílio-doença ao segurado com base no aludido princípio e na tutela da vida, da saúde e da dignidade da pessoa humana. (BRASIL, 2016c).

Para fundamentar estes argumentos, utilizou-se das palavras de João Batista Lazzari, que preleciona:

[...] não há razão para gerar proteção ao sujeito passivo – como, certas vezes, acontece em matéria de discussões jurídicas sobre o direito dos beneficiários do sistema a determinado reajuste ou revisão de renda mensal, por dubiedade da norma, visto que incide, a regra de interpretação *in dubio pro misero*, ou *pro operário*, pois este é o principal destinatário da norma previdenciária. (LAZZARI *apud* BRASIL, 2016c).

Recentemente, na data de 28/05/2020, em meio a pandemia inaugurada pelo coronavírus, o TRF4 concedeu, em sede de tutela provisória de urgência requerida no recurso de apelação, aposentadoria por incapacidade permanente a um segurado diagnosticado com

dependência química de álcool. Tal decisão, ainda que provisória, teve muita repercussão no âmbito jurídico.

O relator, Desembargador Federal Altair Antonio Gregorio, fundamentou a aludida decisão no direito à saúde e nos requisitos constantes do artigo 300 do CPC, os quais julgou preenchidos, porque, em relação à probabilidade do direito, observou que o apelante mantinha a qualidade de segurado, bem como cumpriu o período de carência e teve a incapacidade laboral atestada por perito médico do INSS, e, em relação ao perigo de dano ao apelante, colhe-se da decisão o seguinte trecho:

No que toca ao risco de dano ao autor, tenho que o mesmo se encontra presente, na medida em que se trata de benefício alimentar, devido à parte que comprovou reunir os requisitos para a aposentar-se, e passa por período delicado, com restrições de saúde que prejudicam seu acesso ao trabalho. Observo, ainda, que se está em período de pandemia decorrente do vírus COVID19, que determinou isolamento social relevante, em que se torna ainda mais importante garantir a renda à pessoa que preenche os requisitos legais para a concessão de um benefício da previdência social, para que ela possa, com maior tranquilidade, adotar as medidas necessárias à proteção de sua saúde e de seus familiares. (BRASIL, 2020b).

No dia 25/08/2020, a 5ª Turma do TRF4, decidiu, por unanimidade, dar provimento à apelação do segurado viciado em tóxico que teve indeferido em primeiro grau tanto o auxílio por incapacidade temporária quanto a aposentadoria por incapacidade permanente. Assim, a tutela provisória supracitada foi confirmada e a aposentadoria por incapacidade permanente permaneceu concedida. O aludido acórdão foi lavrado sob a seguinte ementa:

PREVIDENCIÁRIO. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ. REQUISITOS. INCAPACIDADE. LAUDO PERICIAL. TERMO INICIAL DO BENEFÍCIO. CONSECUTÓRIOS LEGAIS. CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS. LEI 11.960/2009. CUSTAS PROCESSUAIS. 1. Quatro são os requisitos para a concessão do benefício em tela: (a) qualidade de segurado do requerente; (b) cumprimento da carência de 12 contribuições mensais; (c) superveniência de moléstia incapacitante para o desenvolvimento de qualquer atividade que garanta a subsistência; e (d) caráter definitivo/temporário da incapacidade. 2. A incapacidade laboral é comprovada através de exame médico-pericial e o julgador, via de regra, firma sua convicção com base no laudo, entretanto não está adstrito à sua literalidade, sendo-lhe facultada ampla e livre avaliação da prova. 3. Comprovado que na DII o autor ainda ostentava a qualidade de segurado, faz jus à aposentadoria por invalidez, a contar do requerimento administrativo, com os respectivos atrasados, compensados os valores pagos por força de tutela de urgência. [...]. (BRASIL, 2020b).

Em complemento ao que foi acima exposto, colhe-se da decisão da TNU, o seguinte trecho de relatoria da juíza federal Maria Divina Vitória, sobre a análise dos aspectos sociais da incapacidade para o trabalho

[...] a incapacidade para o trabalho é fenômeno multidimensional e não pode ser avaliada tão somente do ponto de vista médico, devendo ser analisados também os aspectos sociais, ambientais e pessoais. Há que se perquirir sobre a real possibilidade de reingresso do segurado no mercado de trabalho. Esse entendimento decorre da interpretação sistemática da legislação, da Convenção da OIT – Organização Internacional do Trabalho, e do princípio da dignidade da pessoa humana. A restrição

ao idoso aliada ao estado de saúde do trabalhador, na prática, inviabilizam o seu retorno à atividade que lhe proporcione meios de subsistência, razão do deferimento da aposentadoria por invalidez (BRASIL, 2007 *apud* CASTRO, LAZZARI, 2021, p. 715).

Portanto, com base nos precedentes supracitados, conclui-se como sendo escasso o aparato judicial da aposentadoria por incapacidade permanente ao viciado em tóxico. Os sinais de mudança inexistem, há uma estagnação em relação ao tema. Mesmo assim, a importância de analisar o laudo pericial em conjunto com as outras circunstâncias que permeiam a vida do segurado se mostrou presente na fundamentação dos julgados analisados.

5 CONCLUSÃO

Com base no levantamento bibliográfico interdisciplinar esmiuçado nos capítulos deste trabalho monográfico, verifica-se que o dependente químico, quando preencher os requisitos estabelecidos no artigo 42 da Lei n.º 8.213/1991 e quando contar com histórico de prorrogações ou intercaladas concessões do auxílio por incapacidade temporária – excepcionados os casos em que o segurado provar sua incapacidade permanente sem nunca ter antes percebido benefício previdenciário algum –, fará jus a aposentadoria por incapacidade permanente. Tal concessão tem respaldo na literatura da psiquiatria e da psicologia, na dignidade da pessoa humana, fundamento da República Federativa do Brasil, nos direitos à vida e à saúde e na legislação infraconstitucional.

Ademais, conforme demonstrado na terceira seção do terceiro capítulo do desenvolvimento, verificou-se que o auxílio por incapacidade temporária possui duração média de 377 dias, o que, de acordo com a taxa de recaída, faz com que ultrapasse 2 anos se prorrogado por igual período ou por períodos intercalados. Logo, por ser a aposentadoria por incapacidade permanente revisada a cada 2 anos, de acordo com o artigo 223 da IN n.º 77/2015 do INSS, não há plausibilidade na maior concessão de auxílio do que de aposentadoria.

Outro fator verificado como convergente à concessão de aposentadoria é a provável economia aos cofres da Previdência Social, visto que a RMI do auxílio é 91% do salário de benefício, independentemente do tempo de contribuição do segurado, enquanto da aposentadoria é 60% do salário de benefício, com aumento de 2 pontos percentuais a cada ano que ultrapassar 20 anos de contribuição, se homem, e 15 anos, se mulher.

Dessa forma, essa constatação, de direito do viciado em tóxico à concessão de aposentadoria por incapacidade permanente, de uma só vez, responde integral e categoricamente ao problema de pesquisa, concluindo pela sua possibilidade, e, ainda, confirma a hipótese inicial, de que tal concessão é lastreada no preenchimento dos requisitos do artigo 42 e em notória reincidência no tratamento de reabilitação do viciado em tóxico, impossibilitando o exercício de qualquer atividade laboral. A satisfação ao problema de pesquisa significou também o atingimento do objetivo geral, de verificação da possibilidade jurídica do supracitado direito de concessão, e dos objetivos específicos.

Acadêmica e juridicamente, este estudo apresenta sua contribuição no fato de restar nele compilada, ainda que não exaurientemente, a base científica que explica a dependência química, tendo em vista que os magistrados em regra decidem casos de aposentadoria relacionados com o tema apenas com base na errônea interpretação da letra fria da lei, descolada do ordenamento

jurídico como um todo e das realidades fática e científica, beirando o senso-comum. Conseqüentemente, o Poder Judiciário, ao não aplicar a lei com base no sistema jurídico em que está ela inscrita, na realidade fática e científica e nos direitos e garantias fundamentais, viola o direito subjetivo de aposentadoria por incapacidade permanente do viciado em tóxico.

Ademais, foi objetivamente revelada, por meio do presente trabalho monográfico, a correta solução dos casos concretos relacionados com a concessão de benefício por incapacidade ao dependente químico não recuperável, o que até então é ignorado pela jurisprudência pátria – como dito, tanto por interpretação inadequada do ordenamento jurídico quanto por desconhecimento da literatura científica sobre o tema.

Importa destacar apenas que, evidentemente, embora o problema de pesquisa tenha sido integral e devidamente respondido, confirmando a hipótese inicial, o presente trabalho monográfico apresenta limitações inerentes ao seu próprio escopo e à delimitação conferida ao tema da concessão de benefício previdenciário por incapacidade ao viciado em tóxico – com ênfase em cocaína, *crack* e derivados. Bem por isso, não foi possível investigar com profundidade, por exemplo, se haveria necessidade de interdição previdenciária do acusado e nomeação de curador para esses fins; em quais situações concretas haveria possibilidade e necessidade jurídica dessa nomeação; etc. Essas, certamente, são possibilidades de estudo a serem exploradas por outros pesquisadores sobre tal temática, muito distante de esgotamento.

Por fim, tendo concluído a presente pesquisa, entende a autora, criticamente, que é indevida a concessão ininterrupta ou escalada de auxílio por incapacidade temporária, porque a lógica da aposentadoria por incapacidade permanente oferece maior proteção ao dependente químico e, mesmo que reflexamente, à sua família. Outrossim, entende que a dependência química provoca prejuízos devastadores para toda a sociedade, sendo necessária a elaboração de políticas públicas ou a melhor execução das que já existem – no âmbito da saúde pública e da prevenção do consumo de drogas tais políticas se mostram indispensáveis. Bem por esse motivo, seja pela própria norma disposta no ordenamento, seja pelo dever do Estado de prevenção e repressão ativa à dependência química, é devido e mais benéfico a todos que o dependente químico conte com o aludido benefício previdenciário.

REFERÊNCIAS

ABREU, Célia Barbosa; VAL, Eduardo Manuel. Fundamentos constitucionais da internação involuntária do dependente químico. **Revista do Instituto do Direito Brasileiro**, Lisboa, v. 2, n.10, p. 10565-10593, 2013. Disponível em: http://ole.uff.br/wp-content/uploads/sites/34/2017/06/2013_10_10565_10593.pdf. Acesso em: 29 mar. 2021.

AGOSTINHO, Theodoro. **Manual de direito previdenciário**. São Paulo: Saraiva Educação, 2020. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

ALARCON, Sérgio. Critérios para o Diagnóstico de Dependência Química. *In*: ALARCON, Sérgio; JORGE, Marco Aurélio Soares (orgs.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 131-150. *E-book*. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8q677/pdf/alarcon-9788575415399-07.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ALMEIDA, Priscila Previato de. Neuropsicologia e reabilitação cognitiva na dependência química. *In*: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 70- 74. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro de; LARANJEIRA, Ronaldo; DUNN, John. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. **UNIAD: Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas**, São Paulo, 2013. Disponível em: https://www.uniad.org.br/wp-content/uploads/2013/11/Cocaina-_bases-biologicas-da-administracao-abstinencia-e-tratamento.pdf. Acesso em: 17 abr. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e Dependência: *crack*. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 138-140, abr. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008. Acesso em: 29 abr. 2021.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA. **Absenteísmo causado por drogas gera prejuízo anual de US\$ 19 bi**. São Paulo, 28 fev. 2014. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/saude/noticias/item/722-absente%C3%ADsmo-causado-por-drogas-gera-preju%C3%ADzo-anual-de-us%24-19-bi>. Acesso em: 25 mar. 2021.

AZEREDO, Sheila Regina Matos de. **A conquista da dependente químico com o Estatuto da Pessoa com Deficiência: a perda de uma chance?** Orientadora: Célia Barbosa Abreu. 2017. 128 f. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Direito Constitucional, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017. Disponível em: <http://ppgdc.sites.uff.br/wp-content/uploads/sites/34/2017/06/SHEILA-AZEREDO-Disserta%C3%A7%C3%A3o-2017.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2021.

BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. Em nome da proteção e do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido? *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE PSICOLOGIA, 7., 2011, Brasília. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. 17- 21 p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2021.

BIRMAN, Joel. **O sujeito na contemporaneidade**: espaço, dor e desalento na atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012. *E-book*.

BRASIL. Conselho Federal de Justiça (Turma Nacional Uniformizadora). **Súmula nº 47**. Uma vez reconhecida a incapacidade parcial para o trabalho, o juiz deve analisar as condições pessoais e sociais do segurado para a concessão de aposentadoria por invalidez. Brasília, DF: Conselho Federal de Justiça, 2012a. Disponível em: <https://www2.jf.jus.br/phpdoc/virtus/listaSumulas.php>. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Justiça (Turma Nacional Uniformizadora). **Súmula nº 77**. O julgador não é obrigado a analisar as condições pessoais e sociais quando não reconhecer a incapacidade do requerente para a sua atividade habitual. Brasília, DF: Conselho Federal de Justiça, 2013a. Disponível em: <https://www2.jf.jus.br/phpdoc/virtus/listaSumulas.php>. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 3.048, 6 de maio de 1999a**. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm. Acesso em: 06 maio 2021.

BRASIL. **Decreto nº 9.761, 11 de abril de 2019a**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 28 abr. 2021.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 5.452, 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: [planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm). Acesso em: 02 maio 2021.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 103, 12 de novembro de 2019b**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Brasília, DF, 12 de novembro de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm. Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. DATAPREV. **INSS – Benefícios concedidos**. Brasília, DF: DATAPREV, [2021a]. Disponível em: <https://dadosabertos.dataprev.gov.br/dataset/inss-beneficios-concedidos>. Acesso em: 05 maio 2021.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social. **Instrução Normativa nº 77, 21 de janeiro de 2015**. Estabelece rotinas para agilizar e uniformizar o reconhecimento de direitos dos segurados e beneficiários da Previdência Social, com observância dos princípios estabelecidos no art. 37 da Constituição Federal de 1988. Brasília, DF: Instituto Nacional do Seguro Social, 22 jan. 2015. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/32120879/doi-2015-01-22-instrucao-normativa-n-77-de-21-de-janeiro-de-2015-32120750. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.212, 24 de julho de 1991a**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de julho de 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm. Acesso em 05 maio 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.213, 24 de julho de 1991b**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de julho de 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. **Lei nº 9.876, 26 de novembro de 1999b**. Dispõe sobre a contribuição previdenciária do contribuinte individual, o cálculo do benefício, altera dispositivos das Leis nos 8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9876.htm. Acesso em: 02 maio de 2021.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm. Acesso em: 5 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. **Acompanhamento mensal do benefício auxílio-doença previdenciário concedido segundo os códigos da cid-10**: janeiro a dezembro de 2018. Brasília, DF: Ministério da Economia, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/previdencia/pt-br/images/2019/11/Acompanhamento-Mensala_Auxilio-Doenca-Previdenciarioa_2018a_completoa_CID.pdf. Acesso em: 30 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia. Subsecretaria de Regime Geral de Previdência Social. **Informe de Previdência Social**, Brasília, DF, v. 32, n. 12, dez. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-sobre-previdencia-social/informes/arquivos/informe-de-previdencia-12-2020.pdf>. Acesso em: 26 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3. *In*: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas**: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. 9. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016a. Disponível em: https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9_Mod3.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **A política nacional sobre drogas**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2021b. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/politicas-sobre-drogas#:~:text=Em%202006%2C%20foi%20aprovada%20a,a%20pol%C3%ADtica%20sobre%20drogas%20vigente>. Acesso em: 23 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD_PORTUGU%c3%8aS.pdf. Acesso em: 09 abr. 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (2. Turma). **Agravo Regimental no Agravo em Recurso Especial 283029/SP**. Previdenciário. Aposentadoria por invalidez. Incapacidade parcial. Trabalhador braçal. Consideração de aspectos sócio-econômicos, profissionais e culturais. Entendimento do tribunal de origem em dissonância com a jurisprudência desta corte [...]. Recorrente: INSS. Recorrido: Ivone Fabricio Araújo. Relator: Min. Humberto Martins, 09 abr. 2013. Brasília: Diário da Justiça Eletrônico, 15 abr. 2013b. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201300074881&dt_publicacao=15/04/2013. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (5. Turma). **Agravo Regimental no Recurso Especial 1055886/PB**. Previdenciário. Agravo regimental no recurso especial. Aposentadoria por invalidez. Laudo pericial conclusivo pela incapacidade parcial do segurado. Não vinculação. Circunstância sócio-econômica, profissional e cultural favorável à concessão do benefício [...]. Recurso desprovido. Recorrente: INSS. Recorrido: Maria Paulino de Sousa. Relator: Min. Napoleão Nunes Maia Filho, 01 out. 2009. Brasília: Diário da Justiça Eletrônico, 09 nov. 2009. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=200801032030&dt_publicacao=09/11/2009. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula nº 576**. Ausente requerimento administrativo no INSS, o termo inicial para a implantação da aposentadoria por invalidez concedida judicialmente será a data da citação válida. Brasília, DF: Superior Tribunal de Justiça, 27 jun. 2016b. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/sumstj/toc.jsp?livre=%28%40NUM+%3E%3D+%22501%22+E+%40NUM+%3C%3D+%22600%22%29+OU+%28%40SUB+%3E%3D+%22501%22+E+%40SUB+%3C%3D+%22600%22%29&tipo=%28SUMULA+OU+SU%29&l=100&ordenacao=%40NUM>. Acesso em: 18 maio 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 3ª Região (1. Turma). **Apelação Cível 298654/SP**. Previdenciário, aposentadoria por invalidez, laudo pericial, síndrome de dependência do álcool, incapacidade definitiva, concessão. 1 - Comprovada por perícia judicial, a incapacidade total e definitiva do segurado para o trabalho é de ser deferida a aposentadoria por invalidez. 2 - O laudo negativo do assistente -técnico do autor em nada prejudica o bem elaborado laudo do Sr.vistor oficial, visto, que, o mesmo e equidistante dos interesses das partes, oferecendo elementos aptos a comprovação do estado debilitado em que o segurado se encontra. 3 - O alcoolismo é reconhecido pela medicina como patologia grave, tendente a cronicar-se. 4 - Apelação improvida. Recorrente: INSS. Recorrido: João Batista de Oliveira Marques. Relator: Des. Fed. Roberto Haddad, 30 abr. 1996. São Paulo: Diário da Justiça

Federal, 25 jun. 1996. Disponível em: <http://web.trf3.jus.br/base-textual>. Acesso em: 02 jun. 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 3ª Região (2. Turma). **Apelação Cível 187745/SP**. Previdenciário: aposentadoria por invalidez. Restabelecimento. Alcoolismo. Moléstia incapacitante. Honorários advocatícios. 1 – O alcoolismo é reconhecido pela medicina como patologia incapacitante de natureza crônica e de caráter progressivo. 2 - Comprovada a incapacidade total e permanente do autor, a procedência da ação era de rigor. 3 - Os honorários advocatícios são devidos pelo sucumbente e devem ser fixados em 15% sobre o valor da condenação. 4 - Recurso do INSS improvido. Provido o recurso adesivo do autor. Recorrente/recorrido: INSS. Recorrido/recorrente: Teles dos Santos. Relator: Des. Fed. Aricê Amaral, 10 mar. 1998. São Paulo: Diário da Justiça Federal, 25 mar. 1998. Disponível em: <http://web.trf3.jus.br/base-textual>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 3ª Região (9. Turma). **Apelação Cível 1735156/SP**. Processual civil. Agravo legal (art. 557, §1º, do CPC). Aposentadoria por invalidez. Termo inicial. Requerimento administrativo [...]. Recorrente: Anselmo Dias Campos. Recorrido: INSS. Relator: Des. Fed. Nelson Rodrigues, 30 jul. 2012. São Paulo: Diário da Justiça Federal Eletrônico, 09 ago. 2012b. Disponível em: <http://web.trf3.jus.br/base-textual/Home/ListaColecao/9?np=1>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região (3. Turma). **Apelação Cível 91.04.19127-7/RS**. Previdenciário. Aposentadoria por invalidez. Síndrome de dependência do álcool. Incapacidade definitiva. Concessão. 1. O alcoolismo é reconhecido pela medicina como patologia grave, e de caráter evolutivo, tendente a cornificar-se. 2. Comprovada a existência do mal incapacitante, e de ser deferido o benefício. 3. Correção monetária na forma da súmula 71, do TRF, até a data do ajuizamento e, a partir daí, de acordo com a lei n. 6899-81. 4. Apelação da autarquia improvida, recurso do autor parcialmente provido. Recorrente/Recorrido: INSS. Recorrente/Recorrido: Ary de Brito. Relator: Des. Fed. Fábio Rosa, 25 nov. 1993. Porto Alegre: Diário da Justiça Federal, 09 fev. 1994. Disponível em: <https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/citacao.php?doc=TRF400018467>. Acesso em: 02 jun. 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região (5. Turma). **Apelação Cível 2001.04.01.077367-1/SC**. Previdenciário. Concessão. Aposentadoria por invalidez. Incapacidade definitiva e permanente. Alcoolismo. - Sendo constatada, pericialmente, a incapacidade definitiva e permanente do segurado, sem chance de reabilitação para o trabalho, correta a sentença que concedeu o benefício da aposentadoria por invalidez. - Constatado pelo laudo que a incapacidade laboral é decorrente de alcoolismo crônico, a jurisprudência vem acolhendo a tese de que é possível a concessão de aposentadoria por invalidez. Recorrente: INSS. Recorrido: Roque Teodoro. Relator: Des. Fed. Paulo Afonso Bum Vaz, 03, out. 2002. Porto Alegre: Diário da Justiça Federal, 16 out. 2002. Disponível em: <https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/citacao.php?doc=TRF400085694>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região (5. Turma). **Apelação Cível 5004160-11.2018.4.04.7111/RS**. Previdenciário. Aposentadoria por invalidez. Requisitos. Incapacidade. Laudo pericial. Termo inicial do benefício. [...]. 1. Quatro são os requisitos para a concessão do benefício em tela: (a) qualidade de segurado do requerente; (b) cumprimento da carência de 12 contribuições mensais; (c) superveniência de moléstia incapacitante para o

desenvolvimento de qualquer atividade que garanta a subsistência; e (d) caráter definitivo/temporário da incapacidade. 2. A incapacidade laboral é comprovada através de exame médico-pericial e o julgador, via de regra, firma sua convicção com base no laudo, entretanto não está adstrito à sua literalidade, sendo-lhe facultada ampla e livre avaliação da prova. 3. Comprovado que na DII o autor ainda ostentava a qualidade de segurado, faz jus à aposentadoria por invalidez, a contar do requerimento administrativo, com os respectivos atrasados, compensados os valores pagos por força de tutela de urgência. [...]. Recorrente: Andre Nereu de Lara. Recorrido: INSS. Relator: Juiz Federal Altair Antonio Gregorio, 25 ago. 2020. Porto Alegre: Diário da Justiça Federal Eletrônico, 26 ago. 2020b. Disponível em: <https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/citacao.php?doc=TRF422698019>. Acesso em: 30 maio 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região (5. Turma). **Apelação 5009307-54.2014.04.7112/RS**. Previdenciário. Aposentadoria por invalidez/auxílio-doença. Requisitos. Incapacidade. Drogas. Dependente químico. Comprovação. 1. Quatro são os requisitos para a concessão do benefício em tela: (a) qualidade de segurado do requerente; (b) cumprimento da carência de 12 contribuições mensais; (c) superveniência de moléstia incapacitante para o desenvolvimento de qualquer atividade que garanta a subsistência; e (d) caráter definitivo/temporário da incapacidade. 2. Diante da necessidade de assegurar a adequada proteção previdenciária ao demandante, inclusive para viabilizar o acesso aos recursos terapêuticos necessários, bem como a própria integridade dos colegas de trabalho, é de rigor o restabelecimento da aposentadoria por invalidez desde a data do indevido cancelamento. 3. Hipótese em que restou comprovada a incapacidade laborativa. Recorrente: Heitor dos Santos Lameira Junior. Recorrido: INSS. Relator: Des. Fed. Paulo Afonso Brum Vaz, 18 out. 2016. Porto Alegre: Diário da Justiça Federal Eletrônico, 19 out. 2016c. Disponível em: <https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/citacao.php?doc=TRF412336242>. Acesso em: 01 jun. 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região (5. Turma). **Apelação Cível 5017946-25.2013.4.04.7200/SC**. Previdenciário. Aposentadoria por invalidez. Restabelecimento. Diante da necessidade de assegurar a adequada proteção previdenciária ao demandante, inclusive para viabilizar o acesso aos recursos terapêuticos necessários, bem como a própria integridade dos colegas de trabalho, é de rigor o restabelecimento da aposentadoria por invalidez desde a data do indevido cancelamento. Recorrente: Waldir João da Silva Filho. Recorrido: INSS. Relator: Des. Fed. Paulo Afonso Brum Vaz, 17 maio 2016. Porto Alegre: Diário da Justiça Federal Eletrônico, 30 maio 2016d. Disponível em: <https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/citacao.php?doc=TRF411525620>. Acesso em: 03 jun. 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região (5. Turma). **Apelação Cível 5029878-42.2019.4.04.9999/RS**. Previdenciário. Benefício por incapacidade. Auxílio-doença. Laudo pericial. Dependência química. Data de início da incapacidade. Custas judiciais. Consectários legais. Honorários advocatícios [...]. Recorrente: Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. Recorrido: Genesio Favareto. Relator: Des. Fed. Osni Cardoso Filho, 18 de agosto de 2020c. Disponível em: <https://trf-4.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/920394147/apelacao-civel-ac-50298784220194049999-5029878-4220194049999?ref=juris-tabs>. Acesso em: 5 jun. 2021.

BRASIL. Tribunal Regional Federal da 4ª Região (6. Turma). **Apelação Cível 94.04.25697-8/SC**. Previdenciário. Auxílio-doença. Restabelecimento. Incapacidade parcial para exercer atividades que exijam esforço físico. Laudos divergentes. Sentença procedente em parte. [...].

Se concede a aposentadoria por invalidez, quando o segurado que teve suspenso o auxílio-doença, embora com incapacidade parcial, possuindo a profissão de pedreiro e contando com baixo nível cultural e com cinquenta anos de idade, não pode exercer atividade que exija grande esforço físico, inexistindo, segundo o perito, indicação de possibilidade de reabilitação profissional. Se o segurado não tarda em propor a ação e o laudo constata a incapacidade parcial para o trabalho, o termo inicial do benefício deve ser o da data da cessação, e não o do laudo, pois neste ficou assentado que a incapacidade é anterior à perícia. Quando há divergência entre o laudo do perito oficial e o do assistente técnico, deve prevalecer a conclusão do primeiro, que atua sem comprometimento com as partes, a não ser que o laudo do assistente seja tecnicamente superior e venha amparado por outros elementos de prova, o que não é o caso dos autos. [...]. Recorrente/recorrido: INSS. Recorrido/Recorrente: Otaviano Zomer Alberton. Relator: Des. Fed. Carlos Sobrinho, 27 maio 1997. Porto Alegre: Diário da Justiça Federal, 11 jun. 1997. Disponível em: <https://jurisprudencia.trf4.jus.br/pesquisa/citacao.php?doc=TRF400051312>. Acesso em: 02 jun. 2021.

CAETANO, Raul. Epidemiologia do uso de substâncias no Brasil. *In*: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 15- 29. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

CARLINI, Elisaldo Luiz de Araújo; NOTO, Ana Regina; GALDURÓZ, José Carlos Fernandes; NAPPO, Solange Aparecida. Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro e São Paulo, v. 45, n. 4, p. 227-236, abr. 1996. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 02 maio 2021.

CASTILHO, Ela Wiecko Volkmer de. Em nome da proteção e do cuidado, que formas de sofrimento e exclusão temos produzido? *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE PSICOLOGIA, 7., 2011, Brasília. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. p. 24-27. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2021.

CASTRO, Carlos Alberto Pereira de; LAZZARI, João Batista. **Manual de Direito Previdenciário**. 24. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2021. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo; FIGLIE, Neliana Buzi. *Crack*. *In*: FIGLIE, Neliana Buzi; BORDIN, Selma; LARANJEIRA, Ronaldo. **Aconselhamento em Dependência Química**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2015. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

DANIELI, Rafael Vinícius; FERREIRA, Mírian Brusadelli Macedo; NOGUEIRA, Julia Melloni; OLIVEIRA, Leonardo Nunes de Castro; CRUZ, Emirene Maria Trevisan Navarro da; ARAÚJO FILHO, Geraldo Maria de. Perfil sociodemográfico e comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em comunidades terapêuticas. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 139-149, jul./set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000163>. Acesso em: 25 abr. 2021.

DELLA VEDOVA, Gabriela Prioli. **A influência da repressão penal sobre o usuário de crack na busca pelo tratamento**. 2014. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-20012015154147/publico/Gabriela_Prioli_Della_Vedova_Dissertacao.pdf. Acesso em: 29 mar. 2021.

DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2010. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

DIEHL, Alessandra; PRINHEIRO, Maria Carolina Pedalino; LARANJEIRA, Ronaldo. Dependência de drogas. In: MARI, Jair de Jesus; KIELING, Christian (eds.). **Psiquiatria na prática clínica**. Barueri: Manole, 2013. p. 205-224. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

EPIDEMIOLOGIA. In: **Michaelis, Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2015. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=epidemiologia>. Acesso em: 08 abr. 2021.

FEREIRA, Aline Cristina Zerwes; CZARNOBAY, Juliana; BORBA, Letícia de Oliveira; CAPISTRANO, Fernanda Carolina; KALINKE, Luciana Puchalski; MAFTUM, Mariluci Alves. Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [sem local], v. 18, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/34292>. Acesso em: 06 abr. 2021.

FERREIRA, Pedro Eugênio M; MARTINI, Rodrigo K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 96-99, jun. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2021.

FERREIRA, Rita de Cassia Campos. **Psicopatologias: fundamentos, transtornos e consequências da dependência química**. São Paulo: Érica, 2015. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

FORTES, Simone Barbisan; PAULSEN, Leandro. **Direito da seguridade social**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

GOES, Hugo. **Manual de Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: 16. ed. Forense; São Paulo: Método, 2020. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

GUEDES, Clarissa. Internar e punir. [Entrevista cedida à] Maíra Mathias. **Outra Saúde**, São Paulo, mar. 2018. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/internar-e-punir/>. Acesso em: 25 abr. 2021.

HEERDT, Mauri Luiz; LEONEL, Vilson. **Metodologia científica e da pesquisa**: livro didático. 5. ed. rev. e atual. Palhoça: UnisulVirtual, 2007. *E-book*.

HORVATH JÚNIOR, Miguel. **Direito Previdenciário**. 12. ed. São Paulo: Rideel, 2020. *E-book*.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (INPAD). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) - 2012**. Ronaldo Laranjeira (org.). São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL. **Manual Técnico de Perícia Médica Previdenciária**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.saudeocupacional.org/v2/wp-content/uploads/2018/03/Manual-T%C3%A9cnico-de-Per%C3%ADcia-M%C3%A9dica-2018.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

KALINA, Eduardo. **Drogadição hoje**: Indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

KARAM, Maria Lucia. Direitos Humanos, Laço Social e Drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE PSICOLOGIA, 7., 2011, Brasília. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. 32-51 p. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2021.

LARANJEIRA, Ronaldo; TÓFOLI, Luís Fernando. Laranjeira e Tófoli divergem sobre a alteração na lei das drogas aprovada pelo congresso. [Entrevista cedida a] Daniel Gullino. **Época**, São Paulo, maio 2019. Disponível em: <https://epoca.globo.com/laranjeira-tofoli-divergem-sobre-alteracao-na-lei-das-drogas-aprovada-pelo-congresso-23669767>. Acesso em: 05 maio 2021.

LEONEL, Vilson; MEDEIROS, Alexandre Mota. **Ciência e Pesquisa**. Palhoça: UnisulVirtual, 2011. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

MONTIBELLER, Miriam Carla da Silva; KROISCH, Maria Salete; WERNER, Daiane; SANTOS, Jazam. O dependente químico e a concessão do auxílio-doença - A posição do judiciário. **Revista Eletrônica da Faculdade Sinergia**, Navegantes, v. 10, n. 15, p. 07-16, jan./jun. 2019. Disponível em: <https://www.sinergia.edu.br/wp-content/uploads/2019/04/REVISTA-ELETRONICA-CORRETA-EDI%C3%87%C3%83O-15-correta-site-compactado-7-16.pdf>. Acesso em: 05 maio 2021.

MARAFANTI, Ísis; PINHEIRO, Maria Carolina Pedalino. Cocaína e crack. *In*: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência**

química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 135-142. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

MARCOMIM, Ivana; LEONEL, Vilson. **Projetos de pesquisa social:** livro didático. Palhoça: UnisulVirtual, 2015. *E-book*.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; RAMOS, Sérgio de Paula; RAMOS, Fernanda de Paula; LEMOS, Tadeu. A avaliação inicial: identificação, triagem e intervenção mínima para o uso de substâncias. *In:* DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência química:** prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 49-59. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

MIGOTT, Ana Maria Bellani. Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 710-711, mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. 2021.

MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen. **Entrevista motivacional:** preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional**. 33. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Pacto Global Rede Brasil. **Objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS)**. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.pactoglobal.org.br/ods>. Acesso em: 08 abr. 2021.

NOGUEIRA FILHO, Durval Mazzei. A toxicomania entre a psicanálise e a psiquiatria. **Psiquiatria Geral**, São Paulo, v. 32, jan./dez. 2002. Disponível em: <http://www.psiquiatriageral.com.br/farma/toxicomania.htm>. Acesso em: 19 abr. 2021.

NOVAES, Priscila Simara. O tratamento da dependência química e o ordenamento jurídico brasileiro. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 342-356, jun. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142014000200342&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 abr. 2021.

NÚMERO de vítimas das drogas aumenta e mercado não para de crescer, diz ONU. **G1**, São Paulo, 26 jun. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/06/26/numero-de-vitimas-das-drogas-aumenta-e-mercado-nao-para-de-crescer-diz-onu.ghtml>. Acesso em: 25 mar. 2021.

OLIVEIRA, Fabiano Melo Gonçalves de. **Direitos Humanos**. São Paulo: Método, 2016. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

OLIVEIRA, Marcelo Firmino de; ALVES, Jacqueline Querino; ANDRADE, José Fernando de; SACZK Adelir Aparecida; OKUMURA, Leonardo Luiz. Análise do teor de cocaína em amostras apreendidas pela polícia utilizando-se a técnica líquida de alta eficiência com

detector UV-Vis. **Eclética Química**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 77-83, 2009. Disponível em: <http://revista.iq.unesp.br/ojs/index.php/eclética/article/view/276>. Acesso em: 15 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris: Assembleia Geral das Nações Unidas, [1948]. Disponível em: https://web.archive.org/web/20131110103438/http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm. Acesso em: 15 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Americana de Direitos Humanos**. San José: Assembleia Geral, [1969]. Disponível em: https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/c.convencao_americana.htm. Acesso em: 15 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, Nova Iorque, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 01. Abr. 2021.

PACHECO FILHO, Raul Albino. Toxicomania: um modo fracassado de lidar com a falta estrutural do sujeito e com as contradições da sociedade. **Mental**, Barbacena, v. 5, n. 9, p. 29-45, nov. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v5n9/v5n9a03.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2021.

PALUDO, Cíntia. Diálogos e tensões: mulheres, psiquiatria e crime em Santa Catarina. In: MÜHLEN, Caroline von; VENDRAME, Maíra Ines; AL-ALAM, Caiuá Cardoso (orgs.). **Criminalidade, violência e justiça**: reflexões e novas possibilidades. São Leopoldo: Oikos, 2017. p. 200-211. *E-book*.

PEREIRA, Amanda Schreiner. A toxicomania enquanto doença incurável e sua relação com um tratamento possível. **Aletheia**, Canoas, n. 27, p. 210-221, jun. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 abr. 2021.

PULCHERIO, Gilda; STOLF, Anderson Ravy; PETTENON, Márcia; FENSTERSEIFER, Daniel Pulcherio; KESSLER, Felix. *Crack*: da pedra ao tratamento. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.54, n. 3, p. 337-343, jul. set. 2010. Disponível em: http://portal.cnm.org.br/sites/9700/9797/docArtigos-Outros/018-610_crack_NOVO%5B1%5D.pdf. Acesso em: 04 maio 2021.

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

RIGOTTO, Simone Demore; GOMES, William B.. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 95-106, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722002000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 abr. 2021.

ROCHA, Daniel Machado da. **Comentários à lei de benefícios da previdência social: Lei 8.213, de 24 de julho de 1991**. 19. ed. São Paulo: Atlas, 2021. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Eroy Aparecida da. Prevenção como responsabilidade coletiva: a importância de políticas públicas e a redução de danos. *In: DIEHL, Alessandra; FIGLIE, Neliana Buzi (orgs.). Prevenção ao uso de álcool e outras drogas: o que cada um de nós pode fazer?*. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 150-167. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

SANTANA, Paulo Roberto O. H.; DIEHL, Alessandra. Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e outras drogas. *In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 518-534. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

SANTOS, Marisa Ferreira dos. **Direito Previdenciário Esquematizado**. 11. ed. São Paulo: Saraiva Educação, 2021. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

SCHIMITH, Polyana Barbosa; MURTA, Geraldo Alberto Viana; QUEIROZ, Sávio Silveira de. A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da psicologia brasileira. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 30, p. 1-9, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642019000100205&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 abr. 2021.

SILVA, Cláudio Jerônimo da. Critérios diagnósticos e classificação. *In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 60-69. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

SILVA, Eroy Aparecida da; FERRI, Cleusa Pinheiro; FORMIGONI, Maria Lúcia Oliveira de Souza. Situações de recaída em pacientes dependentes de álcool e outras drogas durante o tratamento: um estudo preliminar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 6, p. 311-315, jun. 1995. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 11 abr. 2021.

SILVEIRA, Sebastião Sérgio da; MATTARAIA, Fabiana de Paula Lima Isaac. Os efeitos trágicos das drogas no Brasil e a (in)eficácia das políticas públicas para a garantia do direito fundamental à saúde dos usuários. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 83097-83107, out. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/19042/15302>. Acesso em: 21 abr. 2021.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC. **Relatório Mundial sobre Drogas 2019**: 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de transtornos por uso de drogas, enquanto apenas uma em cada sete pessoas recebe tratamento. Viena, 26 jun. 2019. Disponível em: https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2019/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2019_-35-milhes-de-pessoas-em-todo-o-mundo-sofrem-de-transtornos-por-uso-de-drogas--enquanto- apenas-1-em-cada-7-pessoas-recebe-tratamento.html. Acesso em: 27 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID- 10**. Tradução: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artmed, 1993. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

ZACHARIAS, Ronaldo. Ética. Direitos Humanos e Dependência Química. *In*: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 39-47. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.

ZANELATTO, Neide. Prevenção da recaída. *In*: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo (orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 258-269. *E-book*. Acesso restrito via Minha Unisul.